

# Dokumentation, kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde med socialt udsatte

Eksemplificeret med kvinder i stof- og alkohol-  
behandling



# **Dokumentation, kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde med socialt udsatte**

Eksemplificeret med kvinder i stof- og alkohol-  
behandling

Mads Uffe Pedersen

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2010

© forfatteren og Center for Rusmiddelforskning 2010  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 978-87-89029-77-1

Center for Rusmiddelforskning  
Nobelparken, bygning 1453  
Jens Chr. Skous Vej 3  
8000 Århus C  
Tlf.: 89 42 69 30  
Fax: 89 42 69 35  
[www.crf.au.dk](http://www.crf.au.dk)  
E-mail: [crf@crf.au.dk](mailto:crf@crf.au.dk)

## Indhold

1. Indledning.....	7
2. Kvalitets- og effektstyring af det sociale arbejde.....	11
a) Socialt arbejde.....	11
b) Kvalitet.....	12
c) Effekt.....	13
d) Performance-indikatorer og successmål .....	17
e) Dokumentationsmodellen .....	18
f) Kvalitets- og effektstyring.....	22
g) Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) .....	24
3. Fire typer behandlingseffekter .....	27
a) I-behandlings-effekter .....	27
b) Overgangs-effekter .....	32
c) System-effekter .....	35
d) Samfunds-effekter.....	40
e) Sammenfatning .....	44
4. Forudsigelse af kvinders tilbagefald til alkoholmisbrug efter døgnbehandling: Et muligt kvalitets- og effekt-sikringsprojekt i et System-effekt perspektiv.....	45
5. Hvordan kan kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling reduceres? En foreløbig status på et igangværende kvalitets- og effektsikringsprojekt (et I-behandlings-effekt perspektiv)	51
a) Projektet .....	54
b) Sikring af stabilitet.....	58
c) Resultaterne fra projektet.....	61
d) Fortsættelsen .....	64
6. Sammenfatning.....	67
7. Litteratur.....	75
8. Tillæg: Program til identificering af risikogrupper .....	79

## Figurer i rapporten

Figur 1: Projekt Sund kost.....	19
Figur 2: Dokumentationsmodellen .....	20
Figur 3: Projekt Reduktion af acting-out.....	21
Figur 4: Kvalitets- og effektstyring .....	23
Figur 5: I-behandlings-effekt.....	27
Figur 6: Projekt Reduktion af psykiske problemer.....	31
Figur 7: Overgangs-effekter .....	32
Figur 8: Projekt Behandlingsmotivation i fængslet.....	34
Figur 9: System-effekt .....	35
Figur 10: Projekt Stoffrihed.....	36
Figur 11: Tilbagefald efter stoffri døgnbehandling .....	37
Figur 12: Stoffri måned-for-måned efter stoffri døgnbehandling. ....	39
Figur 13: Samfunds-effekter.....	40
Figur 14: RARS-score og tilbagefald til alkoholmisbrug.....	47
Figur 15: Måned- for-måned tilbagefald for tre risikogrupper efter alkoholdøgn- behandling. ....	48
Figur 16: Projekt Tilbagefaldsforebyggelse .....	49
Figur 17: Gennemført/afbrudt og tilbagefald i 1998 og 2008 .....	52
Figur 18: Tilbagefald til stofmisbrug for 88 heroinafhængige kvinder, der henholdsvis afbryder og gennemfører behandlingen.....	53
Figur 19: Projektets dokumentationsmodel.....	54
Figur 20: Andelen af kvinder i risiko, som gennemfører stoffri døgnbehandling fra januar 2003 til og med juni 2007.....	59
Figur 21: Kvinder i stoffri døgnbehandling: Eksperiment-periode sammenlignet med kontrol-periode. ....	62
Figur 22: Kvalitet- og effektsikring.....	63
Figur 23: Den fulde kvalitets- og effektstyringsmodel.....	69
Figur 24: Projekt Identificering af kvinder i risiko for at afbryde stoffri døgn- behandling .....	73

## Tabeller i rapporten

Tabel 1: Måling af psykisk belastning efter EuropASI belastningsscore.....	29
Tabel 2: Eksempel på RARS score for en højrisikoklient.....	46
Tabel 3: Gennemførelse af stoffri døgnbehandling som planlagt fra 2001-7.....	51
Tabel 4: Tre indeks til forudsigelse af kvinders drop-out fra stoffri døgnbehandling. ...	56
Tabel 5: Fra rå-data til risiko-score. ....	56

# 1. Indledning

Hvordan sikres kvaliteten og effekten af den behandling, der i dag tilbydes stofmisbrugere i Danmark? Dette er hovedspørgsmålet i denne rapport som a) først opstiller en model for kvalitets- og effektstyring af den sociale indsats, der tilbydes de mest socialt udsatte og b) dernæst eksemplificerer modellen med den behandling, der tilbydes kvinder i alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

Påstanden i rapporten er, at kvalitet og effekt ikke kan sikres, uden at der arbejdes systematisk og dokumenteret – herunder at der formuleres mål for forskellige typer sociale indsatser. I rapporten er der derfor også udviklet en mere konkret model, som kan anvendes som delelement i udviklingen af kvalitet og effekt af forskellige typer sociale indsatser.

En stor udfordring for medarbejdere, der arbejder med de socialt udsatte, er at arbejde systematisk og dokumenteret. Ofte har jeg hørt fra socialarbejderne, at det ikke er muligt at sætte mål for den type sociale indsatser. Det handler om relationen! Det er ikke maskiner, vi arbejder med! - kunne være nogle af kommentarerne. Det er der forhåbentligt ingen, der er uenige i. Men der er jo en grund til, at det offentlige hjælpesystem netop kan gives benævnelsen ”hjælpesystem”. Det overordnede formål er således at hjælpe, og man kan så spørge sig selv ”hjælp med hvad?”. Påstanden er, at det i arbejdet med socialt udsatte altid er hensigten at hjælpe med noget. Hensigten kan f.eks. være 1) overhovedet at få skabt kontakt til den skizofrene stofmisbruger. Det kan være 2) at skabe et miljø på et værested, så flest mulige fra målgruppen har lyst til at komme. Det kan være, 3) at forbedre brugernes ernæringstilstand med et ”Sund kost projekt”, hvor brugere og medarbejdere to gange om ugen laver mad sammen. Det kan være 4) at udvikle metoder, der er gode til at fastholde de mest ustabile, som har mest brug for støtte, i et bestemt behandlingsforløb. Det kan være 5) at reducere den psykiske belastning hos stofmisbrugere i behandling så meget som muligt, eller 6) det kan være det mere komplekse forsøg på fastholde stofmisbrugere i stoffrihed efter afsluttet stoffri behandling. Der vil i denne rapport blive givet eksempler på alle disse ovenstående mål. Fælles for dem er, at der er et mål, og at det – som det skal vises – forholdsvis enkelt kan måles. Noget dog mere enkelt end andet.

Hjælp kan også være hjælp til at fastholde status quo. Det kan være hjælp til fortsat at fastholde den kontakt til omverdenen, der møjsommeligt er etableret, hjælp til at fastholde sundhedstilstand eller en stoffrihed, som brugeren allerede er i og meget mere. Tilbagefaldsforebyggelse hører under denne kategori af sociale indsatser, men så forkromet behøver det slet ikke at være. Det kan være enkelte dagligdags funktioner, der kræver problemløsninger her og nu, for at funktionen kan opretholdes.

Alt kan således målsættes, hvilket dog slet ikke er anbefalingen i denne rapport. En hvilken som helst hjælp vil dog have sin kerne-målsætning. Med den skizofrene kan det være at etablere og fastholde kontakt; for stofmisbrugeren i behandling kan det være at fastholde vedkommende i behandlingen; for stofmisbrugeren, der kommer på værestedet, kan det være hans/hendes sundhedstilstand osv. Ét mål ad gangen er derfor i princippet nok – og det behøver hverken at være kompliceret at måle, og det behøver heller ikke være kompliceret at bestemme, om et givent succeskriterium er nået.

For at blive så præcis som mulig vil afsnit 2 blive en definition af centrale begreber i arbejdet med kvalitets- og effektstyring. I dette afsnit gøres der således rede for, hvad der menes med socialt arbejde; effekt; hvad der kan forstås ved performance-indikatorer og succesmål, og endelig hvad der forstås ved dokumentation. Det hele sammenfattes i en definition på kvalitets- og effektstyring, som sættes i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel. I afsnit 2 gøres der rede for fire typer af effekt, henholdsvis 1) I-behandlings-effekter, 2) Overgangs-effekter, 3) System-effekter og 4) Samfunds-effekter. Det pointeres, at det er afgørende at skelne mellem disse effekter, og at én type effekt kan have en direkte skadelig virkning på andre typer effekter. Dertil kommer, at I-behandlings-effekter i den grad underkendes, selvom det faktisk netop er disse effekter, som er de mest relevante mål for kvalitet og effekt af den sociale indsats, der tilbydes de mest socialt udsatte. Af de seks eksempler på mål, der blev givet på forrige side, er de første fem mål knyttet til I-behandlings-effekter. Ikke desto mindre er det næsten altid ”Efter-behandlings-effekter”, der er det store mantra. I denne rapport kaldes de for ”System-effekter” med henvisning til den kompleksitet, der er indbygget i denne type effekter. Den amerikanske rusmiddelforsker T. McLellan taler om ”concurrent recovery monitoring” hvilket er det samme som monitorering af forandring, mens klienten befinder sig i behandlingen



(altså I-behandlings-effekter), og han plæderer for noget nær et paradigmeskift i forståelsen af effekten af den indsats, der tilbydes de mest belastede og ofte kronisk syge i vores samfund (McLellan et al. 2007). I afsnit 4 gives der et eksempel på, hvordan kvalitets- og effektstyring kan målrettes kvinder i særlig risiko for tilbagefald efter afsluttet alkoholdøgnbehandling. Endelig vil afsnit 5 blive en gennemgang af et projekt, hvor kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling kunne reduceres gennem den foreslåede kvalitets- og effektstyringsmodel. Det er egentlig dette projekt, som er grundlaget for udvikling af modellen, der præsenteres i denne rapport for første gang. I dette afsnit diskuteres også de udfordringer og de forhindringer, der kan være til stede, når der arbejdes kvalitets- og effektstyret. Projektet er endnu ikke afsluttet. I afsnit 6 sammenfattes og diskuteres modellen, og i afsnit 7 er den litteratur, der er anvendt til udviklingen af modellen, opstillet. Endelig er afsnit 8 et tillæg til rapporten med henvisning til to simple Excel-programmer til udregning af risiko for kvinder (og mænds) tilbagefald efter afsluttet alkoholdøgnbehandling (Pedersen & Hesse 2009) og kvinders risiko for at afbryde stoffri døgnbehandling før planlagt af (Pedersen 2007a). Begge programmer kan downloades fra hjemmesiden: <http://www.crf.au.dk/publikationer/redskaber-test/>.



## 2. Kvalitets- og effektstyring af det sociale arbejde

I dette afsnit skal den forståelse, der ligger til grund for den konkrete model, beskrives. Til dette kræves en afgrænsning af de grundlæggende begreber, der vil blive anvendt, herunder hvad der menes med socialt arbejde; hvad der menes med kvalitet; hvad der menes med effekt; hvad der menes med performance-indikatorer og succesmål, og endelig hvad der forstås ved dokumentation. Det hele skal sammenfattes i en definition på kvalitets- og effektstyring. Sluttelig skal dette sættes i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Der skal startes med det mest grundlæggende: Hvad menes der med *socialt arbejde*.

### a) Socialt arbejde

At foreslå en definition på socialt arbejde, som alle kan tilslutte sig, er ikke muligt. Således har definitionen eller afgrænsningen af socialt arbejde snart været diskuteret i mere end 100 år, uden at der er nået nogen form for konsensus. Definitionerne og perspektiverne på socialt arbejde er således mangfoldige. For eksempel har nogle et psykologisk, andre et socialpolitisk, mens atter andre har et juridisk perspektiv. 23 definitioner på socialt arbejde blev opstillet af Åge Bergmark i 1998, og det er ikke svært at finde mange andre variationer i litteraturen.

Denne diskussion skal ikke inddrages her. I stedet skæres der igennem og anvendes den nok mest udbredte definition af socialt arbejde, som er blevet vedtaget af International Federation of Social Work (se Meeuwisse, Swärd & Sunesson 2007:33) eller <http://www.ifsw.org/p38000407.html>.

*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.*

Denne definition skal ikke ses som hverken universel eller på anden måde dækkende, men til gengæld passer den udmærket med det perspektiv, der er grundlaget for denne rapport.

Fokus i rapporten er således den form for arbejde, hvor målet er gennem en social (relationel) kontakt at bevæge en borger fra A til B (fremme social forandring og problemløsning). Dette arbejde skal samtidig have til formål at frigøre ressourcer hos modtagerne og øge deres trivsel. Der er med andre ord tale om et arbejde, der sigter mod en bevægelse hen imod en tilstand, der skaber større velvære og frigør ressourcer på en måde, der overholder principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed. Inkluderet i denne definition hører også det psykoterapeutiske arbejde, men det er slet ikke denne form for socialt arbejde, der er central i dette projekt. Det er primært det daglige arbejde, som praktiseres af det social- og sundhedsfagligt uddannede personale, der er i fokus. Socialt arbejde kan dog også praktiseres af medarbejdere uden uddannelse eller med helt andre uddannelser.

At arbejde med socialt udsatte kan ofte være af en stabiliserende karakter (f.eks. stabilisere den situation borgeren allerede befinder sig i). Dette kan i høj grad være socialt arbejde, idet der, for at klienten kan opretholde status quo, skal løses en række problemer, som vedkommende skal have hjælp til. Socialt arbejde kan altså også være gennem problemløsning at fastholde en given ønskelig tilstand/funktion. Det er ikke den form for socialt arbejde, der primært skal være i fokus i denne rapport, hvilket ikke betyder, den er mindre væsentlig.

Endelig henviser socialt arbejde til interventionsmetoden – ikke nødvendigvis til produktet. Socialt arbejde kan således udmærket være med til at forbedre klienternes sundhedstilstand, hvilket der i rapporten skal gives eksempler på.

## **b) Kvalitet**

Den amerikanske rusmiddelforsker T. McLellan definerer kvalitet, som vist nedenfor.

*Vi definerer kvalitet som evidensbaseret behandling, som udøves af autoriserede eller akkrediterede praktikere, som har demonstreret kernekompe-*

*tencer inden for deres praksisområde, og hvor aktiviteterne er monitoreret regelmæssigt og forholdt til kvalitetsindikatorer (jf. McLellan et al. 2007).*

Evidensbaserede metoder kan ses som standarder, der er dokumenteret virkningsfulde i ét eller flere forskningsprojekter<sup>1</sup>. At anvende standarder er dog, som det fremgår af definitionen, ikke nok. Den skal samtidig anvendes af personer, der er uddannet og trænet i at bruge dem.

Hvor det er muligt, vil det altid være hensigtsmæssigt at anvende standarder, der er dokumenterede og bygger på forskningsmæssig evidens. Problemet med standardperspektivet, når der tales om socialt arbejde med socialt udsatte, er, at der ofte ikke findes dokumenterede forskningsbaserede standarder. Ofte findes der overhovedet ingen standarder. Dertil kommer, at man med god ret kan være skeptisk over for standarder, der er udviklet til andre målgrupper i andre kulturer, og som blindt søges overført med henvisning til et litteraturreview.

I denne rapport skal kvalitet udvides til også at inkludere lokale standarder, som er dokumenteret effektive i lokale undersøgelser, og som udføres af kompetente kvalificerede medarbejdere.

*Kvalitet skal defineres som et arbejde, der udøves af praktikere, der er kvalificerede inden for deres arbejdsområde, og hvor virkningen/effekten af de metoder, de anvender, er dokumenteret i lokale, nationale og/eller internationale kvalitetsundersøgelser.*

Et centralt element i ovenstående er effekt, som defineres i næste afsnit.

### **c) Effekt**

De socialarbejdere, der arbejder med socialt udsatte, får ofte et meget tomt udtryk i øjnene, når talen falder på effekten af socialt arbejde. Det er fuldstændigt forståeligt. Såvel politikere, embedsmænd, psykologer, læger, forskere m.fl. har bidraget til at gøre forståelsen af effekten af socialt arbejde så uigennemskuelig og umulig at måle, at man til fulde forstår socialarbejdernes skepsis.

---

<sup>1</sup> Der henvises her ofte til det såkaldte evidenshierarki (se Phillips et al. 1998 og Pedersen 2007).

For det første er de krav til effekt, der f.eks. stilles af politikere, embedsmænd, ledere og ofte også af behandlerne selv, ikke sjældent enten uopnåelige eller så dårligt formulerede, at de er vanskelige at måle. Som eksempel på det første kan nævnes et projekt, hvor målet var "...at stofmisbrugerne fik et stof- og kriminalitetsfrit liv", mens det i et andet projekt var "...at klienterne opnåede en forståelse af sammenhængen mellem krop og psyke". Det første var med den klientgruppe, der var tale om, fuldstændigt uopnåeligt for langt de fleste (og der var ingen delmål), mens det andet var fuldstændigt umuligt at måle.

At kræve at socialarbejderne, samtidig med de skal passe deres arbejde, også skal dokumentere, at de når ovenstående mål, er mildt sagt uretfærdigt. Det kan ganske vist godt undersøges, hvor mange der når et stof- og kriminalitetsfrit liv ud fra en bestemt definition, men det vil være særdeles ressourcekrævende. Det er selvfølgelig ikke socialarbejdernes opgave at gøre dette. Dertil kommer, at de metoder, der vælges til at måle en given forandring, til tider består af tunge og ressourcekrævende spørgeskemaer, som kun er af interesse for de få, der forstår dem, hvilket a) gør socialarbejderne fremmed over for dokumentationen og b) giver dem opgaver, der er unødigt ressourcekrævende.

Samtidig er det næsten altid en forventning, at denne bedring/opnåelse af indsigt er længerevarende eller måske endda permanent. Med lige netop denne gruppe af klienter (de mest socialt udsatte) er der næppe mange, der kan garantere, at den sociale indsats varer meget længere end den tid, klienten er i behandling.

Forskerne bidrager ikke altid med at gøre effektmåling overskuelig. Effekten af social behandling er således for nogle forskere lig med en forandring, som beviseligt ikke ville have fundet sted, hvis en given social behandlingsindsats ikke havde været til stede<sup>2</sup>. Den eneste måde at bevise dette på er at have en gruppe, der modtager den sociale indsats, og en sammenlignelig gruppe, der ikke modtager indsatsen. Dermed er det nærmest umuligt at tale om effekt, hvis ikke der foreligger en randomiseret, kontrolleret undersøgelse (RKU). Hvis dette kriterium skulle anvendes, for at tale om at noget er effektivt, så vil det ikke være muligt at bestemme nogen form for so-

---

<sup>2</sup> Hvis man forsøger at finde en definition på behandlingseffekt på internettet (søgeord define:treatment effect), så vil ovenstående definition blive foreslået.

cial behandling som effektiv i Danmark. Først og fremmest fordi der næsten ikke anvendes RKU af social behandling i Danmark, og fordi det ville være håbløst ressourcekrævende og ofte også umuligt at gennemføre RKU på alle de forskellige typer behandlingsindsatser, der anvendes.

Denne RKU-definition på effekt kan naturligvis forskningsmæssigt være særdeles relevant, og den kan også være relevant, når det skal afgøres, om en helt specifik type indsats er effektiv over for en helt specifik type problem. Men når der tales om at dokumentere effekten af det daglige sociale arbejde, er den håbløs.

Den definition, der anvendes i dette projekt, er følgende:

*Effekt [outcome] er alle de forandringer i klientens symptomer, adfærd og funktioner, som med rimelig sandsynlighed kan tilskrives en given behandling (jf. McLellan et al. 2007)<sup>3</sup>.*

Ovenstående siger ikke nødvendigvis meget om, hvorvidt klienten ville have udviklet sig i den ønskelige retning uden at have modtaget det sociale behandlingstilbud. Det er i en dagligdagspraksis og med den kategori af klienter, der her er tale om, (næsten) også lige meget. Hvis de kontinuerligt forandrer sig i en ønskelig retning, så er den sociale indsats i hvert fald næppe skadelig, og højst sandsynlig er den også effektiv.

Metoden siger heller ikke nødvendigvis noget om, hvorvidt det så lige præcis er den anvendte metode, der virker, eller om det måske i virkeligheden er de elementer, metoden fører med sig, der virker. Dette er naturligvis vigtigt at vide som forsker, når de virksomme elementer skal udpeges, men som dokumentation på, at en praksis er effektiv, er det langt at skyde over målet at forlange en identifikation af de virksomme elementer. I øvrigt har forskerne selv efter års studier svære vanskeligheder med at udpege de virksomme elementer og har derfor døbt dem ”non-specifikke faktorer”.

For socialarbejderne er det altså umiddelbart mere interessant om deres indsats på et bestemt område virker bedre i dag, end den gjorde for eksempel for seks måneder siden. For eksempel havde man på et værested for al-

---

<sup>3</sup> Den helt præcise ordlyd i McLellans definition er ”The outcome of any treatment are all the changes in patient’s symptoms, behavior, and function that can reasonably be attributed to the treatment” (McLellan 2007).

koholmisbrugere et ”Projekt Sund kost”, der havde til formål at forbedre brugernes sundhedstilstand. Før projektet startede blev alle deltagerne vejret (også de der løbende begyndte at deltage i projektet), og der blev udregnet BMI. Efter seks måneder viste det sig, at de fleste af deltagerne havde taget betydeligt på i vægt, hvilket for netop denne gruppe var positivt. Det var nemt, enkelt og stort set ikke ressourcekrævende, og brugerne af projektet syntes i øvrigt også, det var sjovt.

Det er muligt, det slet ikke var den sunde kost, der skabte succesen, men derimod at det var det at købe ind og lave mad sammen eller medarbejdernes store engagement i projekt. Dette indtryk forstærkes af, at et andet ”Projekt Sund kost”, vi har fulgt, slet ikke fik nogen succes. Det er jo i princippet også muligt, at brugerne havde taget på alligevel, hvilket dog næppe var sandsynligt.

Man kunne selvfølgelig også have målt projektets succes på mange andre måder. Der kunne være målt fedtprocent, kondition, subjektive oplevelser af sundhedstilstand eller af relationen mellem medarbejdere og brugere osv. Men det, der blev fokuseret på, var i netop dette projekt meningsfuldt og gav et glimrende billede af projektets effekt, selvom det ikke kunne afgøres med sikkerhed, hvad der egentlig var de effektive elementer i indsatsen.

McLellan deler med henvisning til SAMHSA<sup>4</sup> effekt i misbrugsbehandlingen op i forskellige effekt-domæner. Disse er følgende: Forbrug af rusmidler; beskæftigelse; kriminalitet; boligforhold; socialt tilhørsforhold; oplevelsen af de ydelser der tilbydes og fastholdelse. Forbedring i 3 til 7 af ovenstående effekt-domæner defineres af SAMHSA som effektiv stof- og/eller alkoholbehandling.

Som det ses, er effekt uløseligt forbundet med kvalitet (som det også blev vist i definitionen på kvalitet). McLellan og kollegaer (2007) skriver da også, at ”...hvis individuelle praktikere, programmer og social-/sundhedssystemer tilbyder ydelser af kvalitet, vil de også kunne fremvise god effekt...”

Kvalitet er altså uløseligt forbundet med effekt. Dog er kvalitet også mere end effekt. Der er således ikke ligegyldigt, hvorledes effekten opnås. Her kan den sidste del af definitionen på socialt arbejde passende

---

<sup>4</sup> SAMHSA = “Substance Abuse and Mental Health Service Administration”, som er placeret under United States Department of Health and Human Services.



inddrages (overholdelse af *principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed er fundamentale for socialt arbejde*). Man kan f.eks. fastholde en kvinde i behandling gennem trusler om tvangsfjernelse af hendes barn (desværre ikke noget tænkt eksempel). Uanset om effekten målt som fastholdelse i behandling er høj, er dette ikke kvalitet.

Kvalitet er altså mere end effekt, men at tale om kvalitet uden effekt (og omvendt) er ikke muligt. Man må dog også konstatere, at det at arbejde med effekt er en stor udfordring for rigtig mange socialarbejdere. Mehlbye formulerer dette således: *"Effektbegrebet bruges ikke af pædagogerne som begreb. Der er derfor heller ikke i dagtilbuddene særlig opmærksomhed på sammenhængen mellem påvirkning/indsats og effekt/virkning af indsatsen. Det er en af grundene til, at der mangler systematisk viden om effekter af den indsats, man sætter i værk"* (Mehlbye 2009). Nygreen påpeger, at der ofte kan identificeres en udpræget angst for standarder i socialt arbejde (Nygreen 1999:29). Selvom Mehlbye taler om socialt udsatte børn i dagtilbud og Nygreen om kvaliteten af psykosocial arbejde generelt, passer det ganske godt på det sociale arbejde, der tilbydes de socialt udsatte voksne, herunder stof- og alkoholmisbrugere.

#### **d) Performance-indikatorer og succesmål**

I denne rapport skal der senere tales en del om succesmål og performance-indikatorer. Performance-indikatorer kan defineres på mange måder. De følger dog alle nogenlunde samme skabelon. Nedenfor ses tre korte definitioner (se Performance-indikatorer 2009):

- En metode til at måle i hvilken grad væsentlige mål er nået.
- En indikator for et programs succes. For eksempel kunne en performance-indikator for et anti-fattigdomshjælpeprogram være antallet af personer, der lider af underernæring, som møder frem på en medicinsk klinik, der har til formål at afhjælpe underernæringen.
- En indikator som tilvejebringer information (enten kvalitativ eller kvantitativ), om i hvilken grad en politik, et program eller et initiativ når sin ønskede effekt (outcome).

Performance-indikatorer og succesmål skal betragtes som nogenlunde synonyme. Man kan sige, at succesmål godt kan være meget ambitiøse (måske ofte urealistiske), fordi man virkelig ønsker en succes ud over det sæd-

vanlige. En performance-indikator er et mere realistisk mål for, hvad man mindst kan forvente sig.

Det er selvfølgelig bedst, hvis disse performance-indikatorer bygger på en forskningsbaseret viden. F.eks. ved vi, at 45-50 % af stofmisbrugere i gennemsnit gennemfører et dansk stoffrit døgnbehandlingsforløb med en planlagt varighed på omkring seks måneder ([www.danris.dk](http://www.danris.dk)). Vi ved også, at mellem 60-70 % af heroinmisbrugere i metadonbehandling ophører med deres heroinmisbrug inden for de første tre måneder efter metadonbehandlings påbegyndelse (Pedersen 2005). Sådanne mål kan anvendes som performance-indikatorer. Af andre relevante performance-indikatorer kan nævnes:

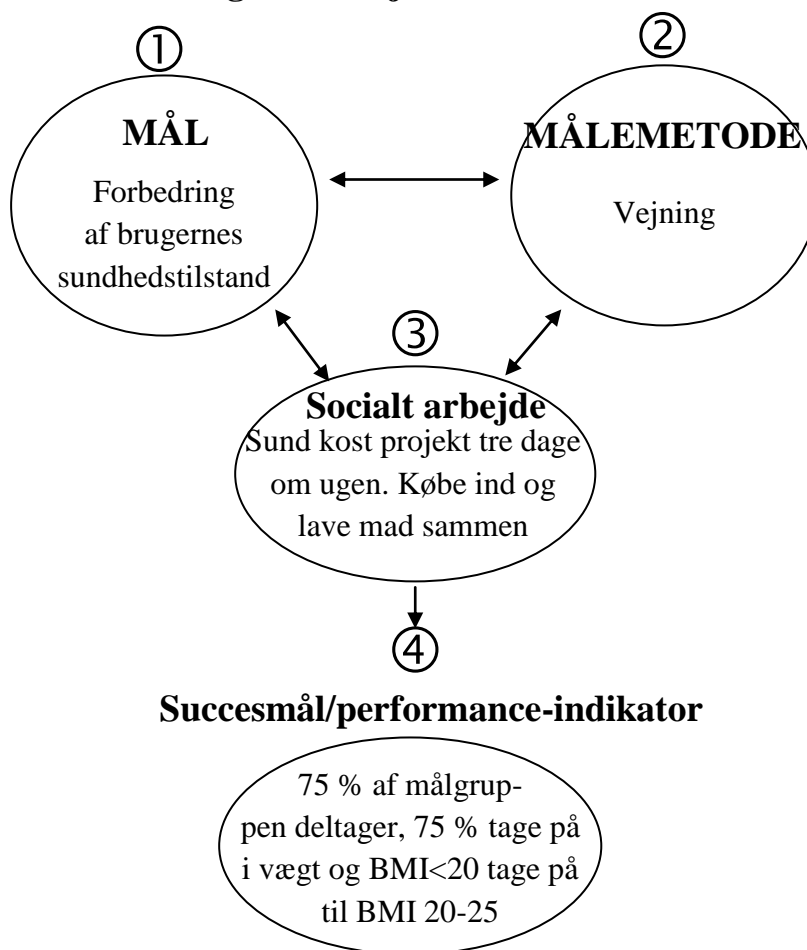
- Hvor mange personer med dobbeltdiagnose et opsøgende projekt får etableret kontakt til
- Hvor mange fra målgruppen der kommer i behandling
- Hvor mange samtaler de får
- Hvor mange der er indskrevet i programmet i mindst 30 dage
- Tilfredshed med behandlingen
- Hvor mange der er gået fra ustabil til stabil bolig
- Hvor lang tid den positive forandring varer efter behandlingens afslutning

Hvilke tal, der skal knyttes til ovenstående, kan diskuteres. Det afhænger af målgruppen, forskning på området mv.

### **e) Dokumentationsmodellen**

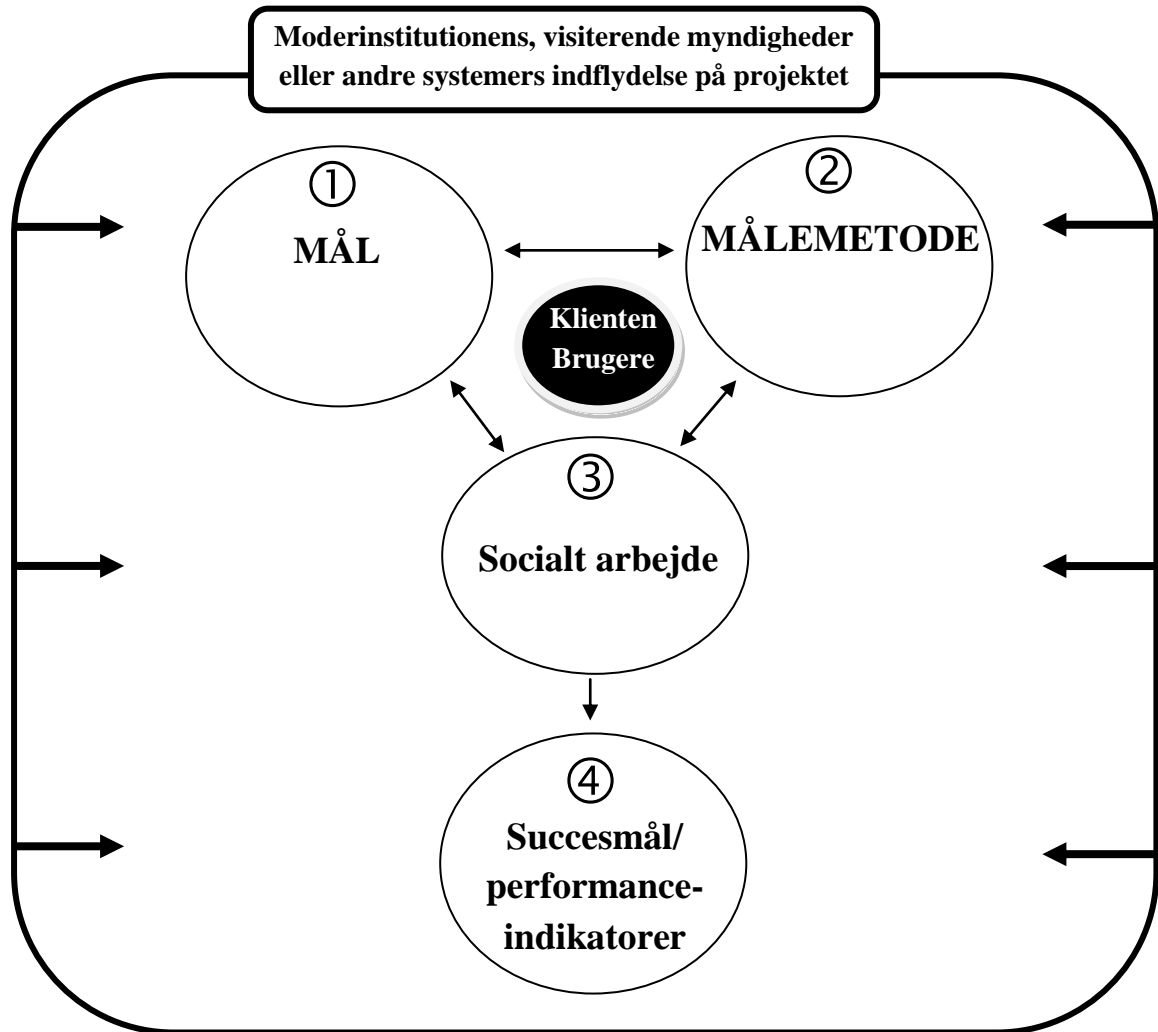
Det tidligere nævnte ”Projekt Sund kost” kan anvendes til at eksemplificere den dokumentationsmodel, der skal anvendes i rapporten.

**Figur 1: Projekt Sund kost**

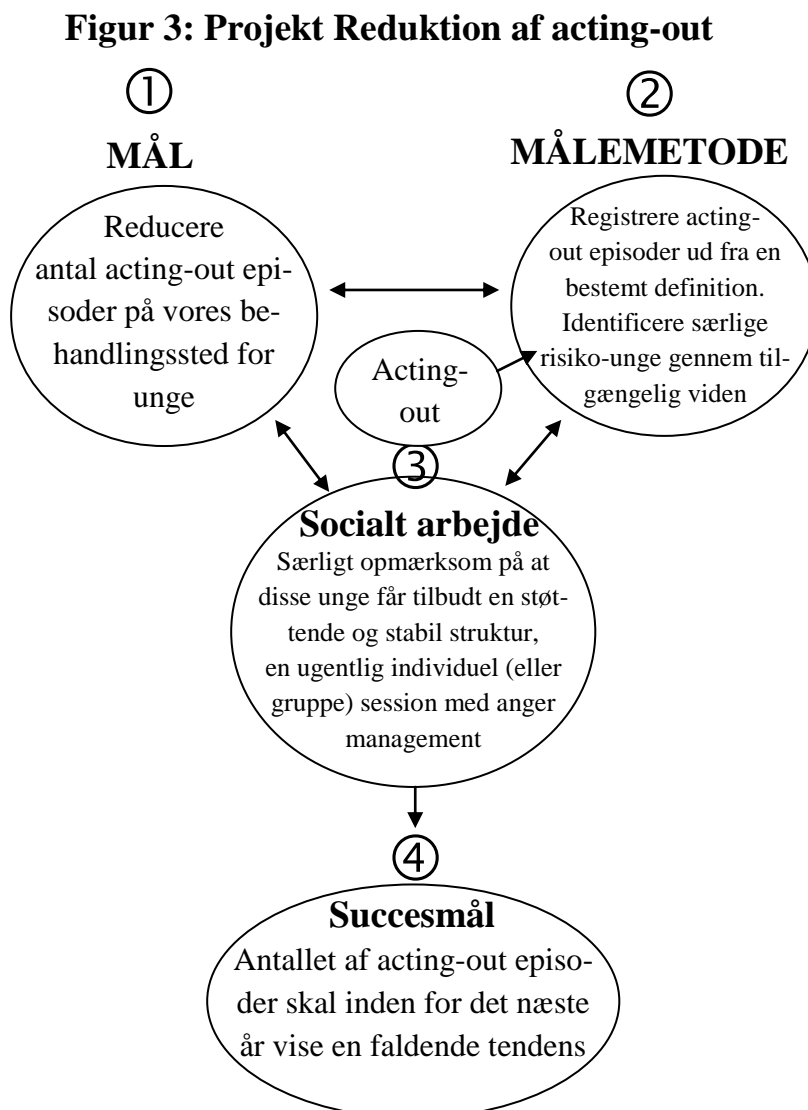


Ovenstående model indeholder fire elementer, som altid skal være til stede i dokumentationsarbejde, og som i denne rapport vil blive anvendt til at beskrive alle former for dokumentationsarbejde. Man kunne som nedenfor tilføje flere elementer i modellen. For eksempel kunne klienterne/brugerne indsættes i trekanten mellem ①② og ③ og på denne måde tage højde for forskellige typer klienter i det sociale arbejde (f.eks. én model for klienter med særlige kendetegn), og man kan tegne en cirkel om det hele, som står for den påvirkning moderinstitutionen, visiterende myndigheder eller andre udefra kommende beslutninger har på projektet (f.eks. har ovenstående ”projekt Sund kost” kun fået bevilling til omkostningerne ved madlavning i seks måneder, hvilket kan betyde en del begrænsninger). En sådan lidt mere kompliceret model er opstillet nedenfor.

**Figur 2: Dokumentationsmodellen**



Et andet projekt kunne se ud som vist nedenfor.



Identifikationen af de mest udadreagerende unge behøver ikke i ovenstående projekt være nogen større videnskab. Blandt dem, der er indskrevet på behandlingsstedet, ved behandlerne udmærket, hvem det er, og blandt dem, der ny-indskrives, foreligger der ofte oplysninger, eller også kan man bare spørge dem om, hvordan de har det med at styre deres temperament. Derudover behøves en definition på, hvornår noget er ”acting-out”, og hvornår noget f.eks. er en for højlydt diskussion. Denne forskel kender behandlerne sædvanligvis udmærket – nu skal den formuleres skriftligt. En manglende reduktion i antallet af acting-out episoder bør stille spørgsmålstegn ved interventionsmetoden. Gjorde vi det, vi sagde vi ville gøre? Er det hele blevet noget uigennemskueligt? Brænder vi ikke rigtigt for metoden? Dette er

nogle af de spørgsmål, der kan stilles. Disse spørgsmål fører videre til definitionen på kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde.

## **f) Kvalitets- og effektstyring**

Sluttelig skal den definition på kvalitets- og effektstyring, som skal anvendes i dette projekt, beskrives. Mens kvalitet og effekt er et kendetegn (kvalificerede medarbejdere, der bruger dokumenterede metoder, som viser sig at være virkningsfulde), så er kvalitetsstyring en proces. Det er muligt, vi har nogle gode metoder og nogle kvalificerede medarbejdere, der praktiserer dem. Det er også muligt, de har vist sig effektive i amerikanske undersøgelser (eller sidste år). Alt dette giver ikke nødvendigvis garanti for, at den sociale indsats også er effektiv hos os, med den målgruppe vi har i dag eller om to måneder.

I det sociale arbejde er der som tidligere nævnt ikke altid evidensbase-rede metoder til rådighed, og selvom der var, er der altid et utal af faktorer, der spiller ind på arbejdets udkomme, lige fra klienterne personlighed, klienternes indbyrdes relation, behandlernes arbejdsmiljø, ledelse, organisatoriske muligheder og meget mere. Hverken socialt arbejde, kvalitet eller effekt kan nogensinde ses mekanisk. Ingen kan nogensinde læne sig tilbage og påstå, ”nu har vi metoderne og behandlerne – så behøver vi ikke mere tænke på kvalitet eller effekt. Det kommer helt automatisk”. Derfor er det at arbejde kvalitets- og effektstyret også en uendelig proces, som til tider går bedre end til andre tider. Definitionen ses nedenfor.

*Kvalitet og effektstyring i socialt arbejde består i en vedvarende **dialog** mellem på den ene side indsatsens effekt og på den anden side de sociale handlinger, der kan knyttes til effekten, og som i sig selv har indbygget en overholdelse af principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed.*

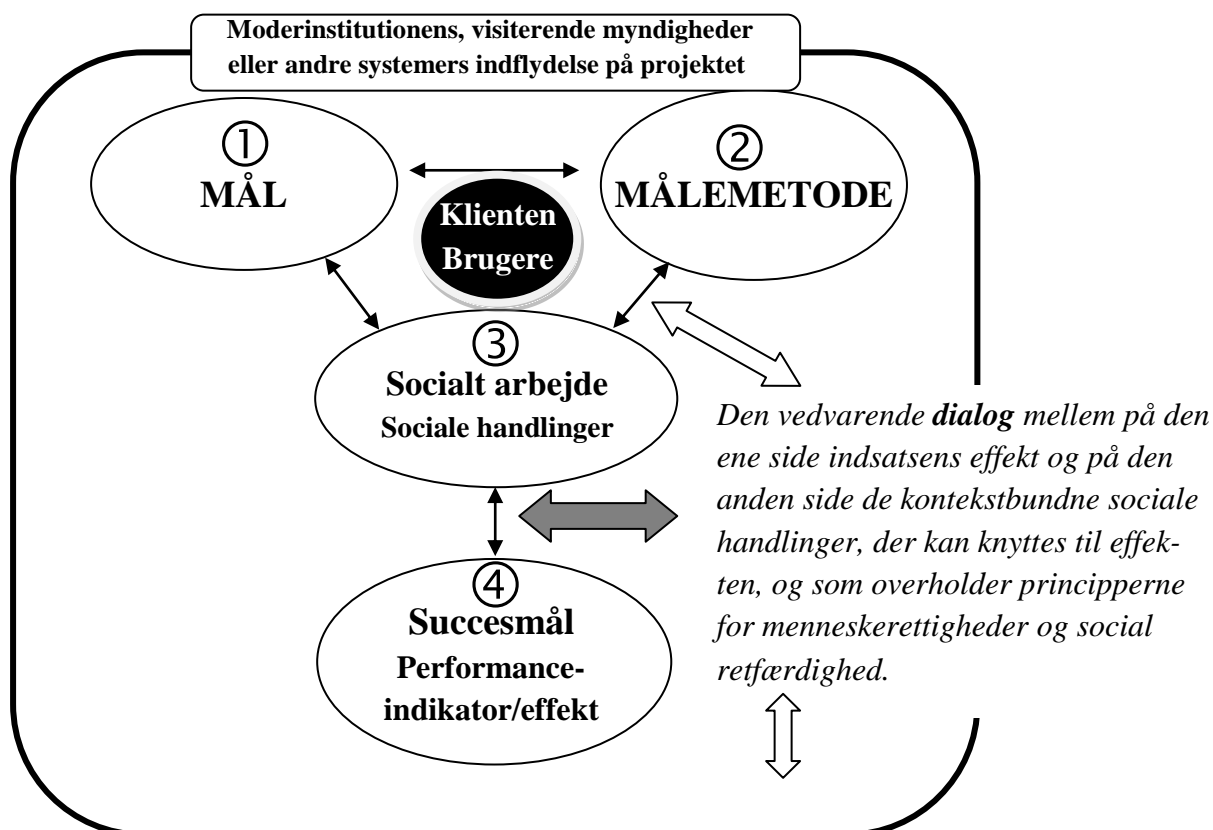
Hvis det enkelte behandlingssted arbejder på at optimere effekten gennem handlinger, der overholder principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed, kan de udvikle deres egne lokale standarder, der passer på netop deres målgruppe, og som er lokalt gennemskueligt dokumenterede. De kan f.eks. udvikle metoder/procedurer for, hvordan de igennem opsøgende arbejde bedst skaber kontakt til dobbeltdiagnosticerede, der bor der-

hjemme. De kan udvikle metoder/procedurer til at få 75 % af målgruppen til at komme på et værested med et Sund kost projekt. De kan udvikle metoder/procedurer til at reducere klienternes psykiske belastning, uden der er tale om psykoterapi, som de ikke er uddannet til osv.

Det væsentlige er dialogen mellem effekt (outcome) og de handlinger (metoder, procedurer mv.), som indgår i det sociale arbejde. Handlinger, der ikke virker efter forventningerne, skal ændres eller måske endda afvikles. Der skal altså hele tiden tages stilling til *udvikling, vedligeholdelse* eller *afvikling*.

Kvalitets- og effektstyring kan indsættes i den dokumentationsmodel, der igennem hele denne rapport vil blive anvendt til at eksemplificere, hvordan kvalitets- og effektstyring rent praktisk kan udføres.

**Figur 4: Kvalitets- og effektstyring**



## g) Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Man kan med rette spørge, om der nu er ved at blive udviklet én kvalitetsmodel mere, og om man ikke kunne tage afsæt i det, der allerede var lavet. Her må man nødvendigvis inddrage DDKM, som de følgende år vil indbefatte en kvalitetsvurdering/akkreditering af de danske sygehuse, det kommunale sundhedsvæsen, apotekerne og hvad der kaldes for det præhospitale område (rækker fra henvendelsen til vagtcentralen frem til, at patienten enten er afsluttet eller overdraget til næste led i behandlingssystemet – oftest sygehuset)(se [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) og Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, version 1). DDKM er altså ikke påtænkt implementeret på det sociale område. Dog diskuteres der også akkreditering af visse sociale indsatser og det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt at udvikle en kvalitets- og effektstyringsmodel som ikke på en eller anden måde kan sammenlignes med eksisterende akkrediteringsmodeller – herunder DDKM.

DDKM bygger på akkreditering og beskrives som et system, der skaber løbende læring og kvalitetsudvikling (ibid.). Metoden bygger grundlæggende på, at man beskriver standarder for god kvalitet. Disse kaldes akkrediteringsstandarder. Akkrediteringsstandarderne er at betragte som handlinger, procedurer, retningslinjer, manualer – altså faste måder at gøre tingene på. Det kan være en manual for, hvordan en given behandlingsindsats gennemføres, men det kan også være en standard for god administration. IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) giver selv følgende eksempel:

*'Institutionen behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data sikkert.'*

I figur 4 skal standarderne skrives ind i cirkel ③. Her vil der i så fald blive tale om standard for godt socialt arbejde. I dette projekt og i denne rapport er de sociale handlinger/det sociale arbejde blevet defineret af behandlingsstederne selv. Det hensigtsmæssige i dette skal senere diskuteres. Der skal dog her fremhæves, at det kan være betydeligt vanskeligere at formulere retningslinjer/procedurer for socialt arbejde end for f.eks. administration og postoperative regimer. Når der tales om psykoterapi, findes sådanne standarder i kraft af manualer, men når det er socialt arbejde, som det praktiseres i dagligdagen – så findes de ikke.



Når man har indført standarder (i kvalitets- og effektstyringsmodellen de sociale handlinger/det sociale arbejde i cirkel ③) skal man jf. DDKM løbende vurdere, om man lever op til dem. Dette gøres ved at måle via en række målepunkter, som kaldes for indikatorer. Dette er i overensstemmelse med cirkel ④ (successmål/performance-indikatorer). Via en løbende diskussion om forholdet mellem standarderne og indikatorerne (③ og ④) skal DDKM være med til at skabe en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling bliver en integreret del af det daglige arbejde - på alle niveauer (jf. *ibid.*). Det er præcis det samme, som i figur 4 blev formuleret som ”*Den vedvarende dialog mellem på den ene side indsatsens effekt og på den anden side de sociale handlinger, der kan knyttes til effekten, og som overholder principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed*”.

Principperne i den kvalitets- og effektstyringsmodel, der i det følgende vil blive beskrevet, er stort set de samme som i DDKM. I kvalitets- og effektstyringsmodellen er der dog alene fokus på socialt arbejde – ikke på administrative procedurer/retningslinjer, postoperative regimer eller andre tekniske standarder. Det betyder ikke, der ikke med fordel kunne implementeres en række standarder på det sociale indsatsområde, men når det handler om lige netop socialt arbejde, så vil standarder for godt socialt arbejde ofte ikke findes. Det er derfor nødvendigt at udvikle dem lokalt. Gennem udvikling af lokale standarder kan det sociale arbejde sammenholdes med formulerede performance-indikatorer/succesmål og dermed kvalitetsvurderes. Hvis ingen brugere har lyst til at bruge et tilbud, hvis 70 % af stofmisbrugerne i døgnbehandling afbryder, hvis acting-out ikke reduceres, så virker de sociale handlinger, der kan knyttes til netop disse indikatorer ikke efter hensigten, og så bør der gøres noget, uanset om der findes standarder eller ej.

I dette afsnit er den kvalitets- og effektstyringsmodel, der skal anvendes gennem hele rapporten, blevet skitseret gennem definition af en række kernebegreber og ved at forholde den til DDKM. Der er foreløbigt givet to eksempler på projekter, hvor der er blevet arbejdet med en bevidst kvalitet- og effektstyring (”Sund Kost” og ”Acting-Out Reduktion”). Disse to eksempler er begge, hvad der kan defineres som ”I-behandlings-effekter”. Denne type effekt har ofte ikke særlig høj prestige. I stedet kræves der at dokumentere, i hvor høj grad den sociale indsats også havde effekt efter

indsatsens ophør. I næste afsnit skal der skelnes mellem fire forskellige effektyper, som til tider kan stå i direkte modstrid med hinanden.

### 3. Fire typer behandlingseffekter

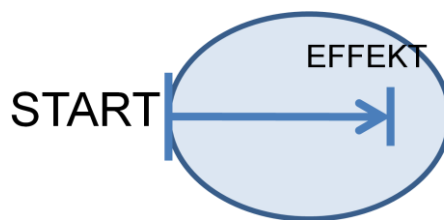
I det følgende skal der skelnes mellem fire typer af behandlingseffekter:

- I-behandlings-effekter
- Overgangs-effekter
- System-effekter
- Samfunds-effekter

#### a) I-behandlings-effekter

Med denne form for effekt henvises der til den forandring hen imod et ønsket mål, der finder sted under den pågældende sociale indsats. Billedligt kan det illustreres, som vist nedenfor.

**Figur 5: I-behandlings-effekt**



Af eksempler på mål for I-behandlings-effekt kan blandt utallige nævnes følgende:

- Etablere en kontinuerlig kontakt med dobbeltdiagnosticerede, der bor derhjemme.
- Få den svært belastede dobbeltdiagnosticerede, der bor derhjemme, til at møde frem på f.eks. et værested.
- Reducere konflikter med udadreagerende klienter, mens de er i behandling.
- Fastholde eller udvikle motivation for behandling af rusmiddel-misbrug.
- Reducere specifikke veldefinerede belastninger under behandlingen (f.eks. angst, selvmordstanker, koncentrationsproblemer, smerter).
- Gennemføre et stoffrit døgnbehandlingsprogram.

Alle ovenstående mål kan vurderes, imens den sociale behandlingsindsats står på eller ved afslutningen af indsatsen (f.eks. gennemført som planlagt). Om målet nås, kan vurderes på et bestemt tidspunkt, på flere tidspunkter eller løbende under selve indsatsen. Når indsatsen slutter, ophører effekt-målingen. Alle de oven for nævnte mål kan måles meget enkelt, men også meget kompliceret. Man kunne for eksempel i forbindelse med indførelse af den motiverende samtale i behandling af stofmisbrug måle motivationen for behandlingen med diverse spørgeskemaer, der måler motivationen ved starten af behandlingen. Man kunne så vilkårligt udvælge halvdelen af klienterne, der starter i behandlingen og tilbyde dem motiverende samtale, mens den anden gruppe (kontrolgruppen) får det sædvanlige tilbud. Efter f.eks. én måned spørges klienten så igen om sin motivation via diverse spørgeskemaer, og det godtgøres hermed, om de, der fik den motiverende samtale, var blevet mere motiverede, end de, der fik standardbehandlingen. Det var den komplicerede udgave. Men man kunne også vælge at måle motivationen alene ud fra, hvor mange der fortsætter i behandling udover f.eks. den første måned. Netop gennemførelse af et behandlingsprogram er en af de største udfordringer i de sociale behandlingsindsatser, der tilbydes socialt udsatte.

I en dansk undersøgelse af 443 tilfældigt udvalgte stofafhængige i ambulans behandling fandt man således, at klienterne udeblev fra omkring 25 % af alle planlagte samtaler (Pedersen & Nielsen 2007). I Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB) ses det, at af 10.182 udskrevne forløb i 2007 var det 18,8 %, der kunne kategoriseres som færdigbehandlede. 28,5 % var enten udeblevet eller bortvist, mens 14,5 % havde ønsket at blive udskrevet eller var blevet fængslet. De resterende var enten blevet overflyttet eller udskrivningsårsag var ukendt (SIB 2007). I Dansk Registrerings- og InformationsSystem, som er en national database over stofmisbrugere indskrevet i stoffri døgnbehandling, var det i 2009 54 % af de 1350 udskrevne, som udeblev eller forlod behandlingen mod givent råd ([www.danris.dk](http://www.danris.dk)). Endelig ses den samme tendens i det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Af 5506 registrerede udskrivninger fra 3/1 2006 til 31/10 2007 var 36,9 % færdigbehandlet. 31,8 % var udeblevet og 12,4 % havde ønsket at blive udskrevet. De resterende var overvejende blevet overflyttet/fracflyttet til andre institutioner/kommuner (Sundhedssty-

relsens NAB-register). Disse tal er i overensstemmelse med, hvad der er fundet i internationale studier (se Maeschalck 2007).

Det vil således være en glimrende dokumentation på, at de motiverende samtaler virker, hvis flere fortsætter i behandlingen udover den første måned, end før de motiverende samtaler blev indført. Dertil kommer, at de fleste behandlingsprogrammer registrerer start- og slutdato, og at det derfor er helt uden ekstra indsats at dokumentere effekten. Hvis ikke en sådan start- og slutdato registreres, bør man indføre en sådan procedure.

Hvis der skal bruges spørgeskemaer, er det langt bedre med enkle og så ressource-”lette” skemaer som muligt (bedst hvis de bygger på oplysninger, der alligevel indhentes ved behandlingens start). Et sådant screeningskema er den belastningsscore, der kan udregnes efter European Addiction Severity Index (EuropASI belastningsscore = EB).

Hvis målet f.eks. er at reducere psykiske belastninger under behandlingen, så kunne man anvende 30 dages spørgsmålene fra EB’s score for psykisk belastning. Disse spørgsmål ses nedenfor (for en mere detaljeret beskrivelse af spørgsmålene se

<http://www.danris.dk/Download/Tools/EuropASI2009.pdf>

### **Tabel 1: Måling af psykisk belastning efter EuropASI belastningsscore**

#### **Har du inden for de sidste 30 dage...**

1. oplevet dig selv som deprimeret. Ja/nej.
2. oplevet svær angst. Ja/nej.
3. oplevet svære koncentrationsproblemer. Ja/nej.
4. oplevet hallucinationer. Ja/nej.
5. oplevet at miste kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd. Ja/nej.
6. fået ordineret medicin for psykiske problemer. Ja/nej.
7. haft selvmordstanker. Ja/nej.
8. forsøgt selvmord. Ja/nej.
9. Hvor mange dage, inden for de sidste 30 dage, har du oplevet nogen af de i spørgsmål 1-7 nævnte problemer. Dage.
10. Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage.
  - 0 = ikke bekymret
  - 1 = ubetydeligt bekymret
  - 2 = moderat bekymret
  - 3 = betydeligt bekymret
  - 4 = meget bekymret
11. Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse psykiske/følelsesmæssige problemer.
  - 0 = ikke vigtigt
  - 1 = ikke særlig vigtigt

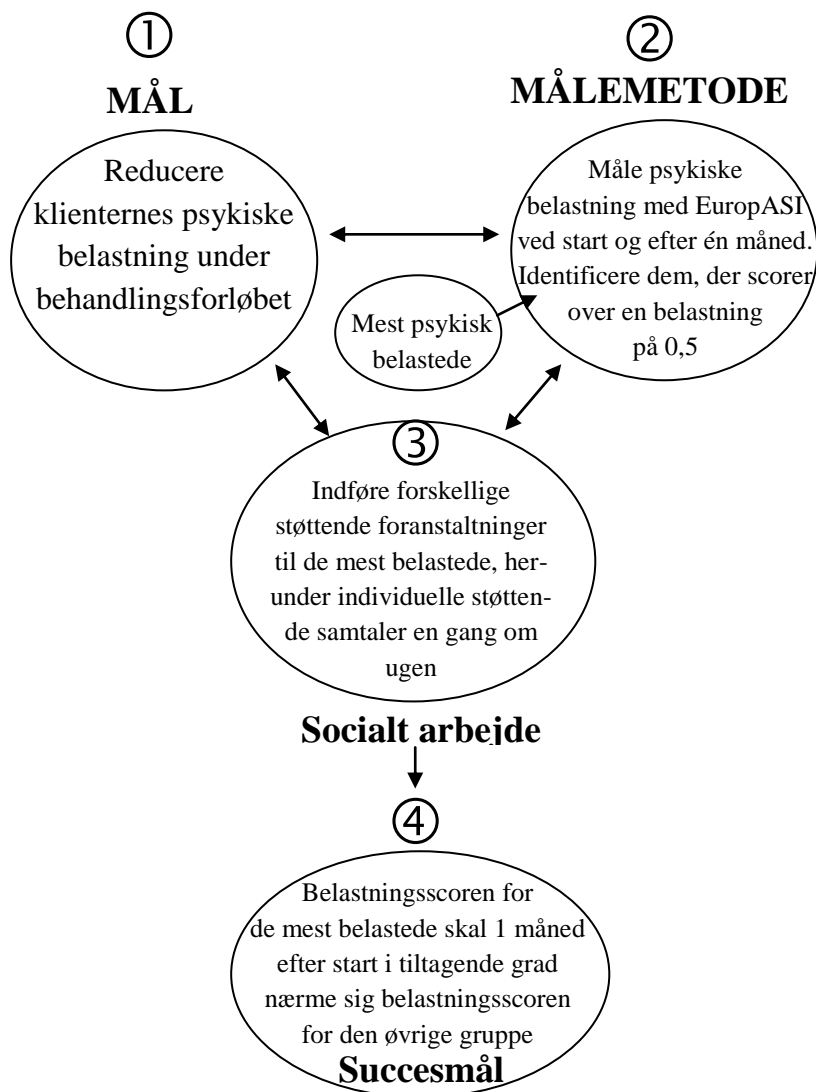
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Den psykiske belastningsscore kan her udregnes på en meget enkel måde og giver et udmærket overordnet udtryk for, hvor belastet klienten oplever sig selv psykisk. Spørgsmålene kan stilles ved behandlingens start og f.eks. én måned efter start (hvor klienten stadig er i behandling). De fleste vil antageligt reducere deres psykiske belastning betragteligt, men det afhænger måske af behandlingsintensiteten, og om de møder frem til aftalte samtaler. Man kunne også vælge at give de klienter, der er mest belastede, et særligt intensivt tilbud den første måned.

Derudover responderer nogle uden tvivl bedre end andre, og man kunne på den baggrund begynde at udvikle metoder, der bedre fastholder de mest belastede i behandlingen. Det ville måske over tid medføre en hurtigere reduktion i belastning hos gruppen generelt. Der er her tale om en lidt mere kompleks dokumentation, men dog stadig enkel og ikke særligt ressourcekrævende. Samtidig kan behandlingen med ret enkle midler bevidst *styres* hen imod en større reduktion af klienternes psykiske belastning under behandlingen.

På næste side er vist, hvordan dette projekt kunne se ud i dokumentationsmodellen.

**Figur 6: Projekt Reduktion af psykiske problemer**



Ovenstående dokumentation er, selvom den umiddelbart kunne synes kompliceret, forholdsvis enkel. Det kræver selvfølgelig, a) at de 11 spørgsmål stilles ved behandlingsstart og efter én måned, b) at man er bevidst om, hvad den behandling klienterne tilbydes består i, og c) at man er i stand til at analysere resultaterne og videreformidle dem løbende. Dette kræver igen, at der opbygges en rutine for indhentning af data, og at én eller flere personer påtager sig ansvaret for, at dokumentationen indsamles, analyseres og videreformidles. Hvis behandlerne virkelig vil nå målet, kræver det også, at de er i stand til at integrere nye metoder og nye måder at organisere arbejdet på. Med andre ord kræver det en systematisk måde at arbejde på, hvilket for nogle kan være fremmed og opleves som tidsrøvende og svær at overkomme i dagligdagen. På den anden side kunne man påstå, at hvis et

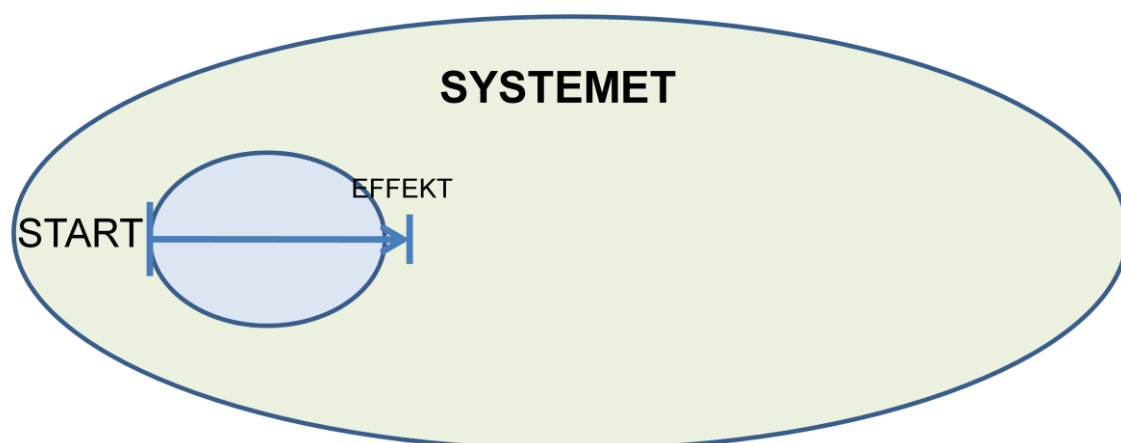
behandlingsteams opgave bl.a. er at reducere klienternes psykiske belastning under behandlingen, så er der jo ikke her tale om spørgsmål, der ikke på en eller anden måde alligevel burde stilles. Det er altså primært et spørgsmål om at føre det, man alligevel burde gøre, ind i en struktur, der muliggør dokumentation og en styret behandlingsproces.

At dette er vanskeligere, end man umiddelbart skulle tro, vidner en undersøgelse, som Center for Rusmiddelforskning i øjeblikket er ved at gennemføre, alt for meget om. I undersøgelsen evalueres 34 projekter, som har fået bevilget midler fra Narkopoljen. I alle projektbeskrivelserne er der formuleret mål og metoder til at vurdere disse mål. De første 12 projekter er evalueret, og det er desværre kun få, som har været i stand til at dokumentere selv de mest enkle målsætninger, selvom de havde lovet det i projektbeskrivelsen. Intentionerne er gode, men de evner ikke at arbejde systematisk, selvom det i mange af projekterne ikke ville betyde øget arbejdsbyrde, men alene en bestemt veldefineret rutine og ledelse af projektet.

## b) Overgangs-effekter

Med denne form for effekt henvises der til den forandring hen imod et ønsket mål, som klienten udskrives til. Billedligt kan det illustreres som vist nedenfor.

**Figur 7: Overgangs-effekter**



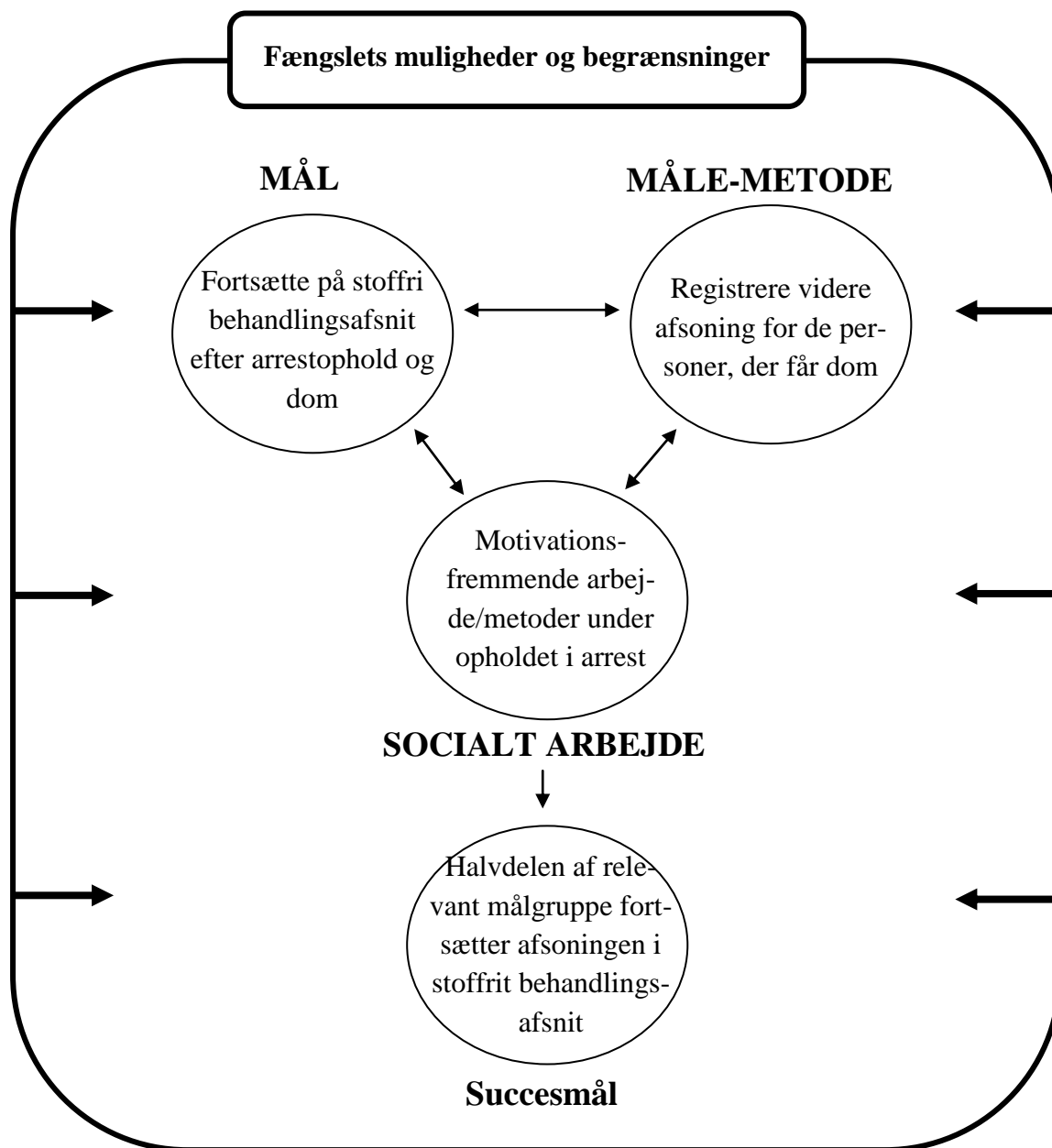


Af eksempler på mål for overgangseffekt kan nævnes følgende:

- Forsætter i andet behandlingsregi som planlagt.
- Har fået etableret kontakt til relevante hjælpesystemer/personer efter afsluttet behandling.
- Afsluttes med optimale
  - boligforhold
  - forsørgelsesforhold
  - beskæftigelsesforhold
  - uddannelsesforhold
  - sociale netværk

Et eksempel på en social behandlingsindsats, hvor hovedformålet med indsatsen var en overgangseffekt, er illustreret på næste side.

**Figur 8: Projekt Behandlingsmotivation i fængslet**



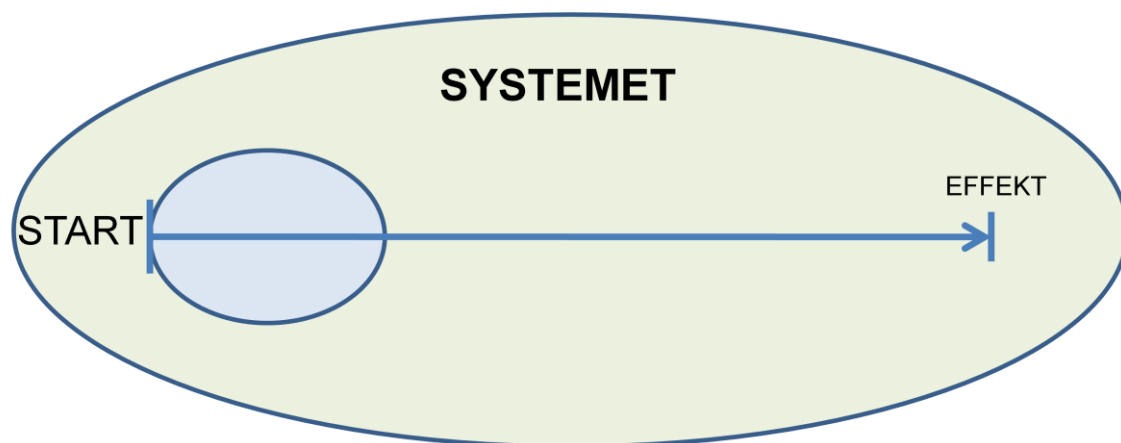
Motivationsprogrammer for stofmisbrugere, der sidder i arrest og venter på dom, er vidt udbredt i Danmark. Om denne gruppe af stofmisbrugere kan overføres til et stoffrit behandlingsafsnit afhænger af en række eksterne forhold, såsom dommen (herunder længden af straffen), i hvilket fængsel der skal afsones med videre. Succesen kan her kun måles ud fra den gruppe af afsonere, for hvem videre afsoning i stoffrit behandlingsafsnit er relevant og en fysisk mulighed.

Megen sagsbehandling kunne vurderes ud fra en Overgangs-effekt. Med det sidste menes der for eksempel en dokumentation af, i hvor høj grad klienterne kunne udskrives til f.eks. egen permanente bolig.

### c) System-effekter

Med denne form for effekt henvises der til en ønskelig forandring, der fastholdes udover den tid, som klienten modtager den sociale ydelse. Billedligt kan det illustreres, som vist nedenfor.

**Figur 9: System-effekt**



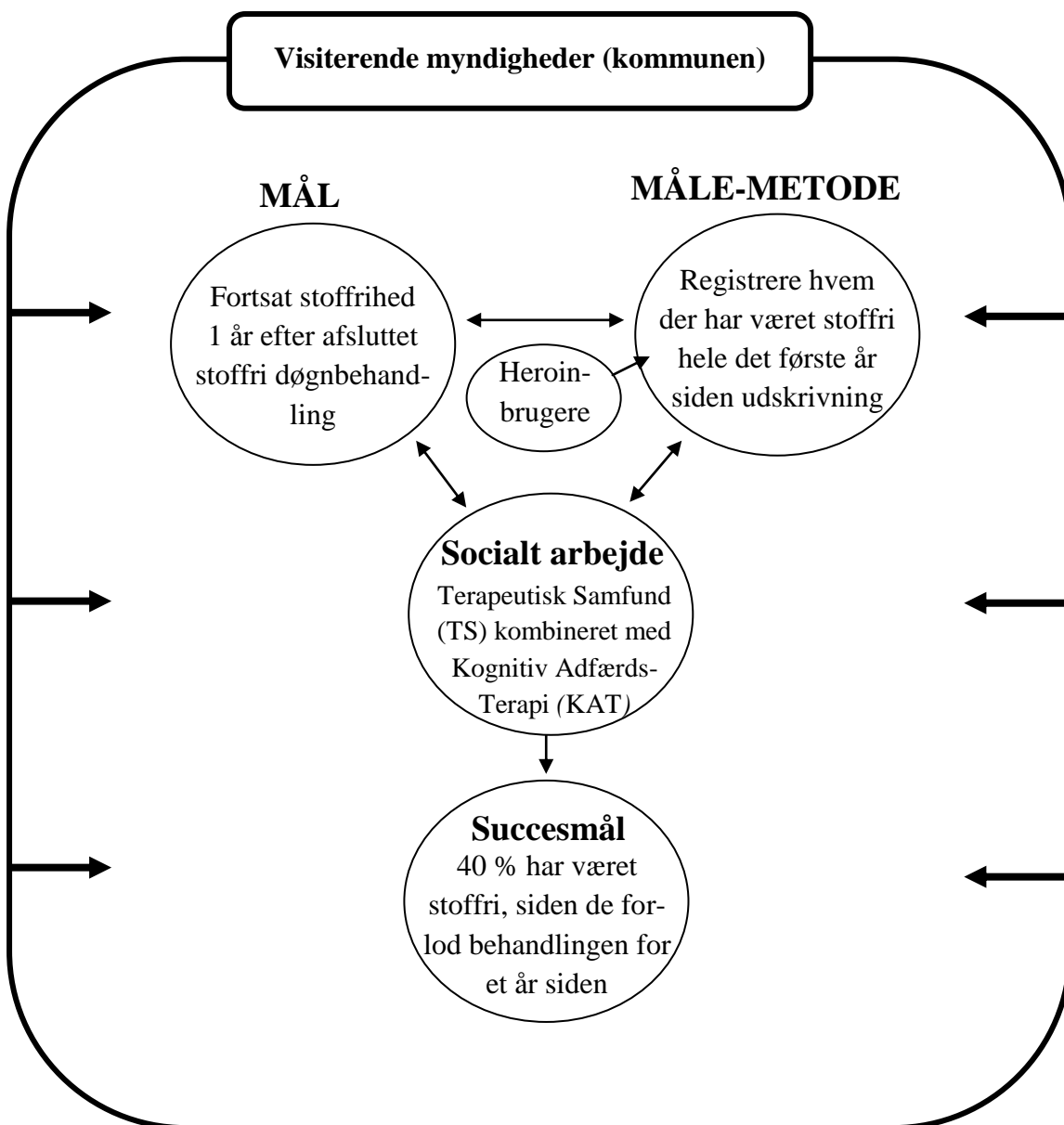
Af eksempler på mål for systemeffekter kan nævnes følgende:

- Stoffrihed/afholdenhed 12 måneder efter stof/alkohol-behandling.
- Lindring/eliminering af psykisk lidelse 12 måneder efter afslutning på psykoterapeutisk behandling.
- Fortsat forbedret sundhedstilstand 12 måneder efter sundhedsfaglig indsats.
- Fastholdelse på arbejdsmarked 12 måneder efter arbejdsmarkedsfaglig indsats.
- Fortsat forbedret social funktion i familien 12 måneder efter afsluttet indsats.

Man kan sige, at måling af System-effekterne er et forsøg på at måle, hvor lang tid I-behandlings-effekterne varede. Men hvorfor navnet System-effekter? Fordi effekten af det sociale arbejde over længere tid i mindre og

mindre grad kan tilskrives den indsats, som blev regnet som udgangspunkt for effekten. Klienten bliver således efter afsluttet behandling ofte påvirket af en række andre sociale indsatser eller sociale forhold. Dette er ikke mindst tilfældet for de mest socialt udsatte. Følgende eksempel kan gives. På en døgninstitution, der tilbyder stofmisbrugere behandling ud fra en bestemt metode, ønsker man at øge antallet af heroinmisbrugere, som forbliver stoffri det første år efter afsluttet behandling.

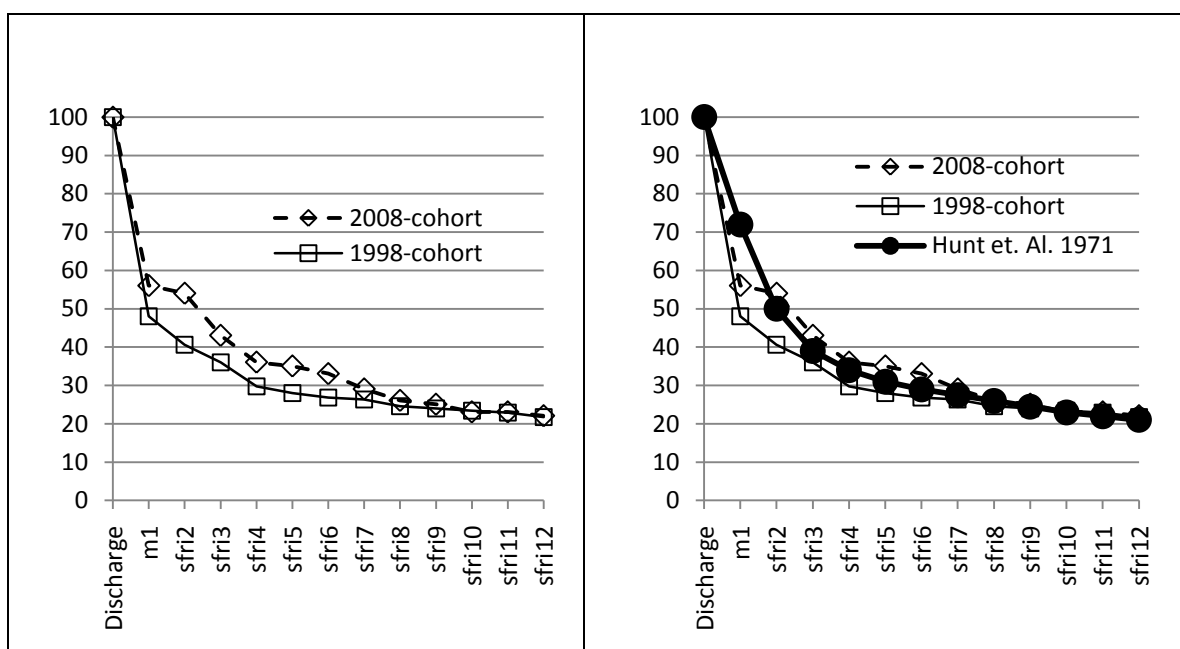
**Figur 10: Projekt Stoffrihed**



Ud fra den foreliggende forskning ved man, at det er ca. 20-25 %, der forbliver stoffri det første år efter udskrivning. I ovenstående model ønsker en døgninstitution ved hjælp af en kombinationsbehandling (Terapeutisk Samfund + Kognitiv Adfærdsterapi) at øge dette til 40 %. At udregne disse systemeffekter på en gyldig og pålidelig måde er dog ofte særdeles ressourcetrækkende og forbundet med en lang række vanskeligheder. Mange institutioner har selv forsøgt at lave sådanne opgørelser over systemeffekter 6 til 12 måneder efter afsluttet behandling, og for ingen af dem er det lykkedes på pålidelig måde. Ofte har det ikke været muligt at interviewe mere end 30-40 % af de klienter, der havde været udskrevet et år, og effekten regnes derfor ud fra denne gruppe, hvilket ikke giver et retvisende billede. Ofte er stoffrihed hele året blevet forvekslet med stoffrihed på interviewtidspunktet, og der mangler gennemskuelige og operationelle definitioner på effektmålet (her stoffrihed).

Et måske endnu mere væsentligt problem er, at 1-års opgørelser over effekten af den sociale indsats givet til de mest socialt udsatte måske i virkeligheden ikke er et særlig relevant mål. Dette ses i nedenstående graf.

**Figur 11: Tilbagefald efter stoffri døgnbehandling. %.**

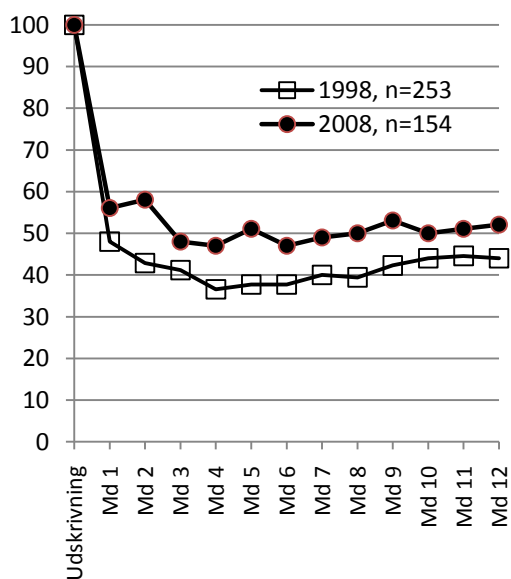


I den første graf (til venstre) ses tilbagefaldraten for henholdsvis 154 heroinbrugere efter stoffri døgnbehandling i 2007 og 253 heroinbrugere

efter stoffri døgnbehandling i 1996-7 (oplysninger på 80 % af et repræsentativt udvalg af heroinbrugere i de to undersøgelser). Som det ses, er der stort set ingen forskel mellem de to kurver. I 1998 var det således ca. 20 %, der fortsat var helt stoffri et år efter, de havde afsluttet behandlingen, og det samme var tilfældet i 2008. I grafen til højre sammenlignes de danske heroinbrugere med gennemsnittet af to amerikanske undersøgelser beskrevet af Hunt og kollegaer fra 1971 (den fede sorte graf). Igen helt den samme tilbagefaldsrate. Ikke nok med, at det passer med Hunt et al. fra 1971, det passer også med store amerikanske undersøgelser fra 80'erne og 90'erne (Simpson et al. 1979, Simpson 1984, Hubbard et al. 1984, Hubbard 1991 og Ravndal & Vaglum 1998) og med nyere undersøgelser af Gossop et al. 2002, Downey et al. 2003, Darke et al. 2007 og McLellan et al. 2007).

Denne manglende forandring i effekten skal ses på trods af, at behandlerne inden for de seneste 20-30 år er blevet meget bedre uddannede, og at der på mange døgninstitutioner i dag bruges såkaldte evidensbaserede metoder. Der ses heller ingen forskel i grafer mellem de forskellige ideologier, der ligger til grund for behandlingen, og selv ikke en gennemsnitlig reduktion i indlæggelseslængden på to måneder har haft nogen betydning. Noget kunne dog tyde på, at gennemførelse af programmet som planlagt har en vis betydning for andelen, der er stoffri de første par måneder efter udskrivning. Andelen, der gennemførte behandlingen, er således steget fra 35 % til 55 % inden for de seneste 10 år, hvilket kan knyttes til den smule bedre effekt, der ses de første par måneder efter udskrivning. Altså synes et mål på en I-behandlings-effekt (gennemførte behandlingen som planlagt) at være det mål, der bedst forudsiger effekten af den stoffri døgnbehandling af heroinbrugere.

**Figur 12: Stoffri måned-for-måned efter stoffri døgntilbeholdning. %.**



Man kan således påstå, at I-Behandlings-Effekten af det sociale arbejde, der tilbydes de mest socialt udsatte borgere, ikke varer længere end de første 2-3 måneder uden fortsatte indsatser fra det system, borgeren udskrives til. Figuren til venstre illustrerer dette. Her ses, hvor mange der er stoffri måned for måned, efter de har afsluttet den stoffri døgntilbeholdning (samme borgere som i de to foregående grafer). Ovenstående forskelle (om end fortsat moderate) synes at være et udtryk for, at heroinbrugere hurtigere bliver genindskrevet i dag, end de gjorde for 10 år siden, efter de har fået tilbagefald.

I 2008 var det således 79 % af dem, der havde haft tilbagefald, der var blevet genindskrevet, mens det i 1998 var 65 % (en signifikant forskel). I 1998 så vi, at svært stofbelastede heroinbrugere, som var i tilbagefald, ikke blev genindskrevet. Det ses næsten ikke i 2008. Men at der er flere, der har været stoffri de sidste 30 dage i f.eks. måned 7, så ikke ud til at være døgntilbeholdningens skyld. Det var, fordi de, der havde haft et tilbagefald, atter var kommet i behandling.

Påstanden er altså, at uanset behandlerne, metoderne, længden af behandlingen mv. så vil det sociale arbejde, der tilbydes de mest socialt udsatte, næppe have den store effekt få måneder, efter det er ophørt, med mindre der inkluderet i tilbudet findes forskellige opfølgingsydelser. Der kræves med andre ord kontinuerlig social støtte til de mest socialt udsatte, og derfor foreslår den amerikanske rusmiddelforsker Thomas McLellan da også, at man i evalueringer af indsatser rettet mod de mest udsatte og kronisk syge helt primært anvender I-behandlings-effekter (se McLellan et al. 2007, som kalder det *concurrent recovery monitoring*).

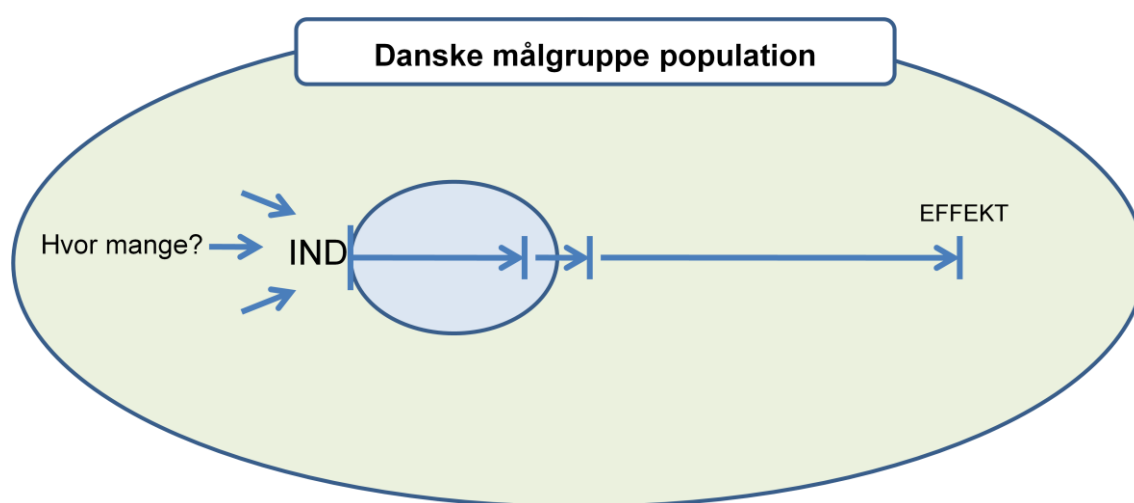
Konklusionen er derfor, at så snart vi taler om komplekse effektmål som stoffrihed/afholdenhed/kontrolleret indtagelse af alkohol, reduktion i psykiske, sociale og helbredsmæssige belastning af de mest socialt udsatte

– så er 12 måneders effekt oftest alt for langt ud i fremtiden at skue. Man bør højst se 2-3 måneder ud i fremtiden, og selv dette er ressourcekrævende og vanskeligt at gøre på en gyldig og pålidelig måde for en behandlingsenhed. Derfor bør dokumentation af indsatsen, der tilbydes de mest socialt udsatte, først og fremmest have fokus på I-behandlings-effekter og Overgangs-effekter. Til gengæld vil det, i samarbejde med forskningen, være muligt at udvikle nogle gode mål for I-behandlings-effekter, som med stor sandsynlighed også siger noget om System-effekt (i hvert fald de første måneder efter udskrivningen). Der skal senere gives to eksempler på sådanne forskningsudviklede mål, som siger noget om såvel I-behandlings-effekten som System-effekten.

#### d) Samfunds-effekter

Med denne form for effekt henvises der til effekten af indsatsen på den samlede danske målgruppepopulation. Dette er uden sammenligning den vigtigste af alle effektmålinger, idet den bl.a. siger noget om, hvilke typer indsatser det ville være hensigtsmæssigt at bevilge flere ressourcer til. En Samfunds-effekt kan være helt i overensstemmelse med en System-effekt, men de kan også påvirke hinanden negativt. Altså jo større System-effekt, desto mindre Samfunds-effekt. En sådan negativ indvirkning på hinanden er præcis, hvad der altid bør undgås. I det følgende skal der gives to eksempler på Samfunds-effekter.

**Figur 13: Samfunds-effekter**





Følgende to spørgsmål skal i det følgende underkastes en nærmere vurdering:

- 1) Hvor mange af den samlede population af danske heroinmisbrugere bliver stoffri efter stoffri døgnbehandling?
- 2) Hvor mange af den samlede danske population af gravide kvinder, der misbruger rusmidler, vil profitere af tvangsbehandling?

*Ad 1) Hvor mange af den samlede population af danske heroinmisbrugere bliver stoffri efter stoffri døgnbehandling?*

Antallet af heroinmisbrugere, som blev indskrevet i stoffri døgnbehandling, er fra 1996-7 til 2007 steget fra ca. 450 til 900. En tilsvarende forøgelse af antallet af heroinmisbrugere i Danmark har derimod ikke fundet sted. Fra 1996 til 2005 skønnes det, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er steget fra 20.300 til 27.000 (1998 = 24.400)(se Sundhedsstyrelsen 2006). Dette inkluderer ikke bare heroinmisbrugere, men alle personer med et vedvarende forbrug af illegale stoffer, der forårsager fysiske, psykiske og/ eller sociale skader. Det seneste par år har dette næppe ændret sig. Tværtimod kunne man med rette argumentere for, at antallet af heroinmisbrugere i Danmark i dag udgør en mindre andel end for bare fem år siden. Hvis vi alligevel går ud fra, at stigningen i antallet af heroinmisbrugere har fulgt stigningen af antallet, der misbruger illegale stoffer i Danmark, betyder det, at der i dag er 1,3 gange flere heroinmisbrugere i Danmark, end der var i 1996-7 (hvilket antageligt er for meget). Med de meget stabile og repræsentative systemeffektmålinger, vi har fra 1998 og 2008, vil det sige, der ca. var 80 heroinmisbrugere, som var stoffri i året, efter de havde forladt stoffri døgnbehandling i 1997. Hvis vi forventer en stigning på 1,3 i antallet af heroinmisbrugere i Danmark, kunne man forvente, at det i 2007 var 104, der var stoffri i året, efter de havde forladt stoffri døgnbehandling i 2007. I så fald ville samfundseffekten være den samme som i 1998. Men tallet er ikke 104, men derimod 180 i 2008. Dette er en stigning på 73 %, i forhold til hvad man kunne forvente (eller mellem 50-75 % for at være helt sikker).

Så selvom systemeffekten af den stoffri døgnbehandling af heroinmisbrugere ikke har ændret sig gennem måske 30-40 år (stadig ca. 20-25 % stoffri 1 år efter udskrivning), så er der alligevel i dag langt flere af den samlede population af heroinmisbrugere, der bliver stoffri efter stoffri døgnbehandling end midt i halvfemserne – ganske enkelt fordi der er bevil-

get flere penge til denne form for behandling, og fordi forholdsmæssigt flere heroinmisbrugere er blevet tilbudt et sådan behandlingsforløb.

Dertil kommer, at der er gode grunde til at tro, at der i dag måned-for-måned (se fig. 12) er flere stoffri heroinmisbrugere af den samlede population, fordi der i dag ikke mere findes ventelister som i midten af halvfemserne. Dette kan evt. skyldes indførelsen af behandlingsgarantien (Venteliste-garantien), som trådte i kraft 1. januar 2003.

Det rejser naturligvis en række spørgsmål, såsom om heroinmisbrugerne dengang var mere belastede, om de i højere grad fik tilbudt stoffri behandling i andet regi osv. Intet af dette synes at have ændret sig nævneværdigt, og der, hvor der er forskelle, kan det på et område være en fordel, mens det på andre områder kan være en ulempe.

*Samfunds-effekten af den stoffri behandling af heroinmisbrugere synes med andre ord at være steget betragteligt, uden at system-effekten er blevet bedre. Med dette menes der, at en langt større andel af heroinmisbrugerne kom i stoffri behandling i 2007 end i 1997. Eftersom ca. 20 % forblev stoffri i såvel 1997 som i 2007, skyldes effekten flere i behandling – ikke at vi er blevet bedre til at behandle heroinmisbrugere.*

At kunne identificere samfundseffekten kræver ikke mindst gode registreringssystemer og databaser af høj kvalitet. Sådanne databaser findes ikke mindst på stofmisbrugsbehandlingsområdet.

*Ad 2) Hvor mange af den samlede danske population af gravide kvinder, der misbruger rusmidler, vil profitere af tvangsbehandling?*

Der skønnes at 4,4 % af danske kvinder i dag har et skadeligt forbrug af alkohol (Hvidtfelt et al. 2008). I 2008 blev der født 65.038 børn af kvinder under 50 år. Vi ved, at alkoholmisbrugende kvinder føder lige så mange børn som andre kvinder, hvilket vil sige, at ca. 4,4 % af disse børn er født af mødre med et skadeligt forbrug af alkohol. Dette svarer til ca. 2.800 kvinder. Det skønnes også, at 0,4 % af danske kvinder har et misbrug af illegale stoffer (ca. 8.800). Også stofmisbrugende kvinder føder lige så mange børn som andre kvinder, hvilket vil sige, at 0,4 % af de 65.038 børn født i 2008 er født af kvinder, der misbruger illegale stoffer. Dette svarer til

260 kvinder (hvilket uden tvivl er lavt estimeret). Med andre ord er omkring 3.000 børn i 2008 født af mødre med et skadeligt forbrug af rusmidler. I dette er der ikke medtaget alle de kvinder, der betegnes som ”storforbrugere” af alkohol (Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 14 genstande om ugen for kvinder). Hvis disse skulle inddrages, ville det samlet være 7.024 børn, der i 2008 var født af alkohol-storforbrugende kvinder. Derudover er heller ikke inkluderet alle de kvinder, der har et skadeligt brug af f.eks. benzodiazepiner, sovemedicin og smertestillende præparater. Medicamenter der kan være stærkt skadelige for et foster.

I det følgende holdes der fast i, at ca. 3.000 børn i 2008 blev født af mødre med et skadeligt forbrug af rusmidler. Ca. halvdelen af disse stopper måske deres skadelige forbrug, så snart de opdager, de er gravide (hvilket de måske først finder ud af to måneder henne i graviditeten). Tilbage er der ca. 1.500, som ikke stopper, heraf 8-900 fordi de er så afhængige, at de ikke kan.

Af foreliggende, dog noget usikre, oplysninger tyder det på, at det er ca. 300 af de ca. 1.500 gravide med et skadeligt brug af rusmidler, der er kendt af misbrugsbehandlingssystemet, herunder familieambulatorier (flere er nok uden tvivl kendt af egen læge, jordemødre og andre professionelle). Det svarer til, at  $1/5 = 20\%$  af kvinder med et skadeligt forbrug af rusmidler er kendt af misbrugsbehandlingssystemet.

Det er altså ca. 20 ud af 100, som modtager en særlig indsats, fordi de er gravide og har et problematisk forbrug af rusmidler (20%). 4 af disse 20 kan tænkes at være så kaotiske, at de er vanskelige at fastholde i behandling. Denne gruppe udgør problem nummer 1 (de 4 udgør altså 4% af den totale population). Problem nummer 2 er at få kontakt til de 80 af de 100, som vi ved findes, men som enten ikke tør (bange for hvad de sociale myndigheder kan finde på) eller skammer sig for meget over at søge hjælp for deres misbrug. På den ene side har vi altså 4% af den samlede danske gravide-population, som vi kender i forvejen, og som er så kaotiske, at vi har problemer med at fastholde dem i behandling (hvilket kan skade deres foster), og på den anden side 80% af de gravide, som vi har problemer med at få kontakt til (som i høj grad også skader deres foster). Samfunds-effekt spørgsmålet er nu følgende:

*Skal vi bruge alle ressourcerne på en dyr tvangsforanstaltning, der hjælper de 4 %, som behandlingssystemet i forvejen kender (og som for langt de flestes vedkommende er stofmisbrugere - ikke alkoholmisbrugere), eller skal vi bruge pengene på at skabe kontakt og tilbud til de omkring 80 %, vi ikke har kontakt til, men som står i fare for at skade deres foster i lige så høj grad som de 4 % kaotiske.*

Her står vi over for et valg, hvor en højere system-effekt (tvangsbehandling af de 4 %) kunne blive ensbetydende med en lavere samfunds-effekt (at vi ikke får kontakt til de 80 %). Tvang kunne uden tvivl hjælpe enkelte fostre af meget kaotiske mødre, men det kunne også betyde, at endnu flere med et skadeligt alkoholforbrug forblev ”ukendte”, fordi de ikke skulle have noget af at kontakte myndighederne i angst for at blive tvangstilbageholdt. Med den ene hånd reddes nogle børn, som tabes med den anden hånd. Hvad der virkelig ville have samfunds-effekt, ville uden tvivl være at få kontakt til, lad os sige, bare 400 af de 1.200 ukendte (for denne diskussion se Pedersen 2009a).

Før der skal vedtages nye bevillinger til et socialt indsatsområde, ville det derfor være en god idé at lave en række samfunds-effekt-målinger, som kunne pejle i retning af, hvor det var mest hensigtsmæssigt at anvende ressourcerne.

### **e) Sammenfatning**

I det foregående er fire forskellige typer effekter beskrevet. Den vigtigste effekt at få målt er Samfunds-effekten. System-effekter er ikke mindst anvendelige til at identificere forskningsbaserede standarder, mens I-behandlings-effekter og Overgangs-effekter bl.a. er meget anvendelige til at dokumentere og kvalitetssikre de sociale indsatser, der tilbydes de mest socialt udsatte.

#### **4. Forudsigelse af kvinders tilbagefald til alkoholmisbrug efter døgnbehandling: Et muligt kvalitets- og effekt-sikringsprojekt i et System-effekt perspektiv**

Hvis behandlingsenheden har ressourcer til det, og det ellers er relevant, kan en social indsats rettes mod alle de klienter, der tilbydes en given indsats. Ofte vil det dog være både relevant og hensigtsmæssigt at afgrænse indsatsen til de klienter, der mest har brug for den. Dette gælder ikke mindst, hvis det kræver ekstra ressourcer at nå et givent succesmål, og som udgangspunkt skal der ikke interveneres mere end nødvendigt.

Indsamlede data kan altså bruges på ikke mindst to måder:

- 1) Som performance-indikatorer/til at vurdere om de formulerede succesmål er nået.
- 2) Til identifikation af risikogrupper.

I det følgende skal der gives et eksempel på et projekt, hvor det fordres, at der identificeres en risikogruppe. Eksemplet er beskrevet i tidsskriftet ”*The American Journal on Addictions*” (Pedersen & Hesse 2009).

For at kunne identificere kvinder med særlig risiko for tilbagefald må der nødvendigvis laves en System-effekt undersøgelse (her en undersøgelse af tilbagefald til alkoholmisbrug de første seks måneder efter afsluttet behandling). Nedenfor er denne undersøgelse meget kort beskrevet.

330 alkoholafhængige blev interviewet seks-ni måneder efter, de havde afsluttet et alkoholbehandlingsforløb på en døgninstitution. Det godtgøres, at gruppen kan betragtes som repræsentativ for alkoholafhængige i døgnbehandling på seks typiske døgninstitutioner i Danmark. Der findes således ingen forskelle i European Addiction Severity Index (EuropASI) mellem opfølgingsgruppen (n=330) og alkoholafhængige indskrevet i døgnbehandling i 2004-5, og som havde besvaret EuropASI (n=1084).

Tilbagefald blev i undersøgelsen defineret for såvel mænd som kvinder som mindst én periode inden for de første seks måneder efter udskrivning med et forbrug på over 21 genstande om ugen og/eller et forbrug af benzodiazepiner (illegal som legal), centralstimulerende stoffer, opioider og/eller hash.

Samtlige klienter havde i forbindelse med behandlingsstart svaret på de spørgsmål, der anvendes i registreringssystemet DanRIS<sup>5</sup>. Det var disse spørgsmål, der blev anvendt til at identificere de kvinder (og mænd), der var i størst risiko for tilbagefald. Der blev altså ikke anvendt baseline-data, som ikke blev indsamlet alligevel. Nedenfor ses de 11 spørgsmål, der i særlig grad kunne anvendes til at identificere risikogrupper. Det ses også, hvordan de omkodes.

**Table 2: Eksempel på RARS score for en højrisikoklient**

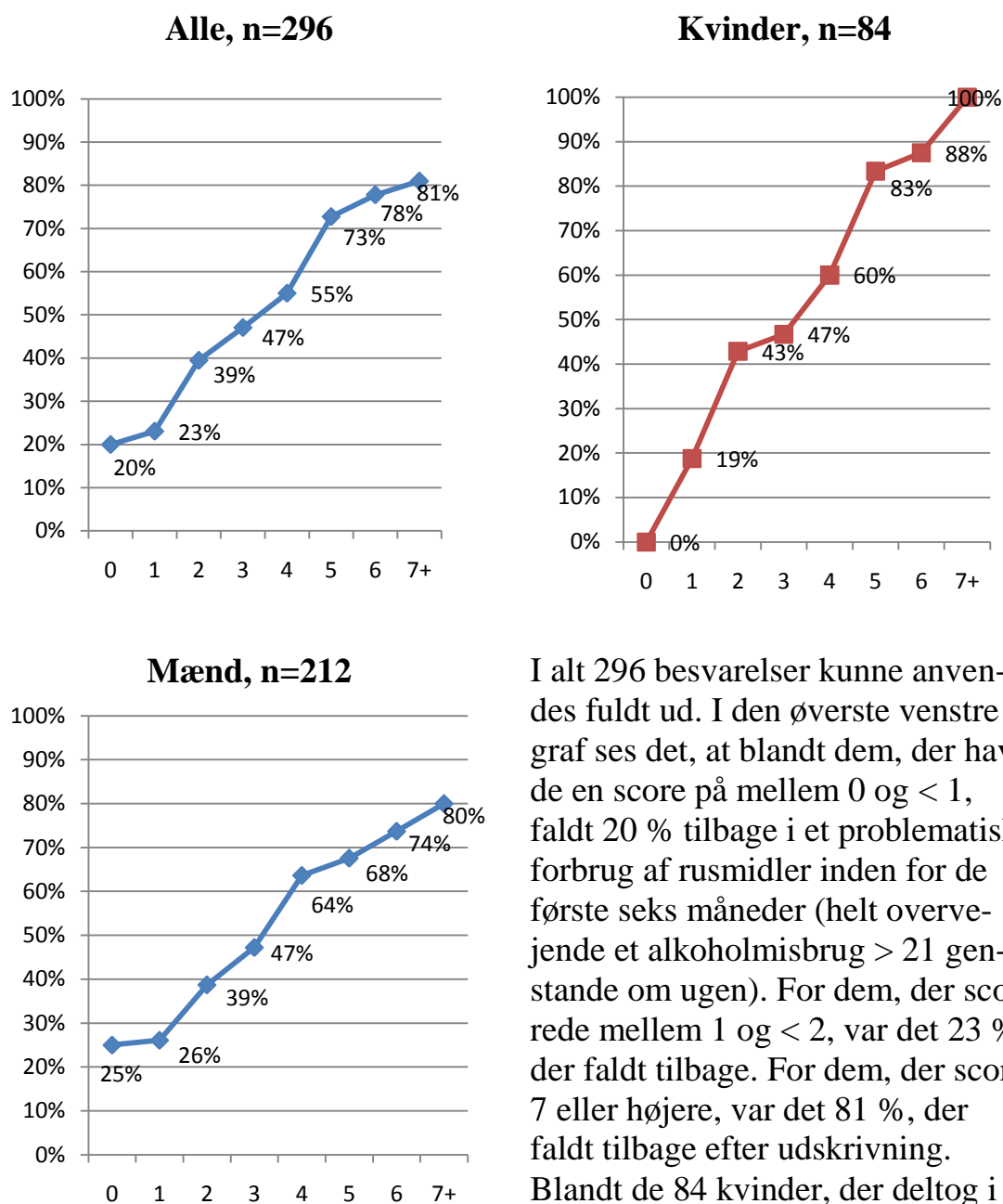
1. Gennemsnitlige antal genstande pr. dag i det sidste halve år under intensive drikkeperioder.	Antal dage	1 hvis > 20
2. Hvor mange dage har du haft arbejde de sidste 30 dage	Antal (20 dage = fuld tid)	1-(20/dage)
3. Haft lønindkomst de sidste 30 dage	Ja/nej	1 hvis nej
4. Behandling initieret af klienten selv, dennes familie eller arbejdspladsen	Ja/nej	1 hvis nej
5. Behandlingen betalt af klienten og/eller dennes familie	Ja/nej	1 hvis nej
6. Nogensinde tidligere behandlet for misbrug af rusmidler	Ja/nej	1 hvis ja
7. Ordineret medicin mod psykiske problemer sidste 30 dage	Ja/nej	1 hvis ja
8. Har haft selvmordstanker de sidste 30 dage	Ja/nej	1 hvis ja
9. Har forsøgt selvmord de sidste 30 dage	Ja/nej	1 hvis ja
10. Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af problemer med andre personer <i>end din familie</i> 0 = ikke bekymret 1 = ubetydeligt bekymret 2 = moderat bekymret 3 = betydeligt bekymret 4 = meget bekymret	0 til 4	1 hvis > 2
11. Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for fysiske problemer 0 = ikke vigtigt 1 = ikke særlig vigtigt 2 = noget vigtigt 3 = særdeles vigtigt 4 = meget vigtigt	0 til 4	1 hvis > 2

I et Excel-ark sammentælles scorer for hvert enkelt spørgsmål på følgende måde.  $1 + ((2+3)/2) + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10$ .

I nedenstående grafer ses det, hvordan score hænger sammen med tilbagefald de første seks måneder efter udskrivning fra døgninstitutionen.

<sup>5</sup> (se <http://www.danris.dk/Download/Tools/EuropASI2009.pdf>)

**Figur 14: RARS-score og tilbagefald til alkoholmisbrug**



I alt 296 besvarelser kunne anvendes fuldt ud. I den øverste venstre graf ses det, at blandt dem, der havde en score på mellem 0 og < 1, faldt 20 % tilbage i et problematisk forbrug af rusmidler inden for de første seks måneder (helt overvejende et alkoholmisbrug > 21 genstande om ugen). For dem, der scorede mellem 1 og < 2, var det 23 %, der faldt tilbage. For dem, der scorer 7 eller højere, var det 81 %, der faldt tilbage efter udskrivning. Blandt de 84 kvinder, der deltog i undersøgelsen, var sammenhængen endnu mere udtalt.

Dog er der blandt kvinderne tale om relativt små grupper, men sammenhængen er stadig meget stærk signifikant.

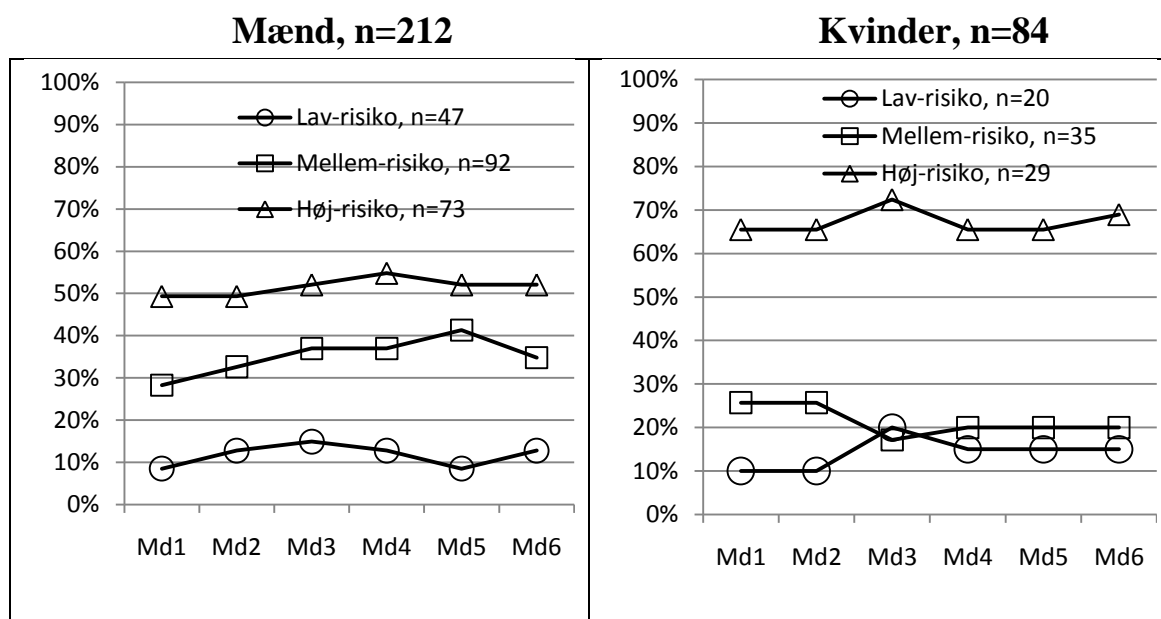
De 296 blev opdelt i tre risikogrupper. Henholdsvis en lavrisiko (0 til og med 2,5), mellemrisiko (større end 2,5 til og med 5) og højriskogruppe (større end 5).

Fra lavrisikogruppen faldt 25 % af alle tilbage i et problematisk forbrug inden for de første seks måneder efter udskrivning; fra mellemrisikogruppen var det 52 %, mens det fra højriskogruppen var 75 %, der faldt tilbage.

Fra en anden gruppe på 928 alkoholmisbrugere i døgnbehandling i 2004-5 var der tre gange så mange fra højriskogruppen, som atter modtog alkoholbehandling fra det offentlige i 2006, som der var fra lavrisikogruppen.

Ovenstående bygger alt sammen på, om der har været mindst én episode med tilbagefald i de første seks måneder efter udskrivning. Det kunne jo være, de kun havde haft en enkelt episode og ellers ikke haft noget problematisk forbrug af rusmidler. Dette er der kontrolleret for ved at måle tilbagefald måned for måned (hvor mange er i tilbagefald hver enkelt måned gennem de første seks måneder). Dette ses i nedenstående grafer.

**Figur 15: Måned- for-måned tilbagefald for tre risikogrupper efter alkoholdøgnbehandling**

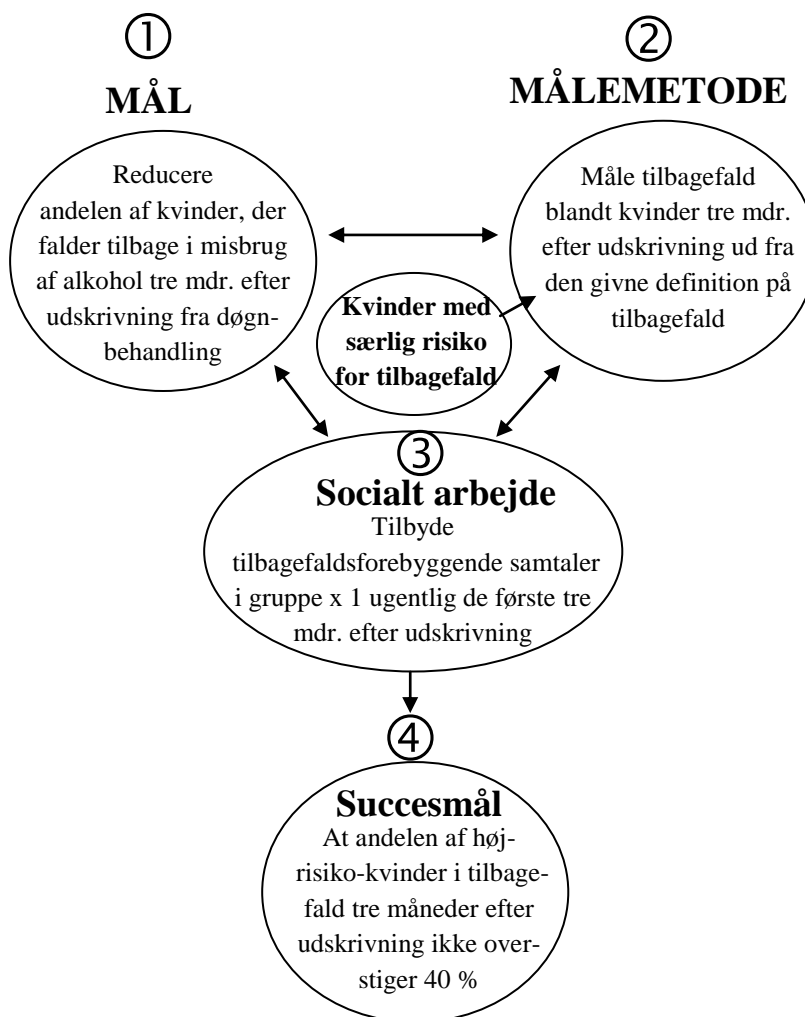


Som det ses i grafen til højre, er det konstant 60-70 % af kvinderne i højriskogruppen, som til hver en tid har et problematisk forbrug af rusmidler. Der er derfor ikke sædvanligvis tale om enkeltstående tilbagefald blandt højriskokvinder. De er meget ofte i tilbagefald i meget lange perioder. Som det ses, er andelen, der er i tilbagefald fra de enkelte grupper, meget stabil gennem de seks måneder (dette gælder i øvrigt også for stofmisbru-



gere efter stoffri døgnbehandling). Det betyder, at det stort set er lige gyldigt, om effekten måles 2, 3, 4... måneder efter udskrivning. En social indsats, der måske kunne ændre denne stabile tendens (eller reducere stabiliteten til et lavere niveau) er, at der efter behandlingen følges op med en eller anden form for tilbagefaldsforebyggelse. Et projekt kunne derfor se ud som vist nedenfor.

**Figur 16: Projekt Tilbagefaldsforebyggelse**



Dette hører til et af de mere komplicerede projekter – først og fremmest fordi det fordrer en opfølgning tre måneder efter udskrivning. På den anden side kan opfølgningen jo indbygges i den sidste tilbagefaldsforebyggende session efter tre måneder. Det er dog vigtigt at få mindst 60-70 % af målgruppen med i opfølgningen, hvilket kan være vanskeligt (ikke mindst når det gælder de mest belastede). Der skal kun stilles følgende spørgsmål for

at vurdere effekten: ”Har du den seneste måned haft mindst én uge, hvor du drak mere end 21 genstande alkohol og/eller den sidste måned haft et forbrug af benzodiazepiner (illegal som legal), centralstimulerende stoffer, opioider og/eller hash”. Det kan besvares med JA eller NEJ.

En sådan effektvurdering er altså forholdsvis mulig, enkel, men den kræver ekstra ressourcer. Det mest krævende er uden tvivl etableringen af det tilbagefaldsforebyggende tilbud og den vedvarende dialog mellem effekten af indsatsen og de handlinger/metoder/procedurer, der er indbygget i indsatsen.

## 5. Hvordan kan kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling reduceres? En foreløbig status på et igangværende kvalitets- og effektsikringsprojekt (et I-behandlings-effekt perspektiv)

Dette projekt blev igangsat sidst i 2006, og første del af projektet er beskrevet i tidsskriftet ”*International Journal of Therapeutic Communities*” (Pedersen, MU, 2007a). I det følgende skal der gives en opdateret beskrivelse af projektet, som dog fortsat pågår (se senere), og som indtil videre ikke har nogen afslutningsdato.

Fra 2001 til 2007 gennemførte mellem 4-10 % færre kvinder end mænd den stoffri døgnbehandling, som de var indskrevet i. Dette ses i nedenstående tabel.

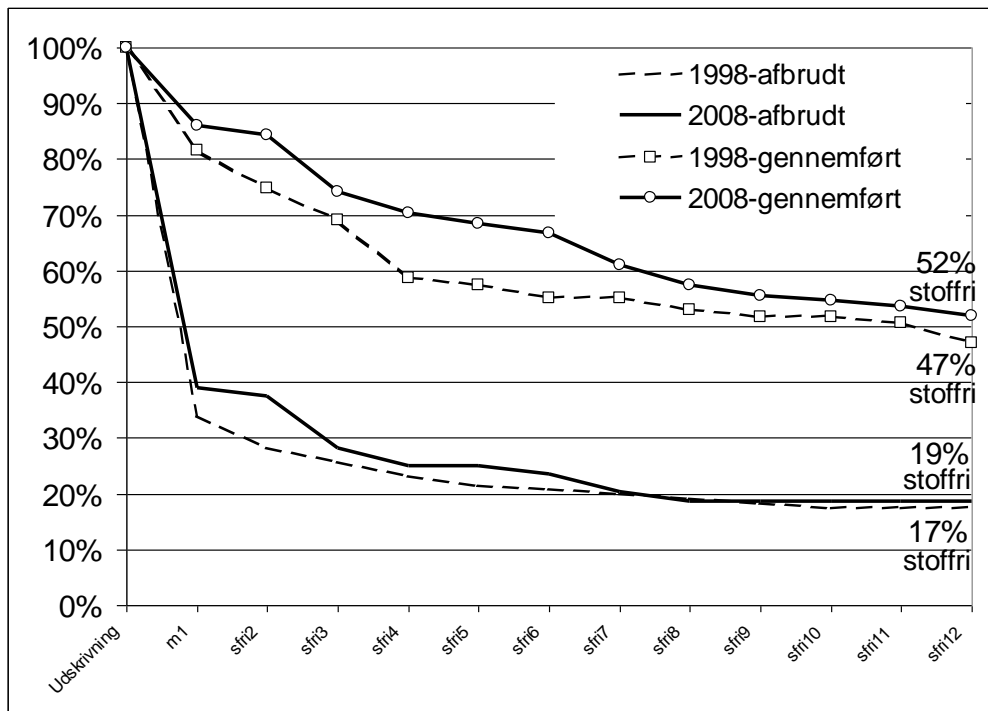
**Tabel 3: Gennemførelse af stoffri døgnbehandling som planlagt fra 2001-7**

	Kvinder	Mænd	p.værdi	Antal kvinder	Antal mænd
2001	53 %	57 %		152	414
2002	49 %	53 %		186	531
2003	44 %	52 %	.04	247	714
2004	44 %	48 %		314	926
2005	43 %	53 %	.003	286	813
2006	53 %	59 %		258	739
2007	52 %	58 %		204	666
2001-7	48 %	54 %	.00001	1647	4803

Der kunne være mange forklaringer på denne forskel. For eksempel ser det ud til, at kvindernes sociale og psykiske belastning i højere grad forklarer hvorfor kvinder afbryder før planlagt end det er tilfældet for mændene. Det ser også ud til, at kvinder, der indlægges på døgninstitutioner med få kvinder, hyppigere dropper ud end kvinder indlagt på døgninstitutioner med mange kvinder indlagt. Denne sammenhæng synes dog mere kompliceret.

Men hvorfor dette fokus på gennemførelse af program som planlagt? Fordi denne variabel er én af de bedste variable til at forudsige tilbagefald efter udskrivning. Dette ses i næste figur.

**Figur 17: Gennemført/afbrudt og tilbagefald i 1998 og 2008**

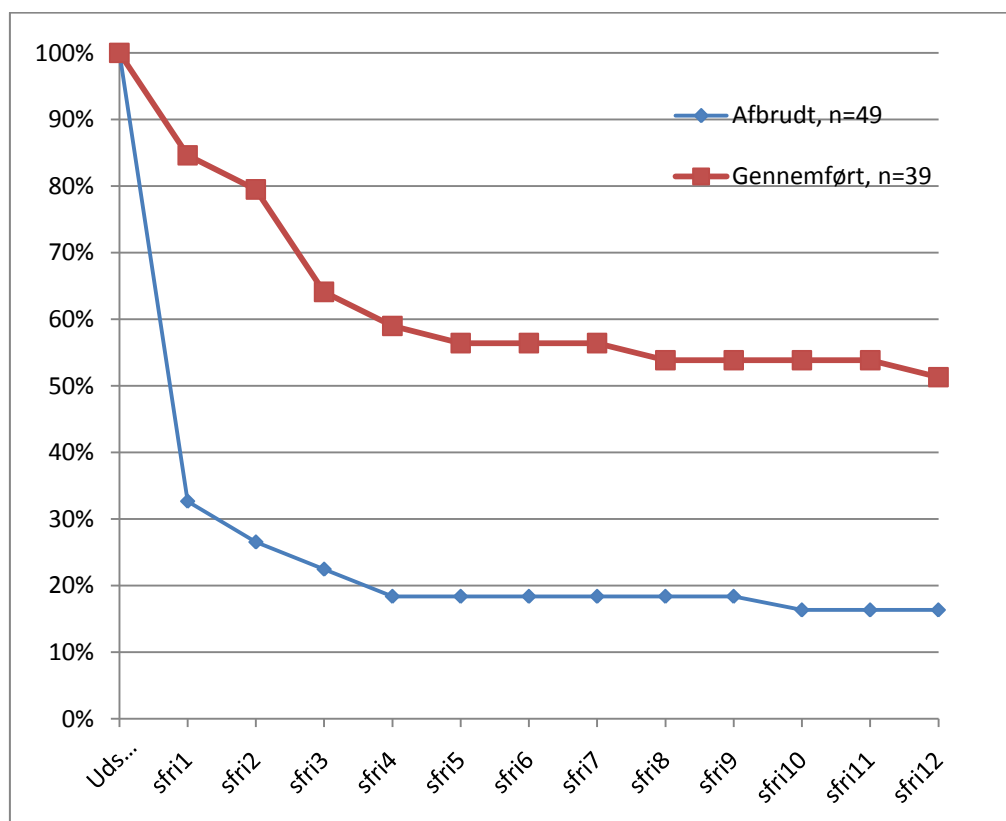


At gennemføre programmet som planlagt kan ses i meget stærk signifikant sammenhæng med stoffrihed efter udskrivning. I ovenstående figur ses det, hvor god en forudsigelsesvariabel ”gennemført som planlagt” var for stofmisbrugere i stoffri døgntilbeholdning både i 1998 og i 2008. Af dem, der afbrød behandlingen i 1998, var det 17 %, der stadig var stoffri et år efter udskrivning, mens det samme var tilfældet for 19 % i 2008. I 1998 var det 47 % af dem, der havde gennemført som planlagt, der fortsat var stoffri et år efter udskrivning. Det samme var tilfældet for 52 % i 2008 (i alt 387 interviewede er inddraget i denne analyse).

Selvom sammenhængen mellem gennemførelse som planlagt og tilbagefald efter udskrivning er mere kompliceret end ovenstående antyder, er der ingen tvivl om, at gennemførelse som planlagt er en af de bedste variable til at forudsige tilbagefald (se Pedersen 2009b). At forøge gennemførelsesprocenten kunne altså tænkes også at reducere antallet af tilbagefald, ikke mindst de første måneder efter udskrivning. Således kan gennemført program knyttes til motivation og ”troen på det kan lykkes denne gang” (Soyez et al. 2006). Det skal dog fremhæves, at kvinder ikke klarer sig dårligere end mænd efter udskrivningen – heller ikke selv om de ikke gennem-

fører så hyppigt som mænd. Men det kunne jo være, de kunne komme til at klare sig endnu bedre.

**Figur 18: Tilbagefald til stofmisbrug for 88 heroinafhængige kvinder, der henholdsvis afbryder og gennemfører behandlingen**

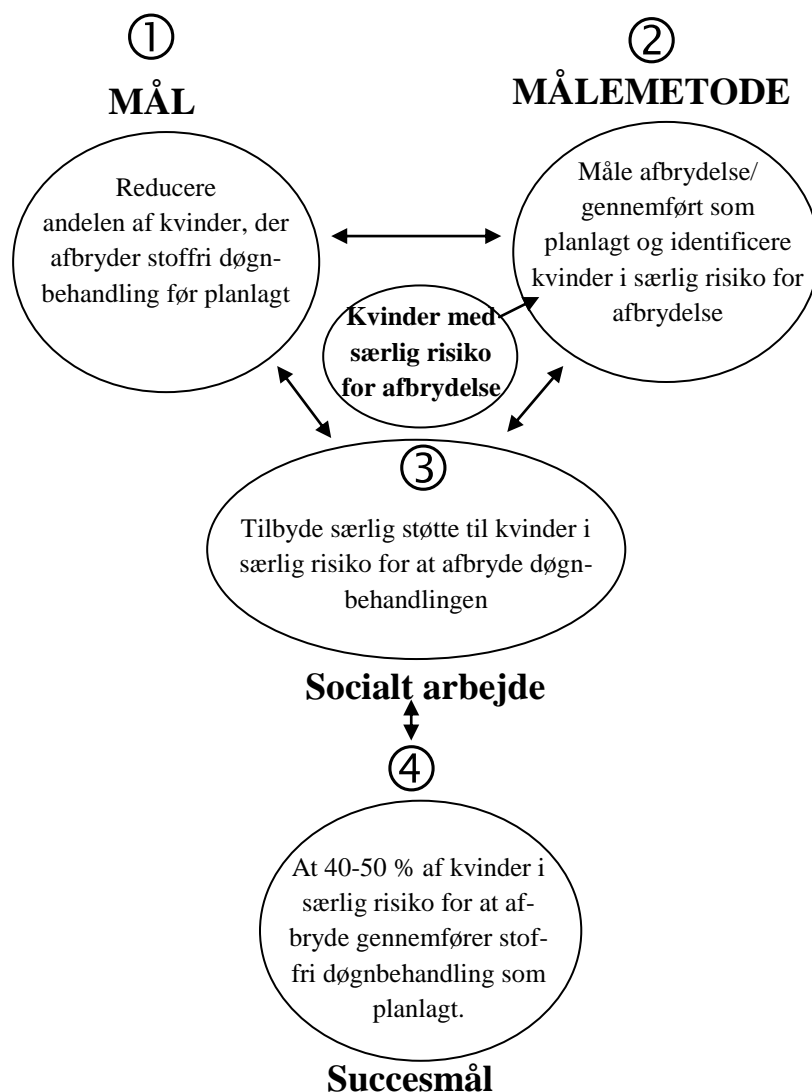


Som det ses i ovenstående figur, er der meget stor forskel på, hvordan det går de kvinder, som gennemfører, og de kvinder, der afbryder. Af dem, der afbryder, er det 17 % af de interviewede, som fortsat er stoffri et år efter udskrivning, mens det er 51 % af dem, der gennemførte behandlingen, som fortsat er stoffri et år efter udskrivning. Også for kvinder er ”gennemført som planlagt” altså en glimrende indikator for, hvordan det går dem efter behandlingens afslutning.

## a) Projektet

Nedenfor er projektet billedgjort i dokumentationsmodellen.

**Figur 19: Projektets dokumentationsmodel**



Projektet forgik på fem døgninstitutioner. Målet med projektet samlet for de fem døgninstitutioner var at få 40-50 % af kvinderne i særlig risiko for at afbryde, til at gennemføre den stoffri døgnbehandling som planlagt (*succesmål/performance-indikator*). Dette vil være en væsentlig tilnærmelse til de øvrige kvinder i stoffri døgnbehandling, hvilket senere skal vises.

Metoden skulle være a) at identificere kvinder i særlig risiko for at afbryde behandlingen (*målemetode 1*), og b) tilbyde disse kvinder særlig op-

mærksomhed/støtte for at undgå de afbryder behandlingen (*det sociale arbejde/interventionen*). Om succesmålet nås, afgøres ved at registrere om kvinderne gennemfører som planlagt (*målemetode 2*).

Hvad angår det sociale arbejde, blev der ikke defineret nogen specifik interventionsmetode. Dette begrundes med, at døgninstitutionerne er meget forskellige, hvilket bl.a. ses ved, at de bygger deres behandling på meget forskellige metoder. Den særlige støtte, der skulle tilbydes kvinderne, skulle derfor kunne tilpasses de forskellige døgninstitutioners struktur og metoder. Netop dette har måske været en fejl ved projektet. På den anden side ville det give døgninstitutionerne en mulighed for selv at definere deres indsats.

*At identificere kvinder i særlig risiko for at afbryde behandlingen:* Første del af projektet var at udvikle et enkelt redskab til at identificere kvinder i særlig risiko for at afbryde. Det viste sig hurtigt, at a) der på den ene side ikke var noget problem i at udvikle et indeks, hvor kvinder i særlig risiko for at afbryde behandlingen kunne identificeres, men b) at dette indeks ikke virkede lige godt på alle døgninstitutioner. Det blev derfor valgt at udvikle et indeks til de enkelte døgninstitutioner (i alt fem døgninstitutioner). Dette indeks blev programmeret ind i deres DanRIS-program, således at de – når data var indtastede (hvilket de alligevel skulle gøre) – kunne trykke på en knap og se, om kvinden var i højrisiko for at afbryde behandlingen.

De fem indeks til de fem døgninstitutioner er for tre af døgninstitutionerne identiske, mens de for to af institutionerne er forskellige. De tre indeks, der blev anvendt, ses på næste side (forklaringer følger neden for tabellen).

**Tabel 4: Tre indeks til forudsigelse af kvinders drop-out fra stoffri døgntil behandling**

Specifik 1	Specifik 2	Generelle indeks
1. Opiater (dage)	1. Beroligende piller (dage)	1. Heroin (dage)
2. Illegale aktiviteter (dage)	2. Mere end 1 stof (dage)	2. Metadon (dage)
3. Problemer kriminalitet*	3. Penge narko (kroner)	3. Beroligende piller (dage)
4. Behov hjælp kriminalitetsproblemer*	4. Problemer kriminalitet*	4. Mere end 1 stof (dage)
5. Fysiske problemer (dage)	5. Behov hjælp kriminalitet*	5. Problemer kriminalitet*
6. Bekymret fys. problemer*	6. Behov hjælp familieprob*	6. Illegale aktiviteter = hovedindtægtskilde**
7. Behov hjælp fys. problemer*	7. Konflikter andet netværk (dage)	7. Voldelig adfærd**
8. Voldelig adfærd**	8. Hjælp konfl. netværk*	8. Selvmordsforsøg**

(Dage) sidste måned \* belastning 0 til 4 \*\*Ja=1, Nej=0

Alle ovenstående spørgsmål er hentet fra EuropASI (European Addiction Severity Index, belastningsscore) hvor belastningen for den sidste måned udregnes på 7 hovedområder. Som det ses, er det ikke mindst forbrugt af stoffer og de kriminelle aktiviteter op til indskrivningen på døgninstitutionen, som, for kvindernes vedkommende, kan forudsige om de afbryder behandlingen. I alle tre indeks kan belastningen højst blive 8. Der er tale om simple sammentællinger. Dog skal de enkelte indeks spørgsmål omkodes på følgende måde:

Eksempel på omkodning af generelle indeks til risiko-score.

**Tabel 5: Fra rå-data til risiko-score**

Spørgsmål	Omkodning	Svar	Score
<i>Altid sidste 30 dage op til indskrivning</i>			
1. Heroin (dage)	Dage divideret med 30	15	0,5
2. Metadon (dage)	Dage divideret med 30	30	1
3. Beroligende piller (dage)	Dage divideret med 30	9	0,3
4. Mere end 1 stof (dage)	Dage divideret med 30	30	1
5. Problemer kriminalitet*	Score mellem 0 til 4 divideres med 4	2	0,5
6. Illegale aktiviteter = hovedindtægtskilde**	Ja=1, nej=0	0	0
7. Voldelig adfærd**	Ja=1, nej=0	1	1
8. Selvmordsforsøg**	Ja=1, nej=0	0	0
Samlet score			4,3



Ovenstående ses det, at den fiktive klient har haft et forbrug af heroin i 15 dage i måneden op til indskrivning. Dette divideres med 30 dage, hvilket giver en score på 0,5. Samlet har personen en risiko-score på 4,3, hvilket skal vises er en meget høj risiko-score.

I det følgende skal de fem døgninstitutioner og deres indeks beskrives hver for sig.

*Døgninstitution 1 (Terapeutisk Samfund). Specifik indeks 1*

I alt 35 kvinder udskrevet fra januar 2005 frem til juni 2007 indgik i baseline. De kvinder, der scorede over/lig 3 i det generelle indeks, blev betragtet som værende i særlig risiko for tilbagefald. Således gennemførte 0 % af de 17 kvinder, der scorede  $\geq 3$  på denne døgninstitution, mens 77 % af de 18 kvinder, der scorede under 3, gennemførte behandlingen ( $p=.000000$ ).

*Døgninstitution 2 (Minnesota). Specifik indeks 2*

I alt 66 kvinder udskrevet fra januar 2005 frem til juni 2007 indgik i baseline. De kvinder, der scorede over/lig 3 i det generelle indeks, blev betragtet som værende i særlig risiko for tilbagefald. Således gennemførte 27 % af de 30 kvinder, der scorede  $\geq 3$  på denne døgninstitution, mens 69 % af de 36 kvinder, der scorede under 3, gennemførte behandlingen ( $p=.0004$ ).

*Døgninstitution 3 (Minnesota). Generelle indeks*

I alt 44 kvinder udskrevet fra januar 2005 frem til juni 2007 indgik i baseline. De kvinder der scorede over/lig 3 i det generelle indeks blev betragtet som værende i særlig risiko for tilbagefald. Således gennemførte kun 20 % af de 30 kvinder der scorede  $\geq 3$  på denne døgninstitution, mens 50 % af de 14 kvinder der scorede under 3, gennemførte behandlingen ( $p=.04$ ).

*Døgninstitution 4 (Terapeutisk Samfund). Generelle indeks*

I alt 66 kvinder udskrevet fra januar 2005 frem til juni 2007 indgik i denne institutions baseline. De kvinder, der scorede over/lig 3 i det generelle indeks, blev betragtet som værende i særlig risiko for tilbagefald. Således gennemførte kun 17 % af de 23 kvinder, der scorede  $\geq 3$  på denne døgninstitution, mens 49 % af de 43 kvinder, der scorede under 3, gennemførte behandlingen ( $p=.01$ ).

### *Døgninstitution 5 (Socialpædagogisk). Generelle indeks*

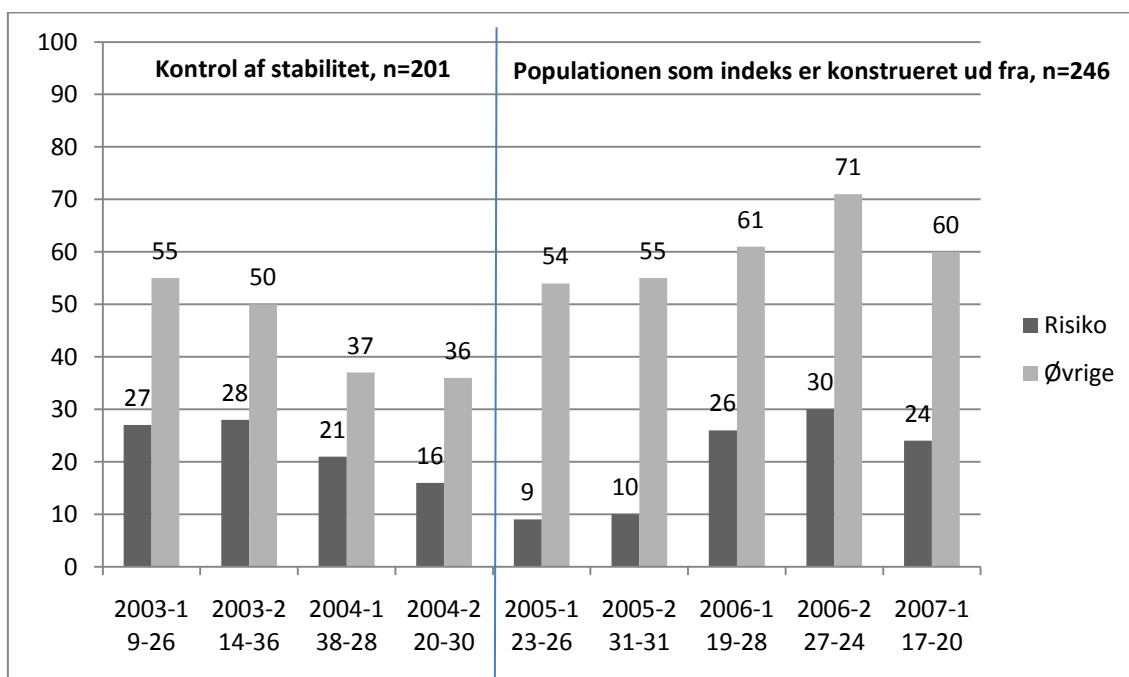
I alt 35 kvinder udskrevet fra januar 2005 frem til juni 2007 indgik i denne institutions baseline. Igen er det de kvinder, der scorede over/lig 3 i det generelle indeks, der blev betragtet som værende i særlig risiko for tilbagefald. Således gennemførte kun 24 % af de 17 kvinder, der scorede  $\geq 3$  på denne døgninstitution, mens 56 % af de 18 kvinder, der scorede under 3, gennemførte behandlingen ( $p=.055$ ).

#### **b) Sikring af stabilitet**

For at et indeks kan betragtes som forskningsmæssigt stabilt, skal det ikke alene virke på den gruppe, som det er udviklet på. Det skal også virke på grupper, som ikke har været med i den statistik, som dannede grundlaget for de identificerede indeks. Dette er ofte ikke muligt i en kommune, fordi datagrundlaget nogle gange er forholdsvis begrænset. På den anden side har rigtigt mange kommuner og døgninstitutioner i dag indsamlet så mange data i så lang tid, at det ofte er muligt. Hvis ikke det er muligt, kan man på sigt udvikle et risiko-indeks til at blive mere og mere stabilt ved at forholde det til tidligere episoder. Hvordan stabiliteten er sikret i denne undersøgelse vises og forklares i det følgende.

Identificering af kvinder i risiko for at afbryde behandlingen blev, som det fremgår, udregnet på baggrund af de 246 kvinders døgnbehandlingsforløb på fem døgninstitutioner i tiden januar 2005 til og med juni 2007. For at sikre, at det også gælder på en anden gruppe, som ikke er med i statistikken, blev dets anvendelighed testet på 201 kvinder, som var indskrevet i døgnbehandling på de samme institutioner i tidsrummet januar 2003 til og med december 2004. Resultatet ses i næste histogram.

**Figur 20: Andelen af kvinder i risiko, som gennemfører stoffri døgnbehandling fra januar 2003 til og med juni 2007. %.**



I histogrammet ses forskellene i andelen, der gennemfører behandlingen, for populationen, som danner grundlaget for den statistiske konstruktion af de tre forskellige indeks. I 2005-1 (første halvdel af 2005) gennemførte 9 % af kvinderne fra risikogruppen, mens 54 % af de øvrige kvinder gennemførte døgnbehandling. 23 kvinder kunne placeres i risikogruppen, og 26 i gruppen af øvrige kvinder. I anden halvdel af 2005 (2005-2) var det 10 % fra risikogruppen, som gennemførte behandlingen osv. Som det ses, er der en endog meget stor forskel mellem andelen, der gennemfører i risikogruppen og de øvrige fra 2005-1 til og med 2007-1. For at sikre at denne forskel mellem risiko-kvinder og andre kvinder også gælder for kvinder der var indlagt i en helt anden periode, sammenlignes resultaterne fra de forskellige forudsigelsesindeks med en helt anden gruppe – nemlig en gruppe på 201 kvinder, der har været indskrevet på samme fem døgninstitutioner fra 2003-1 til 2004-2, og som ikke statistisk har været med i konstruktionen af de tre indeks. Også blandt disse ses der en klar forskel mellem risiko-kvinderne og de øvrige i andelen, der gennemfører. De indeks, der er konstrueret, identificerer med andre ord stabilt en særlig gruppe af kvinder i risiko for at afbryde behandlingen – dette selvom der ofte er tale om relativt små grupper af kvinder. Ganske vist varierer antallet af kvinder fra risiko-

gruppen, der gennemfører behandlingen, fra 9-30 %, men der er stort set altid en meget stor forskel i andelen, der gennemfører, mellem risikogruppen og de øvrige kvinder. Udfordringen er nu, at få andelen af kvinder fra risikogruppen, der gennemfører behandling til at nærme sig de øvrige kvinder (ikke omvendt). I den forbindelse er opgaven først a) at identificere kvinderne i risiko og b) give dem særlige tilbud (drop-out forebyggende ydelse), således at flere fra denne gruppe gennemfører behandlingen. I projektets dokumentationsmodel (figur 19) er succesmålet sat til, at mellem 40-50 % af kvinderne i særlig risiko for at afbryde gennemfører behandlingen som planlagt, samtidig med at andelen af øvrige kvinder, der gennemfører, bør fastholdes på mindst 60 %.

*Data, der alligevel skal indtastes og programmet til at udregne score:* Alle døgninstitutioner, der tilbyder stofmisbrugsbehandling, og som modtager klienter til en sådan behandling betalt af det offentlige, skal i dag indberette de i bilag 1 viste oplysninger til DanRIS (Dansk Registrerings- og InformationsSystem). Det er fra disse oplysninger forudsigelse af tilbagefald er udregnet. Der skal altså ikke stilles yderligere spørgsmål eller indtastes andre oplysninger, end døgninstitutionen i forvejen gør.

Oplysninger indtastes i et program, som alle døgninstitutioner frit har fået stillet til rådighed siden 2001, og som er udviklet af Center for Rusmiddelforskning. Der kræves altså heller ikke noget særligt program for at udregne scoren.

De gennemgåede indeks blev alle programmeret ind i de fem døgninstitutioners DanRIS-program, således at det med et enkelt klik var muligt at identificere kvinderne i risiko allerede ved behandlingsstart (eller så snart indskrivningsdata var indtastet). Programmerne blev alle implementeret i oktober-november 2007. Døgninstitutionerne havde alle fået vist, hvordan man kunne se, om en given klient kunne kategoriseres som en klient i særlig risiko for at afbryde behandlingen. Som nævnt blev det ikke bestemt, hvilken særlig indsats der skulle tilbydes kvinderne i særlig risiko for at afbryde. Den særlige støtte, der skulle tilbydes kvinderne, skulle dermed kunne tilpasses de forskellige døgninstitutioners struktur og metoder.

### **c) Resultaterne fra projektet**

Opfølgingsperioden gik fra januar 2008 til og med juni 2009 (altså 3 halvår). Udfordringen var i denne periode at få flere af højrisko kvinderne til at gennemføre. Undersøgelserperioden har desværre været forbundet med en række vanskeligheder.

På én af døgninstitutionerne (Terapeutisk samfund) faldt antallet af kvinder indskrevet i behandling dramatisk, således at der i opfølgingsperioden kun blev indskrevet tre hvert halve år (et fald på 56 %). Dertil kom, at kun to af disse tre kvinder blev interviewet ud fra EuropASI, hvilket jo netop er grundlaget for, at kvinder i risiko for at afbryde kunne identificeres. På halvandet år var der således kun fire kvinder indskrevet, som kunne placeres i risikogruppen. Til gengæld gik det dem godt. Tre af de fire gennemførte således behandlingen som planlagt (75 %), med en gennemsnitlig indskrivningslængde på syv måneder.

På en anden døgninstitution (Minnesota) brød registreringen af stofmisbrugere indskrevet i behandling i en periode helt sammen. Dette betød bl.a., at andelen af kvinder, der blev interviewet ud fra EuropASI, faldt fra 87 % til 36 %. Dertil kommer, at de, der blev interviewet, først blev det lang tid inde i forløbet i tilbageblik. De, der er blevet interviewet, er derfor en meget selekteret gruppe, som allerede var tæt på at gennemføre ved interviewet. Således var det 90 % af de kvinder, der blev interviewet, som gennemførte behandlingen. Forklaringen på sammenbruddet var pludselig personalemangel og udskiftning. Denne institution har det været nødvendigt at trække ud af undersøgelsen.

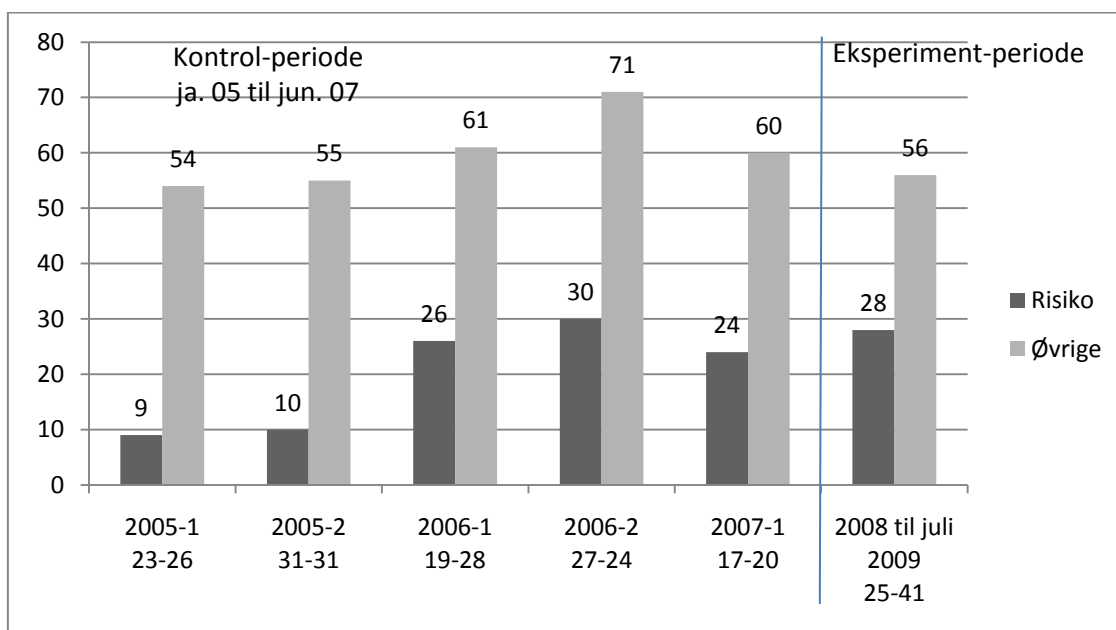
På en tredje institution (Minnesota) halveredes antallet af kvinder indskrevet i døgnbehandling (fra 12 til 6 hvert halve år). Dertil kom, at andelen af kvinder, der blev interviewet ud fra EuropASI, faldt fra 66 % til 45 %. Også her var der store udskiftninger i personalegruppen, inklusive ledelsen. I alt var der fire kvinder fra risikogruppen, som blev indskrevet på halvandet år, og af disse gennemførte 25 %. Af de øvrige kvinder gennemførte 60 %.

På de sidste to institutioner var andelen af kvinder, der blev indskrevet i opfølgingsperioden, den samme som i tidligere perioder, og andelen, der blev interviewet med EuropASI, var meget høj (samlet konstant på 87 %).

På disse to institutioner blev i alt 50 kvinder indskrevet og interviewet i opfølgingsperiodens halvandet år. 18 af disse kunne placeres i risikogruppen. Af disse gennemførte 22 % behandlingen. 32 kunne placeres blandt de øvrige kvinder. Af disse gennemførte 56 %. Til gengæld kunne det ses, at EuropASI-interviewet først blev gennemført i gennemsnit 25 dage inde i behandlingsforløbet. Dette er måske for sent til at gøre en forskel.

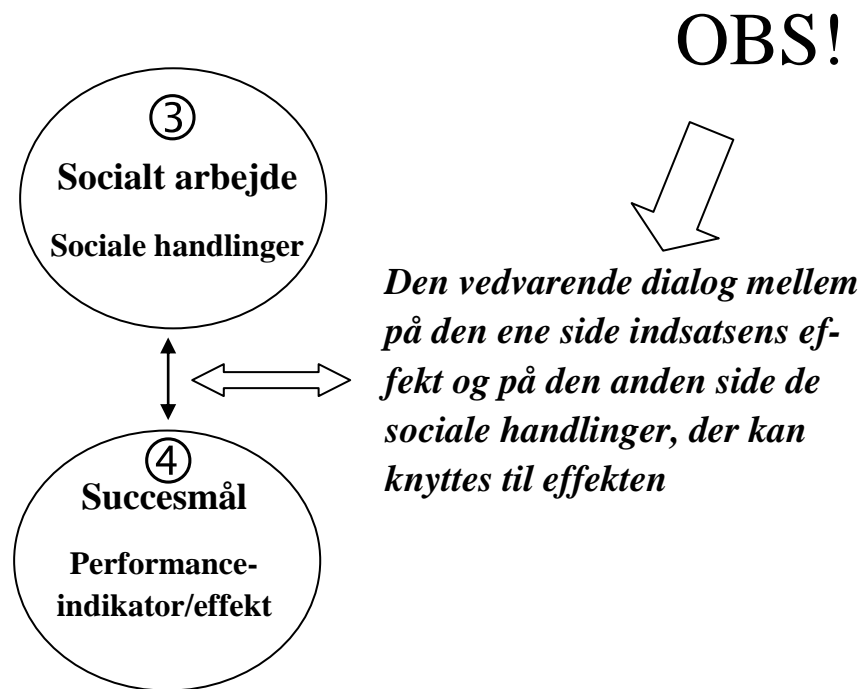
Når døgninstitutionen, hvor registreringen brød sammen, trækkes ud, kommer andelen, der gennemfører fra henholdsvis risikogruppen og øvrige kvinder på de resterende fire institutioner, ud som vist nedenfor.

**Figur 21: Kvinder i stoffri døgnbehandling: Eksperiment-periode sammenlignet med kontrol-periode. %.**



Det må konstateres, at risiko-indekset også i opfølgingsperioden var i stand til at forudsige afbrydelse af behandlingen. Til gengæld er det ikke så godt, at kvinder i risiko for tilbagefald stadig meget ofte afbryder behandlingen, selvom det faktisk var muligt at identificere dem allerede ved behandlingens start. Der er derfor i høj grad brug for at starte nedenstående fase i kvalitetssikringen.

**Figur 22: Kvalitet- og effektsikring**



At øge gennemført som planlagt til 40-50 % for kvinderne i særlig risiko for tilbagefald, lykkedes på ingen måde (succesmålet). Der mangler således effektive sociale handlinger, som kan reducere drop-out for kvinder i særlig risiko for at afbryde behandlingen. Måske er det slet ikke muligt at få denne gruppe af kvinder til i højere grad at gennemføre døgnbehandlingen. I så fald vil det være relevant at spørge sig selv, om det er hensigtsmæssigt overhovedet at henvise disse kvinder til døgnbehandling. Når 70-80 % afbryder, kan man spørge, om det ikke står i risiko for at volde mere skade end gavn for denne gruppe af kvinder at blive henvist til stoffri døgnbehandling.

Men hvorfor lykkedes det ikke. Der er flere forklaringer på, at det ikke er lykkedes

1. Flere af de fem døgninstitutioner var i eksperimentperioden inde i én eller flere turbulente perioder, med stor personaleudskiftning, udskiftning af ledelse, perioder hvor registreringen til DanRIS var brudt sammen med videre. En systematisk måde at arbejde på kræver antageligt en rimelig stabil personalegruppe og stabile arbejdsforhold.
2. At identificere kvinderne i risiko kræver en systematisk måde at arbejde på, hvor det sikres, at alle indskrevne klienter interviewes så

tidligt som muligt. En sådan systematik er grundet punkt 1 oftest ikke blevet etableret.

3. Man kunne argumentere for, at en sådan systematisk måde at arbejde kvalitets- og effektstyret på kræver højere grad af uddannelse, træning og undervisning. At identificere kvinderne i højrisiko krævede som nævnt ingen særlige kompetencer (udover at trykke på en knap). Men der burde uden tvivl fra vores side været tilbudt mere undervisning, træning og opfølgning. I så fald skulle denne opfølgning finde sted løbende med implementering af nye strukturer, løbende uddannelse af nye ledere/medarbejdere (idet udskiftningen var stor) mv. Det er klart undervurderet, hvor meget hjælp der var brug for.
4. Den reelle interesse for dokumentationen synes også at være undervurderet. Mange institutioner sagde i første omgang ja, men da det kom til stykket, var kun få interesserede.
5. Døgninstitutionerne skulle selv formulere, hvilke sociale indsatser de ville tilbyde kvinderne i særlig risiko for at afbryde behandlingen. Begrundelsen for dette var, at de så selv kunne passe det ind i deres forskellige programmer. Intet tyder dog på, dette nogensinde kom til at fungere. Tværtimod har flere gjort opmærksom på, at det var vanskeligt at tilbyde nogle mere behandling end andre. Det er altså vanskeligt at afvige fra programmet.

#### **d) Fortsættelsen**

Denne undersøgelse må betragtes som et pilotstudie. Projektet fortsætter derfor. Det vil f.eks. i fremtiden blive anvendt af visiterende myndigheder, således at de får mulighed for at reducere frafald hos de kvinder de sender i stoffri døgnbehandling. Det betyder ikke, at de kvinder der er i særlig risiko for at afbryde behandlingen aldrig vil komme i stoffri døgnbehandling. Samtlige otte spørgsmål, der er indeholdt i de tre indeks, kan således ændres. I en forbehandling kan man således arbejde systematisk på at reducere scoren i indekset og herefter tilbyde kvinderne et stoffrit døgnbehandlingsforløb. Denne fremgangsmåde kan kritiseres for ikke at give stofmisbrugerne muligheden for stoffri døgnbehandling, når de ønsker det og selv oplever sig som motiverede. På den anden side må en drop-out frekvens på 70-80 % anses for alt for højt et tal, som kan være direkte skadeligt for dem, der afbryder – måske endda fatalt. Man kunne således med god ret



opstille den hypotese, at dødsfald efter døgnbehandling i særlig grad kan knyttes til stofmisbrugere, der afbryder behandlingen før planlagt. Dette mangler at blive undersøgt, men det vil være i overensstemmelsen med den såkaldte pause-dødsfald hypotese.

Projektet fortsætter med andre ord (også på flere døgninstitutioner). Foreløbigt bl.a. forankret i en mellemstor kommune, hvor modellen anvendes til såvel visitation som til at dokumentere de sociale indsatser.



## 6. Sammenfatning

Denne rapport er baseret på et projekt med titlen ” Hvordan kan kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling reduceres?”. Ideen bag projektet var at udvikle en model til kvalitets- og effektstyring af den sociale indsats, der tilbydes de mest socialt udsatte – herunder ikke mindst stof- og alkoholmisbrugere. I dette projekt skulle denne kvalitets- og effektstyring have særligt fokus på kvinder i risiko for at afbryde stoffri døgnbehandling. Når det som udgangspunkt var kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling, der var i fokus, var det, fordi 4-10 % færre kvinder end mænd fra hvert af årene 2001 til 2007 gennemførte et stoffrit døgnbehandlingsforløb som planlagt. Formålet med projektet var at implementere en risikoskala, der med udgangspunkt i de data, der alligevel blev indsamlet, kunne identificere, hvilke kvinder der var i særlig risiko for at afbryde behandlingen. Hermed kunne der dannes grundlag for at give denne gruppe af kvinder en særlig støtte, som kunne forhindre, at de afbrød behandlingen før planlagt. Hvordan projektet forløb og resultaterne af det skal senere kort skitseres i denne sammenfatning, men gennemgås ellers i denne rapports afsnit 5.

Samtidig med det specifikke eksempel på hvordan kvalitets- og effektstyring kan praktiseres, har det været hensigten at udvikle en model, som var i overensstemmelse med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Begrundelsen for dette er, at udvikling af flere forskellige ikke-kompatible kvalitetsmodeller i længden antageligt vil bidrage mere til forvirring end til forståelse. Nærværende kvalitets- og effektmodel er dog på nogle områder forskellig fra DDKM, idet fokus her er relationerne/det sociale arbejde, som ofte ikke kan indbygges i tekniske standarder. Men rammen er i store træk den samme.

Inden modellen eksemplificeres med kvindeprojektet, skal modellens grundlag kort skitseres. Der henvises her til afsnit 2.

Som indikeret, tages der udgangspunkt i en kvalitetsvurdering af *socialt arbejde* – med andre ord den form for social indsats, der bruger relationen som ”forandrings-redskab”. Dette kræver en definition på socialt arbejde – en definition der gennem hele rapporten inddrages som grundlaget for indsatsen.

*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 (se Meeuwisse, Swärd og Sunesson 2007:33 eller <http://www.ifsw.org/p38000407.html>).*

Denne definition skal ikke ses som hverken universel eller på anden måde dækkende, men til gengæld passer den med det perspektiv, der er grundlaget for denne rapport.

Fire elementer er afgørende i definitionen: *forandring, frigørelse, viden og retfærdighed*. Socialt arbejde er sociale handlinger, der skaber forandring i en for modtageren frigørende retning. Det sociale arbejde er samtidig baseret på viden om mennesker i sociale systemer, og de overholder altid principperne for menneskerettigheder og social retfærdighed.

Med *forandring og problemløsning* følger også muligheden for at vurdere en given effekt. Effekt kan være at flytte noget fra A til B, men det kan også være en problemløsning, der fastholder en stabilitet, som ellers var truet (herunder f.eks. også tilbagefaldsforebyggelse). Med *effekt* menes der følgende:

*Effekt [outcome] er alle de forandringer i klientens symptomer, adfærd og funktioner, som med rimelig sandsynlighed kan tilskrives en given behandling (jf. McLellan et al. 2007)<sup>6</sup>.*

To andre væsentlige elementer i kvalitets- og effektstyringsmodellen er kvalitet og performance-indikatorer. Kvalitet defineres som vist nedenfor.

*Kvalitet skal defineres som et arbejde, der udøves af praktikere, der er kvalificerede inden for deres arbejdsområde, og hvor virkningen/effekten af de metoder, de anvender, er dokumenteret i lokale, nationale og/eller internationale kvalitetsundersøgelser (for en lignende definition se McLellan et al. 2007).*

---

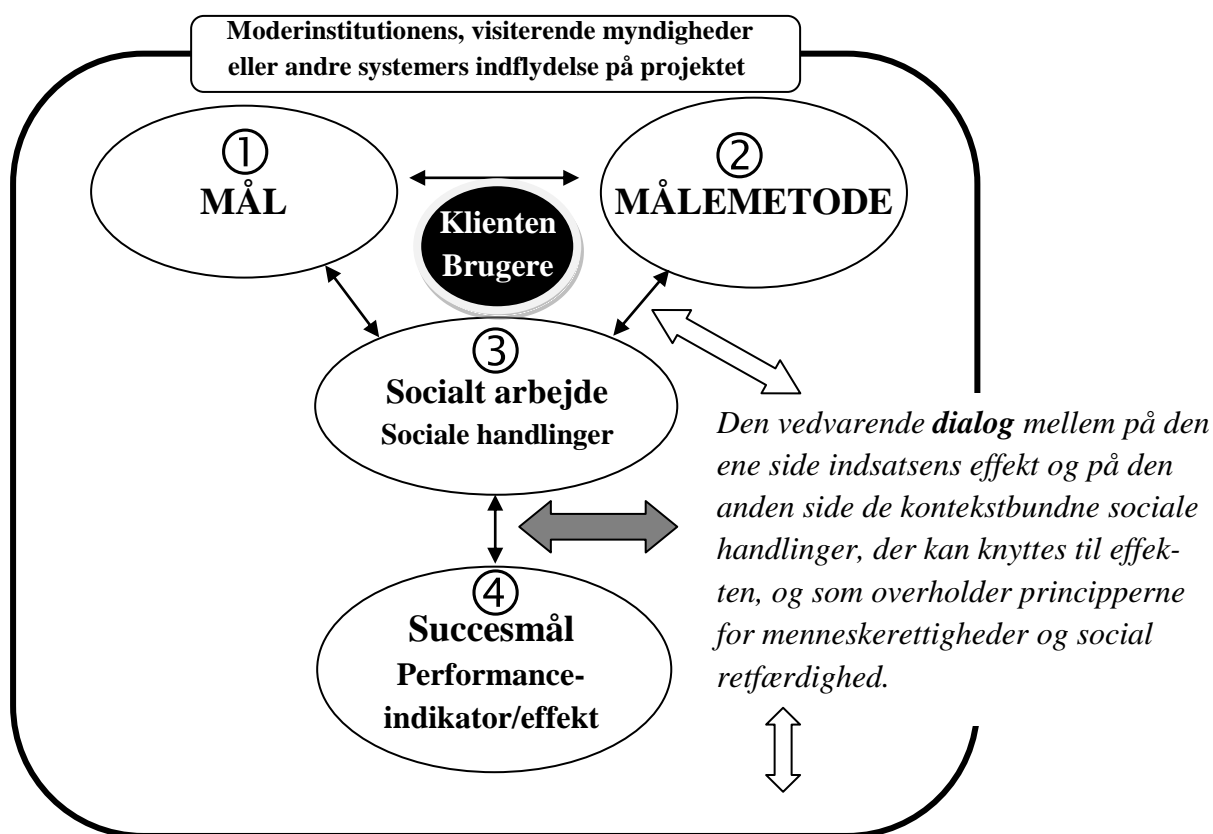
<sup>6</sup> Den helt præcise ordlyd i McLellans definition er ”The outcome of any treatment are all the changes in patient’s symptoms, behavior, and function that can reasonably be attributed to the treatment” (McLellan et al. 2007).

Performance-indikatorer defineres som følger:

Performance-indikator er en indikator, som tilvejebringer information (enten kvalitativ eller kvantitativ), om i hvilken grad en politik, et program eller et initiativ når sin ønskede effekt (outcome)(performance-indikatorer 2009).

Med udgangspunkt i bl.a. disse definitioner bliver det nu muligt at opstille en model til kvalitets- og effektsikring. Modellen ses i nedenstående figur og forklares herefter.

**Figur 23: Den fulde kvalitets- og effektstyringsmodel**



Den mest enkle måde at forklare modellen på kunne være følgende eksempel:

I *Projekt Sund kost* var målet at forbedre brugernes ernæringstilstand (MÅL). Målemetoden var at veje brugerne, når de startede i projektet og igen én og tre måneder efter, de var startet (MÅLEMETODE). Den sociale indsats bestod i dette projekt i at købe ind og lave mad sammen med bru-

gerne tre gange om ugen (SOCIALT ARBEJDE). Som det ses, er socialt arbejde ikke defineret ved dets effekt (forbedring af ernæringstilstand), men ved interventionen. Succesmålet (PERFORMANCE-INDIKATOREN) var, at 75 % af målgruppen deltog i projektet, 75 % af dem, der deltog, tog på i vægt, og at de brugere, der havde en BMI på under 20, skulle nå en BMI på mellem 20 og 25.

I de sociale handlinger blev brugeren og dennes særlige behov hele tiden inddraget på en sådan måde, at vedkommende følte sig som en del af projektet (KLIENTEN/BRUGEREN). Vejningen blev af de fleste set som et humoristisk indslag, men det var naturligvis frivilligt og uden konsekvenser, hvis brugeren ikke ønskede at blive vejlet (menneskerettigheder). Endelig blev effekten hele tiden forholdt til det sociale arbejde (når vi succesmålene og hvis ikke – hvad kunne der være galt?), og de ydre rammer blev konstant diskuteret (idet projekt var tidsafgrænset, og ressourcerne begrænsede) (DEN VEDVARENDE DIALOG...).

Påstanden er, at det ikke nødvendigvis er kompliceret eller ressourcekrævende at kvalitets- og effektvurdere socialt arbejde. Men det kræver systematik og lyst til at arbejde dokumenteret. I rapporten gives der en række eksempler på projekter, hvoraf de fleste er enkle at gennemføre. De effekter, der måles i projekterne, deles op i fire forskellige typer effekt (afsnit 3). Henholdsvis 1) I-behandlings-effekt, 2) Overgangs-effekter, 3) System-effekter og 4) Samfunds-effekter.

*I-behandlings-effekt* er som i ovenstående *Projekt Sund kost* de ønskede forandringer, der finder sted under selve den sociale indsats. Det kunne også være, at klienterne fik det bedre psykisk, mens de var i misbrugsbehandling; at en bestemt indsats reducerer antal acting-out episoder på en institution for unge, eller at en bestemt indsats øger antallet af skizofrene misbrugere, som et opsøgende team får kontakt med osv.

*Overgangs-effekter* måles i den sociale indsats' sammenhæng (kontinuitetseffekt kunne den også kaldes). Det kan f.eks. være, at en social indsats har til formål at motivere en klient til at fortsætte i et særligt behandlingsforløb. Jo flere der fortsætter i dette særlige forløb, desto mere har den sociale indsats haft effekt (levet op til sine succesmål/performance-indikatorer). Det kan også være at sikre, at ingen klienter udskrives, uden at de har

haft personlig kontakt og aftalt møde med den behandler, der skal overtage sagen.

*System-effekt* kunne også kaldes for Efter-behandlings-effekter. Det kan for eksempel være, at 50 % stadig er stoffri seks måneder efter afsluttet stoffri behandling, eller at deltagerne i *Projekt Sund kost* har fastholdt effekten seks måneder efter projektets ophør. Når fokus er på de mest belastede, synes System-effekter mindre relevant. Det skyldes, at man ikke kan regne med, at en given social indsats har effekt i meget mere end to-tre måneder, hvis ikke der suppleres med forskellige støttende foranstaltninger. Deraf navnet ”System-effekt”. Hvad hjalp mest: den sociale indsats i fokus eller alle de andre sammenhænge personen er indgået i efter udskrivning?

Den amerikansk rusmiddel- og behandlingsforsker T. McLellan mener, at de væsentligste effekter og effektmål for de mest belastede er I-Behandlings-Effekterne/målene. Han kalder det ”*concurrent rehabilitation monitoring*” og mener, at det er igennem en sådan monitorering (dokumentation), vi skal vurdere, om den indsats, der tilbydes de mest belastede, er effektiv. Man kan sige, at I-behandlings-effekt og Overgangs-effekter er de nemmeste at dokumentere, og de er samtidig de mest relevante effekter, når det er de mest belastede, der er i fokus. System-effekterne er vanskelige og resourcekrævende at opgøre, og det kan slet ikke forlanges, at et behandlingssted selv skal godtgøre, at de har nået en eller anden given system-effekt. Det vil de sædvanligvis være ude af stand til. Ikke desto mindre anses System-effekter ofte som det ”fineste”, hvilket i virkeligheden er en misforståelse – i hvert fald når der er tale om de mest belastede.

Den sidste og vigtigste form for effekt er *Samfunds-effekten*. Denne form for effekt er populationsbaseret. Hermed menes der f.eks. den totale population af heroinafhængige i Danmark, den totale population af hjemløse i Danmark, den totale population af gravide kvinder der har et misbrug af alkohol osv. Hvor mange af den totale population af heroinafhængige bliver f.eks. stoffri gennem stoffri behandling? Der kunne også være tale om totale populationer i en kommune. I så fald må der tales om Kommune-effekter.

I-behandlings-effekt eller System-effekt har ikke noget at gøre med Samfunds-effekter. F.eks. blev der i 1997 behandlet ca. 400 heroinafhæn-

gige i stoffri behandling, mens det var ca. 900 i 2007. Efter at vi ved, at den totale population af heroinafhængige i samme periode enten slet ikke steg eller er steget moderat, og eftersom vi gennem flere undersøgelser ved, at System-effekten ikke ændrede sig (20-25 % var stoffri et år efter afsluttet behandling), kan det konkluderes, at Samfunds-effekten er steget markant (20-25 % af 900 er bedre end 20-25 % af 400), uden at selve den sociale indsats er blevet mere effektiv (hvilket den i øvrigt heller ikke er i de lande, vi plejer at sammenligne os med).

Man kan også forestille sig, at der på et område blev satset så mange penge på høj kvalitet og høj intensitet, at der kun var penge til at behandle 20 % af målgruppen. Muligvis ville System-effekten her blive høj, men Samfunds-effekten ville blive meget moderat, idet 80 % slet ikke vil få tilbuddet. I rapporten gives der desuden et eksempel på Samfunds-effekten af tvangsbehandling af gravide rusmiddelmissbrugende kvinder.

Der gives i rapporten en række eksempler på kvalitets- og effektsikringsmodeller med forskellige effekttyper og mål, og sluttelig gives der to uddybende eksempler på et *System-effekt projekt* (kvinder i alkoholbehandling) og et *I-behandlings-projekt* (reducere andelen af kvinder der afbryder stoffri døgnbehandling). Denne sammenfatning skal afsluttes med en kort beskrivelse af det sidste kvindeprojekt.

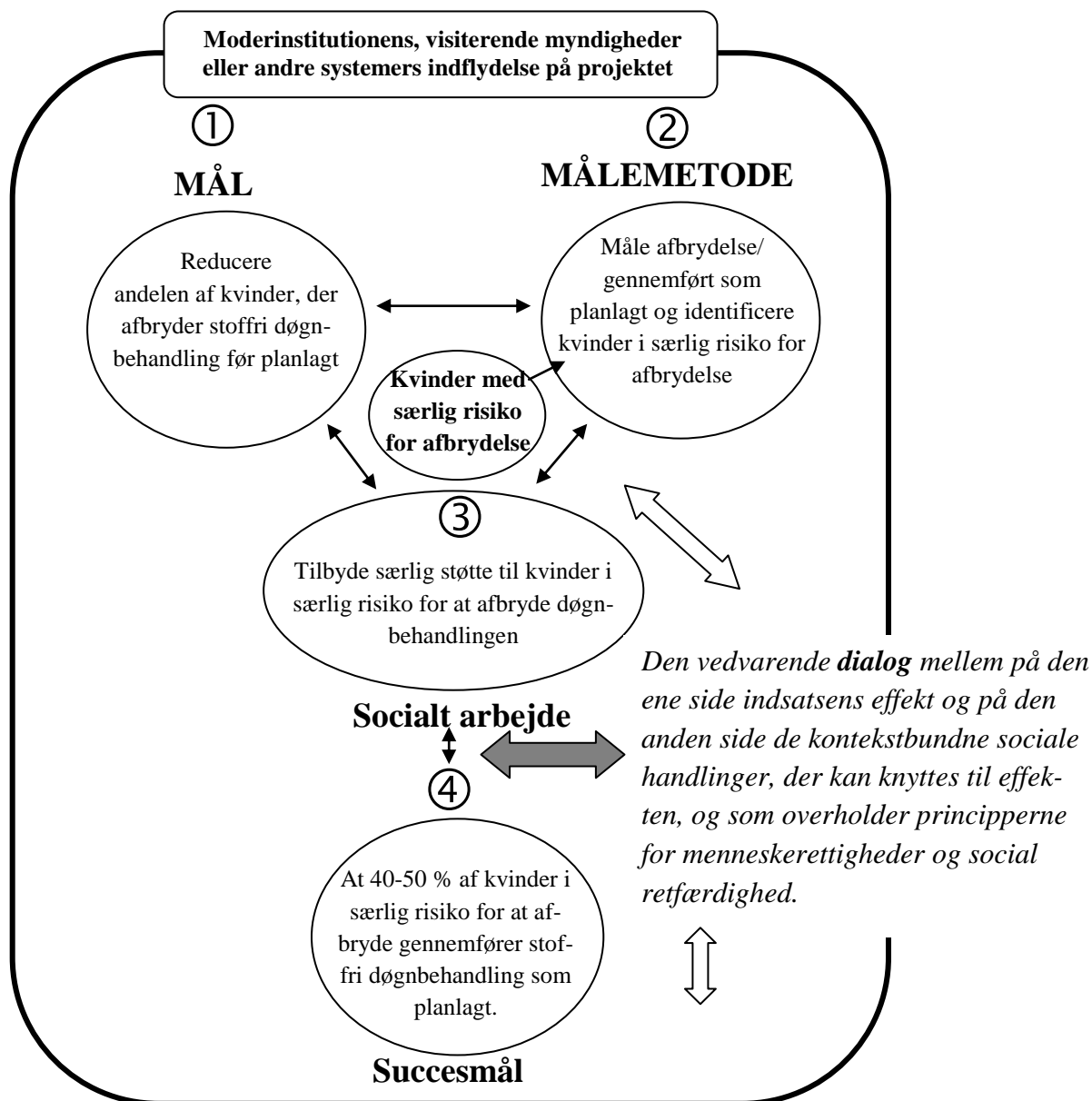
### *Hvordan kan kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling reduceres?*

Når der i dette projekt netop er blevet fokuseret på kvinders afbrydelse af stoffri døgnbehandling, er det, som indledningsvist nævnt, fordi kvinder lige siden registreringssystemet DanRIS' etablering i 2002 oftere har afbrudt behandlingen før planlagt end mænd. Projektet har været et forsøg på at ændre dette gennem en bevidst kvalitets- og effektstyring.

Kvalitets- og effekt-styringsmodellen for projektet ser ud som vist nedenfor.



**Figur 24: Projekt Identificering af kvinder i risiko for at afbryde stoffri døgnbehandling**



Som det ses i modellen, var MÅLET med projektet at reducere andelen af kvinder, der afbrød den stoffri døgnbehandling før planlagt. MÅLEMETODEN var henholdsvis at registrere afbrydelse/gennemførelse og identificere, hvilke kvinder der var i særlig risiko for at afbryde behandlingen. Til det sidste blev der udviklet et program, som blev indbygget i det DanRIS-program, som alle døgninstitutionerne i forvejen anvender, og som er tilgængeligt på alle døgninstitutioner. Ved tryk på en enkelt knap ville det således være muligt for døgninstitutionerne at identificere de kvinder, der

var i højrisiko for at afbryde behandlingen før planlagt. Der skulle ikke indtastes andre oplysninger, end der i forvejen blev indtastet, men oplysninger skulle naturligvis indtastes ved behandlingens påbegyndelse. Det SOCIALE ARBEJDE gik så ud på at tilbyde kvinder i højrisiko særlige drop-out-forebyggende ydelser, f.eks. særlige individuelle ydelser. SUCCESMÅLET (performance-indikatoren) var, at 40-50 % af kvinder i særlig risiko for at afbryde, gennemførte behandlingen.

Resultatet fra projektet og de udfordringer, der har været med at arbejde systematisk og dokumenteret, beskrives i afsnit 5. Det kan konstateres, at opretholdelsen af systematiske og dokumenterede arbejdsmetoder er stærkt afhængig af stabiliteten i medarbejdergruppen og et ledelsesmæssigt aktivt tilvalg.

## 7. Litteratur

- Bergmark, Å (1998). *Nyckelbegrepp i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Blanken, P et al. (1994). *European Addiction Severity Index EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. COST A6*. Dansk oversættelse af spørgeskema:  
<http://www.crf.au.dk/publikationer/redskaber-test/>
- Dahl, HV & Pedersen, MU (2008). *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Dansk Registrerings- og InformationsSystem (DanRIS)*. [www.danris.dk](http://www.danris.dk)
- 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). In: *Addictive Behaviors*, 32: 1897-1906.
- Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse, version 1* (2009). Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).
- Downey L, Rosengren DB, Jackson TR & Donovan DM. (2003). Primary heroin users + drug-free treatment: an equation for success? In: *Addictive Behavior*, 28(2): 339-46.
- 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. In: *Addiction*, 97(10): 1259-67.
- Hubbard, RL, Rachal, R, Craddock, SG, Cavanaugh, ER (1984). Treatment Outcome Perspective Study (TOPS). In: *NIDA Research Monograph Series: Drug abuse, treatment evaluation, strategies, progress and prospects*, 51: 42-68.
- Hubbard, RL (1991). *Drug abuse treatment - a national study of effectiveness*. London: The University of North Carolina Press.
- Hunt, WA, Barnett, LW, & Branch, LG (1971). Relapse rates in addiction programs. In: *Journal of Clinical Psychology*, 27(4): 455-456.
- Hvidtfeldt, UA, Hansen, ABG, Grønbæk, M & Tolstrup, JS (2008). *Alkoholmisbrug i Danmark – kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk universitet.  
[www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholforbrug\\_i\\_danmark\\_001.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholforbrug_i_danmark_001.pdf)
- IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet ).  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

- International Federation of Social Workers (IFSW). *Definition of social work (Danish version)*. Se <http://www.ifsw.org/p38000407.html>.
- Maeschalck, C (2007). *Client Directed Outcome Informed Treatment (CDOI)*. Vancouver Coastal Health, Addiction Services: Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago.
- McLellan AT, Chalk M, Bartlett J (2007). Outcomes, performance, and quality: what's the difference? In: *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32(4): 331-40.
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. In: *Addiction*. 100(4): 447-58.
- Meeuwisse, A, Swärd, H & Sunesson, S (red.) (2007). *Socialt arbejde. En grundbog*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Mehlbye, J (red.) (2009). *Socialt udsatte børn i dagtilbud – indsats og effekt*. AKF, Anvendt Kommunal Forskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole – DPU, Aarhus Universitet, NIRAS Konsulenterne, UdviklingsForum.  
[http://www.akf.dk/udgivelser/2009/pdf/udsatte\\_boern.pdf](http://www.akf.dk/udgivelser/2009/pdf/udsatte_boern.pdf)
- NAB (Det Nationale Alkoholbehandlingsregister)(udtræk fra 2005 -2006). Se [http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/Elektronisk\\_indberetning/NAB.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/Elektronisk_indberetning/NAB.aspx)
- Nygren, P (1999). *Udvikling og kvalitet i psykosocialt arbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Pedersen, MU (2005). *Heroin-afhængige i metadonbehandling – Den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, MU (2007a). Women in Residential Drug-free Treatment. In: *International Journal of Therapeutic Communities*, 28(1): 45-58.
- Pedersen, MU & Nielsen, MK (2007). *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, MU (2009a). Gravide misbrugere - skal de tvinges i behandling? I: *STOF*, 13: 32-35.
- Pedersen, MU (2009b). *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

- Pedersen, MU & Hesse, M (2009). A Simple Risk Scoring System for Prediction of Relapse after Inpatient Alcohol Treatment. In: *American Journal on Addictions*, 18(6): 488-493.
- Performance-indikatorer 2009 (definitioner).
- a) [www.cpa.ie/povertyinireland/glossary.htm](http://www.cpa.ie/povertyinireland/glossary.htm),
  - b) [www.audiencedialogue.net/gloss-eval.html](http://www.audiencedialogue.net/gloss-eval.html),
  - c) [www.hrsdc.gc.ca/eng/cs/fas/as/sds/appd\\_sds03.shtml](http://www.hrsdc.gc.ca/eng/cs/fas/as/sds/appd_sds03.shtml))
- Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B & Dawes M. (1998). *Levels of Evidence*.  
<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford.
- Ravndal, E & Vaglum, P (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2): 135-142.
- SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*).  
 Se <http://www.samhsa.gov/>
- SIB (register over Stofmisbrugere I Behandling)(udtræk fra 1996 -2007).  
 Se [http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/Elektronisk\\_indberetning/SIB.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/Elektronisk_indberetning/SIB.aspx)
- Simpson, DW (1984). National treatment system evaluation based on the drug abuse reporting program (DARP). Followup research. In: *NIDA Research Monograph Series: Drug abuse, treatment evaluation, strategies, progress and prospects*, 51: 29-41.
- Simpson, DW, Savage, JL & Lloyd MR (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969-1972. In: *Archives of General Psychiatry*, 36: 772-780.
- Soyez V, De Leon G, Rosseel Y & Broekaert E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4): 297-308.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Stofmisbrugere i Danmark 1996-2006*. Se [http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2006/23\\_06.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2006/23_06.pdf)



## **8. Tillæg: Program til identificering af risikogrupper**

Excel-program med to indeks til at identificere særlige risikogrupper kan downloades på følgende adresser:

<http://www.crf.au.dk/publikationer/redskaber-test/>

- a) Identificering af kvinder og mænd i risiko for at afbryde stoffri døgntilbeholdning før planlagt.
- b) Identificering af kvinder og mænd i risiko for tilbagefald efter afsluttet alkohol døgntilbeholdning (RARS)