

KAPACITETEN I DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING



16:34

ANNA AMILON
JESPER FELS BIRKELUND
GUNVOR CHRISTENSEN
ANDERS GADE JEPPESEN
KRISTOFFER MARKWARDT

16:34

KAPACITETEN I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

ANNA AMILON
JESPER FELS BIRKELUND
GUNVOR CHRISTENSEN
ANDERS GADE JEPPESEN
KRISTOFFER MARKWARDT

KØBENHAVN 2016
SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

KAPACITETEN I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærd

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-415-9
Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Ole Bo Jensen

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	INDLEDNING	17
	Undersøgelsens formål	17
	Rapportens struktur	19
2	STOFMISBRUGSBEHANDLING I DANMARK	21
	Indledning	21
	Lovgivning	21
	Visitation	23
	Målsætninger med behandlingen	24
	Typer af tilbud – intensitet	25

3	METODE OG DATA	27
	Datagrundlag	27
	Analysedesigns	28
	Behandlingsrelaterede variable	30
	Andre variable	33
4	PERSONER MED ET REGISTRERET STOFMISBRUG	35
	Hovedresultater	36
	Antal personer med et registreret stofmisbrug	37
	Geografisk fordeling	38
	Socioøkonomiske karakteristika	41
	Stofstype	46
5	PERSONER I SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING	49
	Hovedresultater	50
	Behandlingsgrad	51
	Behandlingens intensitet	56
6	STATUS OG BESKÆFTIGELSE EFTER BEHANDLINGEN	61
	Hovedresultater	62
	Behandlingsforløb	63
	Faktorer af betydning for et succesfuldt behandlingsforløb	68
	Udviklingen over tid	74
	Succesfuld behandling og arbejdsmarkedstilknytning	77
	Substitutionsbehandling for opiatmisbrug og arbejdsmarkedstilknytning	82
7	RESSOURCEANVENDELSE I KOMMUNERNE	85
	Hovedresultater	86

	Kommunernes udgifter og andelen af succesfulde behandlingsforløb	86
8	DEN KOMMUNALE KAPACITET OG ORGANISERING AF DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING	93
	Hovedresultater	94
	Varetagelse af den sociale stofmisbrugsbehandling	94
	Boliganvisning og stoffrihed	107
	Barrierer og muligheder for forbedringer i den sociale stofmisbrugsbehandling	110
9	OMKOSTNINGER TIL SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING	123
	Hovedresultater	123
	Udvikling i nettoomkostninger for kommunerne	124
	Behandlingsomkostninger, fordelt på intensitet og udbyder	126
	Indtægter	130
	LITTERATUR	131
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2015	133

FORORD

Denne rapport er et af initiativerne i forbindelse med stofmisbrugspakken, der blev introduceret i 2012 af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold. Formålet med stofmisbrugspakken er, at flere borgere med stofmisbrug får et liv uden misbrug. Initiativerne skal styrke den sociale stofmisbrugsbehandling gennem brug af viden og metoder, der har en dokumenteret effekt for borgerne.

I rapporten fremlægger vi resultaterne af vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet i forhold til bl.a. andelen af personer med et registreret stofmisbrug, der får social misbrugsbehandling, og kommunernes organisering af behandlingen.

I forbindelse med undersøgelsen har der været nedsat en følgegruppe bestående af Rafai Atia (Kommunernes Landsforening), Morten Hesse (Center for Rusmiddelforskning), Ole Kjærgaard (Rådet for Socialt Udsatte) og Malou Petersen Porst (Socialstyrelsen). Alle takkes for betydningsfulde bidrag til rapporten. Lektor Birgitte Thylstrup fra Center for Rusmiddelforskning har været referee på rapporten, og en særlig tak rettes til hende for en grundig og kvalificeret kritik samt konstruktive kommentarer. SFI retter også en tak til de kommunale medarbejdere, der har medvirket som informanter til undersøgelsen.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker cand.oecon., ph.d. Anna Amilon, som også har været projektleder på undersøgelsen, forsker

cand.oecon., ph.d. Kristoffer Markwardt, forsker cand.scient.soc. Gunvor Christensen, videnskabelig assistent cand.scient.soc. Jesper Fels Birkelund samt tidligere videnskabelig assistent cand.oecon. Anders Gade Jeppesen.

Undersøgelsen er iværksat på foranledning af Socialstyrelsen.

København, december 2016

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

I 2012 introducerede Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold ”Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen”, også kaldet stofmisbrugspakken. Formålet med stofmisbrugspakken er, at flere borgere med stofmisbrug får et liv uden misbrug. For den gruppe, hvor det ikke er en realistisk målsætning, er målet, at de får øget deres mulighed for et værdigt liv. Disse formål forventes at blive indfriet igennem helhedsorienteret støtte, der sætter borgeren i centrum, og bedre matchning mellem borger, behandlingsmetode og organisatorisk sammenhæng. Stofmisbrugsbehandlingen skal desuden baseres på viden om metoder, der virker, og der skal iværksættes en styrket opfølgning efter endt primær behandling. Vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet er et af initiativerne i forbindelse med stofmisbrugspakken. Initiativerne skal styrke den sociale stofmisbrugsbehandling gennem brug af viden og metoder, der har en dokumenteret effekt for borgerne.

I denne rapport fremlægger vi resultaterne af vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet i danske kommuner i perioden 2008-2013. Vores undersøgelse har primært taget udgangspunkt i data fra Stofmisbrugsdatabasen og Landspatientregistret. Disse data har givet os unikke muligheder for at undersøge forskellige aspekter af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Vi har haft mulighed for at foretage detaljerede analyser vedrørende personer med et registre-

ret stofmisbrug (i Stofmisbrugsdatabasen og Landspatientregistret) og deres socioøkonomiske karakteristika. Vi har desuden haft mulighed for at analysere, hvilke ændringer der er sket i målgruppen over tid. Vi har især fokuseret på følgende fem punkter:

1. Ændringerne i antallet af personer med et registreret stofmisbrug og med forskellige karakteristika over tid
2. Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, der modtager social stofmisbrugsbehandling, og hvad der kendetegner dem
3. Status og beskæftigelse efter endt behandling
4. Kommunernes organisering af behandlingen
5. Kommunernes ressourceforbrug i forbindelse med stofmisbrugsbehandling.

Registerbaserede analyser har dog begrænsninger. Da denne rapport alene baserer sig på registerbaserede oplysninger, kan vi fx ikke udtale os om, hvor mange personer med et stofmisbrug der faktisk er i Danmark. Det skyldes at der må forventes at være et mørketal af personer, som har et stofmisbrug, men som ikke er registreret i Stofmisbrugsdatabasen eller Landspatientregistret. For eksempel indgår personer, som alene bliver behandlet for et stofmisbrug i kriminalforsorgens regi, ikke i vores analyser.

Derudover har vi begrænset mulighed for at forklare de ændringer, som vi har observeret i registrene. Når vi fx har kunnet konkludere, at antallet af personer med et registreret stofmisbrug er steget med 23 pct. fra 2008-2013, er det én mulig forklaring, at antallet af personer med et stofmisbrug er steget. Men en anden mulig forklaring er, at flere personer med et stofmisbrug bliver registreret. Vi har bestræbt os på at tage højde for disse begrænsninger i vores analyser ved primært at sammenligne ændringer over tid for forskellige grupper af borgere (da vi ikke har grund til at forvente, at fx registreringspraksis varierer systematisk for forskellige grupper af borgere). Endelig kan der være vigtige forhold ved borgeren og/eller stofmisbrugsbehandlingen, som fx borgerens motivation til at blive stoffri eller behandlingens kvalitet, som vi ikke har kunnet observere i registrene. Disse begrænsninger bliver nævnt, hvor de er relevante, i løbet af rapporten.

Nedenfor præsenterer vi vores analyser i flere detaljer og opsummerer de vigtigste resultater.

ANTAL PERSONER MED ET REGISTRERET STOFMISBRUG

Vi har undersøgt antallet af personer, som vi i løbet af ét år har kunnet observere i 1) Stofmisbrugsdatabasen og/eller 2) Landspatientregistret med en misbrugsrelateret diagnosekode.¹ Det betyder, som nævnt, at vi kun har inkluderet personer med et registreret forløb i den sociale stofmisbrugsbehandling og/eller med stofmisbrugsrelaterede kontakter med sygehusvæsenet i vores analyser. Det antal af personer med et stofmisbrug, som vi har kunnet identificere ved denne metode, er lavere end det faktiske antal af personer med et stofmisbrug, idet vi ikke har observeret personer, som lever med et stofmisbrug uden at være i kontakt med disse dele af systemet.²

Vores analyser viser, at antallet af personer med et registreret stofmisbrug er steget med 23 pct. i perioden 2008-2013. I løbet af den samme periode er antallet af personer i den voksne danske befolkning (fyldt 15 år) steget med 3,5 pct. Der er dermed sket en reel stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, set i forhold til befolkningen generelt.

Vores analyser viser, at den ”typiske” person med et registreret stofmisbrug er en enlig ung mand uden videregående uddannelse og med cannabis som primær stoftype.

Lidt mere end én ud af tre personer med et registreret stofmisbrug kommer fra en af de fem største kommuner (København inklusive Frederiksberg, Aarhus, Odense, Esbjerg og Aalborg), og ca. en ud af ti kommer fra forstadskommuner til København. Lidt færre end to ud af tre personer med et registreret stofmisbrug kommer således fra landets øvrige kommuner.

Den procentvise stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug i København og på Frederiksberg (ca. 5 pct.) har været mindre end stigningen i Aarhus, Odense, Esbjerg og Aalborg (10-20 pct.),

¹ Ligesom Sundhedsstyrelsen (2015) har vi benyttet os af diagnosekoder (både primær- og sekundærdiagnoser), der relaterer sig til skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af forskellige stoffer, for at definere personer med et stofmisbrug. Det betyder, at personer med diagnoser, der relaterer sig til fx akut toksikation eller psykoser, forårsaget af brug af stoffer, *ikke* er med i vores opgørelse af antallet af personer med et stofmisbrug. Se kapitel 3 for detaljer.

² Se Sundhedsstyrelsen (2015) for et estimat af antallet af personer med et stofmisbrug i Danmark.

som igen har været mindre end stigningen i landets øvrige kommuner (ca. 30 pct.). Fordelingen af personer med et registreret stofmisbrug på tværs af kommunetyper er dermed blevet mere jævn i perioden 2008-2013.

Den største procentvise vækst i antallet af personer med et registreret stofmisbrug er observeret i gruppen af 20-29-årige. Antallet af personer med et registreret stofmisbrug i denne gruppe er steget med over 50 pct. Størstedelen af væksten er sket blandt 20-29-årige med et misbrug af cannabis.

PERSONER I SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING

Vi har undersøgt andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som (1) modtager et tilbud i den sociale stofmisbrugsbehandling, og (2) intensiteten af den behandling, som de behandlede personer modtager.

Da vi (som tidligere nævnt) kun har inddraget personer med et registreret stofmisbrug, er *antallet* af personer med et stofmisbrug, som vi har identificeret, lavere end det faktiske antal af personer med et stofmisbrug. Idet vi har benyttet dette reducerede antal til at beregne *andelen* af personer med et registreret stofmisbrug, som modtager social stofmisbrugsbehandling, medfører det desuden, at den faktiske andel af personer i behandling er lavere end estimaterne i denne rapport. Det er derfor primært udviklingen i andelen af personer i social stofmisbrugsbehandling over tid, fordelt på kommunetype samt personernes baggrundskarakteristika, som har været omdrejningspunktet for vores analyser.

Ca. 80 pct. af personerne med et registreret stofmisbrug modtager social stofmisbrugsbehandling. Denne andel har ligget nogenlunde konstant gennem perioden 2008-2013.

Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtager social stofmisbrugsbehandling i kommunerne, ligger (for langt de fleste kommuners vedkommende) mellem 70 og 90 pct., og ændringen fra 2008 til 2013 har været beskedent.

Sandsynligheden for at være i behandling er nogenlunde konstant på tværs af socioøkonomiske karakteristika såsom alder, køn og familiesammensætning; omkring 80 pct. af personerne med et registreret stofmisbrug i et givent år (mellem 2008 og 2013) har modtaget et behandlingstilbud i løbet af året uanset baggrundskarakteristika.

Andelen af personer, der modtager social stofmisbrugsbehandling, varierer med stoftype og er højest for personer med et misbrug af opiater (90 pct.), mens omkring 70 pct. af personerne med et misbrug af

cannabis eller af centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy og lignende) er blevet observeret i et behandlingsforløb.

Behandlingens intensitet (ambulant behandling, dagbehandling eller døgnbehandling) varierer meget lidt, både over tid og i forhold til socioøkonomiske karakteristika samt stoftype og psykiske lidelser. Generelt udgør ambulant behandling omkring 80 pct. af behandlingerne, mens dag- og døgnbehandling udgør resten, i de fleste tilfælde med en overvægt af dagbehandling.

STATUS OG BESKÆFTIGELSE EFTER BEHANDLING

Vi har undersøgt resultatet af behandlingen på forskellige måder. Vi har undersøgt den status, som den kommunale myndighed tilskriver den behandlede borger ved afsluttet behandlingsforløb. Et behandlingsforløb betegnes i vores analyse som succesfuldt, hvis behandlingen har ført til, at misbruget er ophørt, eller hvis behandlingen har ført til en reduktion eller stabilisering af misbruget (jf. regeringens mål for social mobilitet (Regeringen, 2016)). Alternativt kan et behandlingsforløb afsluttes, uden at borgeren er færdigbehandlet. Vi har således analyseret, hvor stor en andel af behandlingsforløbene der afsluttes succesfuldt, og vi har set på, hvad der ellers karakteriserer behandlingsforløbene og de behandlede borgere.³

Vi har også undersøgt arbejdsmarkedstilknnytning efter endt behandling. Vi har analyseret, hvilke karakteristika ved behandlingsforløbet og ved borgeren som hænger sammen med en øget sandsynlighed for arbejdsmarkedstilknnytning.

Vores analyser viser, at 41 pct. af de undersøgte behandlingsforløb i perioden fra 2008 til 2013 i gennemsnit har været succesfulde, hvilket vil sige, at de er endt med, at stofmisbruget enten er ophørt (31 pct.), reduceret (6 pct.) eller stabiliseret (5 pct.). Andelen af afsluttede behandlingsforløb, hvor status er enten ophørt, reduceret eller stabiliseret, har været nogenlunde konstant i perioden fra 2008 (40 pct.) til 2013 (43 pct.).

Når vi tager højde for observerbare forhold ved borgeren (fx køn, alder og uddannelsesniveau) og behandlingen (fx intensitet og længde), ser vi, at døgnbehandling er den mest succesfulde behandlingsform, og at længere behandlinger er mere succesfulde end korte behandlinger. Derudover er sandsynligheden for et succesfuldt forløb lavere for gengangere i behandlingssystemet end for førstegangsbehandlede. Vi finder

³ I denne analyse ekskluderer vi borgere, der er i substitutionsbehandling, se kapitel 6 for detaljer.

desuden, at sandsynligheden for, at et forløb kan betegnes som succesfuldt, er højere for kvinder, borgere, der er etniske danskere, er samboende eller gifte, har hjemmeboende børn og har en uddannelse over grundskoleniveau. Det kan dog ikke udelukkes, at der er andre, uobserverbare forhold, fx borgerens motivation til at blive stoffri, kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling og/eller borgerens belastningsgrad, som påvirker resultaterne.

RESSOURCEANVENDELSE I KOMMUNERNE

Vi har undersøgt, om der er en sammenhæng mellem kommunens udgifter (ressourceanvendelse) til social stofmisbrugsbehandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb. Spørgsmålet er, om de kommuner, som gennemsnitligt bruger flere penge pr. person i social stofmisbrugsbehandling, også har en højere succesrate i behandlingen. Vores analyser er baseret på informationer om de enkelte kommuner i perioden fra 2008 til 2012. Analyserne viser, at der ikke er en sammenhæng mellem kommunernes registrerede nettoudgifter pr. borger i social stofmisbrugsbehandling og andelen af behandlingsforløb, som afsluttes med status som ophørt, reduceret eller stabiliseret i det efterfølgende år. Dette fund er robust, efter at vi har kontrolleret for observerbare forhold ved klientsammensætningen i kommunernes stofmisbrugsbehandling (fx andel kvinder, andel tidligere i behandling og andel med mere end grundskoleuddannelse), og gælder mht. nettoudgifter både inklusive og eksklusive statstilskud.⁴ Som tidligere noteret kan der dog være uobserverbare forhold ved de behandlede borgere eller ved stofmisbrugsbehandlingen, der påvirker resultaterne.

DEN KOMMUNALE KAPACITET OG ORGANISERING AF DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Vi har undersøgt den kommunale kapacitet og organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling på basis af en spørgeskemaundersøgelse, udsendt til samtlige kommuner. Vi har bl.a. belyst, hvor den sociale stofmisbrugsbehandling udføres, kommunernes opfølgning af borgere efter endt stofmisbrugsbehandling samt samarbejdet med eksterne aktører.

Kommunerne vurderer, at mange personer med et stofmisbrug ikke efterspørger behandling. En mulig forklaring på dette er, at der, iføl-

⁴ Statstilskud gives til kommuner med særlige udgifter på et særligt område, samt kommuner, der har midlertidige projekter.

ge kommunernes vurderinger, mangler målrettede tilbud til nogle grupper af personer med et stofmisbrug, fx unge, personer, der misbruger receptpræparater og psykisk syge. Ventetider vedrørende udredning af diagnose og behandling i psykiatri udgør herved et stort problem. Udvidelse af det tværgående kommunale samarbejde, mere udgående behandling og anonym behandling indeholder, ifølge kommunernes vurderinger, de største potentialer i forhold til at nå personer med et stofmisbrug, der i dag ikke efterspørger behandling. Dette gælder i særlig grad unge personer med et stofmisbrug, dvs. den gruppe, som er vokset mest i perioden 2008-2013.

For alle misbrugsprofiler vurderer et flertal af kommunerne, at ambulans behandling generelt er at foretrække frem for døgnbehandling. Dette står i modsætning til vores tidligere analyser, der viser, at døgnbehandlingsforløb har størst sandsynlighed for at være succesfulde.

Der er stor variation i kommunernes vurdering af kvaliteten af samarbejdet med eksterne aktører. Flest kommuner vurderer, at samarbejdet med jobcenteret, kriminalforsorgen og socialpsykiatrien fungerer godt eller meget godt, imens få kommuner har et velfungerende samarbejde med hospitalspsykiatrien, folkeskoler (vedrørende tidlig opsporing), boformer for hjemløse samt distriktspsykiatrien.

OMKOSTNINGER TIL SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING

Afslutningsvist fremlægger vi kommunernes omkostninger til den sociale stofmisbrugsbehandling i perioden 2008-2012 på basis af et særligt økonomispørgeskema. Vi redegør for udviklingen i nettoomkostninger, fordelt på kommunetyper (de fem største kommuner, forstadskommuner til København samt øvrige kommuner) i forhold til antal indbyggere og antal personer i social stofmisbrugsbehandling. Vores analyser viser, at perioden er kendetegnet ved et fald i nettoomkostningerne til stofmisbrugsbehandling, både målt pr. indbygger og pr. person i stofmisbrugsbehandling. Der er stor variation i omkostningsniveauet pr. person i stofmisbrugsbehandling i forskellige kommunetyper.

De store kommuner behandler hovedsageligt personer med stofmisbrug på egne behandlingscentre, mens forstadskommunerne hovedsageligt køber hos andre kommuner. De øvrige kommuner er mere jævnt fordelt mellem køb hos andre kommuner og køb hos private tilbud, men varetager selv størstedelen af behandlingen.

PERSPEKTIVERING

Vores undersøgelse viser primært en vækst i antallet af unge med et registreret stofmisbrug. Antallet af personer med et registreret stofmisbrug i alderen 20-29 år er steget med over 50 pct. fra 2008-2013. Dette kan sammenlignes med, at antallet af personer med et registreret stofmisbrug samlet set er steget med 23 pct. i den samme periode. Den store vækst i andelen af unge med et registreret stofmisbrug er en udfordring. I særdeleshed set i lyset af, at kommunerne mener, at der ofte mangler behandlingstilbud til netop denne gruppe, samt at mange personer i gruppen, ifølge kommunernes vurderinger, ikke efterspørger behandling. Vores analyse af effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling viser, at unge i stofmisbrugsbehandling har større sandsynlighed for succesfulde forløb end ældre i stofmisbrugsbehandling. Dette resultat indikerer, at en tidlig indsats kan være afgørende for at undgå, at stofmisbruget eskalerer.

Selv om vi ikke kan observere en sammenhæng mellem psykisk lidelse og sandsynlighed for et succesfuldt forløb i regressionsmodeller på individniveau, viser vores analyser, at personer med et registreret stofmisbrug, der også har en psykisk lidelse, har en højere sandsynlighed for at være førtidspensionister eller på kontanthjælp end andre personer med et registreret stofmisbrug. Kommunerne vurderer derudover, at der ofte mangler tilbud til psykisk syge personer med et stofmisbrug, samt at samarbejdet med hospitals- og distriktpsychiatrien ofte fungerer dårligt. Også for psykisk syge personer med et stofmisbrug synes der dermed at findes grund til, og muligheder for, at forbedre den sociale stofmisbrugsbehandling, fx ved at lave flere målrettede tilbud samt styrke kommunernes samarbejde med psykiatrien.

INDLEDNING

I 2012 introducerede Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold ”Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen”, også kaldet stofmisbrugspakken. Stofmisbrugspakken indeholder ti initiativer, som skal styrke den sociale stofmisbrugsbehandling ved hjælp af viden og metoder, der har en dokumenteret effekt for borgerne (Socialstyrelsen, 2016). Samtidig er formålet med stofmisbrugspakken at sikre en helhedsorienteret social indsats og opfølgning på den enkelte borger. Vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet er et af stofmisbrugspakkens initiativer. Stofmisbrugspakkens initiativer kan, samlet set, bidrage til opfyldelse af regeringens mål for social mobilitet på stofmisbrugsområdet. Det vil sige, at flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffri eller have reduceret eller stabiliseret deres misbrug (Regeringen, 2016).

UNDERSØGELSENS FORMÅL

I forbindelse med vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet i Danmark har vi analyseret *antal personer med et registreret stofmisbrug, personer i social stofmisbrugsbehandling, status og beskæftigelse efter behandlingen samt kommunal ressourceanvendelse og organisering*. Vores pri-

mære datakilde har været Stofmisbrugsdatabasen, men vi har også benyttet os af Landspatientregistret, øvrige nationale registre, økonomioplysninger fra kommunerne samt en kommunesurvey om organiseringen af stofmisbrugsbehandlingen. Datakilderne bliver beskrevet i flere detaljer i kapitel 3.

Antal personer med et registreret stofmisbrug udgøres af det totale antal af personer med et registreret stofmisbrug på kommuneniveau og opgøres på basis af Stofmisbrugsdatabasen samt Landspatientregistret. I dette antal indgår dermed kun personer, der direkte kan observeres i disse registre.⁵ Antallet af personer med et registreret stofmisbrug, som SFI har beregnet i denne rapport, afviger dermed fra det skøn for det totale antal af personer med stofmisbrug, som Sundhedsstyrelsen har beregnet i sin rapport *Narkotikasituationen i Danmark 2015* (Sundhedsstyrelsen, 2015). Sundhedsstyrelsen har taget udgangspunkt i de samme registre, som vi har gjort (dvs. Stofmisbrugsdatabasen og Landspatientregistret), men har anvendt *capture-recapture*-metoden for at beregne et estimat for antallet af personer med et stofmisbrug på landsplan (se EMCDDA (1999) for en uddybelse af metoden). Capture-recapture-metoden kan dog ikke bruges på kommuneniveau, da antallet af observationer (dvs. antallet af personer med et stofmisbrug) trods alt er så lavt, at den statistiske usikkerhed ville blive for stor og derved ikke muliggøre beregning af et meningsfuldt estimat. I denne rapport fokuserer vi derfor på personer med et registreret stofmisbrug og fremlægger deres baggrundskarakteristika samt på, hvordan de fordeler sig på tværs af kommuner.

I forbindelse med vores undersøgelse af *personer i social stofmisbrugsbehandling* har vi set på følgende tre forhold:

1. Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som får social stofmisbrugsbehandling i kommunen
2. Andelen af personer i social stofmisbrugsbehandling, som tilbydes forskellige typer af behandling (ambulant, dag- og døgnbehandling)
3. Hvilke kommuner som har flest hhv. færrest personer i social stofmisbrugsbehandling per 1.000 indbyggere samt udviklingen i disse antal i perioden 2008-2013.

⁵ Personer, som alene modtager stofmisbrugsbehandling i kriminalforsorgens regi, indgår ikke i analyserne.

Vi har fokuseret på følgende to forhold i vores undersøgelse af *behandlings effektivitet*:

1. Sammenhængen mellem type af behandling og sandsynligheden for, at stofmisbruget er ophørt, stabiliseret eller reduceret ved afsluttet behandling (analysen baserer sig primært på data fra Stofmisbrugsdatabasen og inkluderer kun personer, som har modtaget social stofmisbrugsbehandling)
2. Tilknytning til arbejdsmarkedet, forsørgelsesgrundlag samt hvorvidt borgeren er i gang med en uddannelse ét år efter, at borgeren sidst blev registreret med et stofmisbrug (enten i Stofmisbrugsdatabasen eller i Landspatientregistret).

I forbindelse med vores undersøgelse af *kommunernes ressourceanvendelse og organisering* har vi set på følgende to forhold:

1. Kommunernes organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling samt de økonomiske ressourcer, der anvendes til social stofmisbrugsbehandling
2. Sammenhængen mellem ressourceforbrug og succesrate (andelen, der har status som ophørt, stabiliseret eller reduceret ved afsluttet behandling) i de gennemførte behandlingsforløb.

RAPPORTENS STRUKTUR

Rapporten er disponeret på følgende måde:

I kapitel 2 fremlægger vi en baggrund for vores analyser ved at beskrive den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Kapitel 3 indeholder en oversigt over rapportens datagrundlag samt de anvendte metoder. Kapitel 4 opgør antallet af personer med et registreret stofmisbrug, udviklingen i antallet over tid (fra 2008-2013) samt ændringer i personernes baggrundskarakteristika. Kapitel 5 fremlægger analyser af personer, som har modtaget social stofmisbrugsbehandling, samt ændringer i denne gruppe over tid. I kapitel 6 fokuserer vi på status og beskæftigelse efter behandlingen, imens kapitel 7 viser sammenhængen mellem kommunalt ressourceforbrug og behandlingens effektivitet på kommunalt aggregere niveau. Kapitel 8 fokuserer på organiseringen af den sociale stof-

misbrugsbehandling og kapitel 9 på omkostningerne til social stofmisbrugsbehandling.

STOFMISBRUGSBEHANDLING I DANMARK

INDLEDNING

Dette kapitel beskriver den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Vi beskriver kort den lovgivning, som regulerer den sociale stofmisbrugsbehandling, samt implikationerne af denne lovgivning for den kommunale praksis. Vi eksemplificerer, hvordan visitering til behandling kan foregå, hvilke forskellige typer af behandling som personer med stofmisbrug kan visiteres til, målsætninger med behandlingen, samt giver eksempler på, hvilke komponenter som behandlingen typisk kan indeholde. Kapitlet har til formål at danne baggrund for analyserne i kapitel 4-9 og giver derfor et forholdsvis oversigtligt billede af organiseringen af og komponenter i dansk stofmisbrugsbehandling. En mere detaljeret beskrivelse findes fx i Thylstrup m.fl. (2014).

LOVGIVNING

Kommunerne overtog ansvaret for den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark fra amterne i forbindelse med kommunalreformen, der trådte i

kraft den 1. januar 2007 (Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009). Reformen skulle sikre en øget decentralisering, højere kvalitet i ydelserne samt en styrket borgerinddragelse (Bjerger & Fredriksen, 2014). En anden potentiel fordel ved kommunalreformen er, at kommunerne også er ansvarlige for en lang række andre ydelser såsom beskæftigelsesindsats, henvisning af boligløse til boligtilbud og indsats over for hjemløse, hvilket muliggør en koordineret indsats mellem den sociale stofmisbrugsbehandling og andre kommunale indsatser (Thylstrup & Hesse, 2012). En potentiel ulempe ved den decentraliserede organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling er dog, at regionerne har ansvaret for den psykiatriske og sundhedsbaserede behandling. Undersøgelser viser, at forekomsten af psykiske lidelser er væsentligt højere blandt personer med stofmisbrug end i den almindelige befolkning (Thylstrup & Hesse, 2014). Det er således nødvendigt at koordinere indsatsen mellem kommuner og regioner for at sikre en god behandling af personer med stofmisbrug og psykiske problemer (Hesse, Thylstrup & Pedersen, 2014). En koordinering, som sandsynligvis er blevet sværere efter kommunalreformen.

Den sociale stofmisbrugsbehandling reguleres i Servicelovens § 101. Socialstyrelsen har derudover, som en del af stofmisbrugspakken (se kapitel 1), udarbejdet nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. Formålet hermed er at give kommunerne et fælles grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af behandlingen samt at sikre, at indsatsen i højere grad bygger på forskning og gode erfaringer fra praksis (Socialstyrelsen, 2016).

Kommunen har pligt til at iværksætte behandling af personer med stofmisbrug senest 14 dage efter anmodning om behandling (behandlingsgarantien). Borgeren visiteres til et konkret tilbud på basis af en udredning og faglig vurdering af vedkommendes behov og samlede livssituation (Thylstrup, 2012). Behandlingstilbud til personer med stofmisbrug kan være af forskellig karakter og have forskellig intensitet (herunder ambulante tilbud, dagtilbud eller døgntilbud). Behandlingen skal, ifølge Socialministeriets vejledning om særlig støtte til voksne (Socialministeriet, 2011), tilrettelægges som et individuelt forløb på baggrund af en faglig vurdering af borgerens behov. Herudover skal borgerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning. Borgeren har også mulighed for at vælge at blive behandlet i et andet tilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til. Såfremt borgeren vælger at anvende

denne ret, kan kommunen fravige fristen på 14 dage fra anmodning til behandlingsstart (Serviceloven, § 101).

Ud over social stofmisbrugsbehandling er kommunerne efter Sundhedslovens § 142 forpligtigede til at tilbyde personer med stofmisbrug (primært personer med et opiatmisbrug) gratis lægelig behandling med substitutionsmedicin (Socialstyrelsen, 2013). Denne lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den samlede behandling til borgeren. Substitutionsbehandling må ikke stå alene som behandling, såfremt borgeren også har behov for en social indsats. I så fald skal substitutionsbehandlingen kombineres med en social indsats (Socialministeriet, 2011). Selv om substitutionsbehandling indgår i analyserne i denne rapport, er fokus på den sociale stofmisbrugsbehandling.

VISITATION

En person med stofmisbrug, der henvender sig til sin kommune med anmodning om at komme i stofmisbrugsbehandling, har, som tidligere beskrevet, ret til at komme i behandling inden for 14 dage, ifølge behandlingsgarantien. I løbet af de 14 dage skal der udarbejdes en plan for behandlingsindsatsen. Ifølge Socialministeriets vejledning om særlig støtte til voksne (Socialministeriet, 2011) skal den kommunale handleplan og behandlingsindsatsen koordineres med henblik på at tilvejebringe en helhedsorienteret indsats. Endvidere skal udarbejdelsen af handleplanen ske i tæt samarbejde med borgeren. Benjaminsen, Andersen & Sørensen, (2009) viser, at den kommunale praksis ved visitation varierer meget på tværs af kommuner, og at visitatorer i en del kommuner slet ikke møder den berørte borger (i disse tilfælde sker udredningen af borgeren på et behandlingssted, og visitator godkender de ansøgninger til behandling, som kommer fra behandlingsstedet). Økonomiske overvejelser i kommunerne har også betydning for, hvilken behandling der tilbydes. For eksempel viser Bjerge & Frederiksen (2014), at man i nogle kommuner prioriterer de målgrupper, som man mener har de bedste chancer for at profitere af behandlingen – ofte unge mennesker med stofmisbrug. En nedprioritering af døgnophold samt en beslutning om, at ambulante behandling altid skal være førstevalget i visitationen, er andre eksempler på, hvordan kommunerne forsøger at prioritere de økonomiske ressourcer (Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009).

Borgeren har mulighed for at vælge et andet, tilsvarende tilbud end det, vedkommende er visiteret til. Det vil sige, at en person med stofmisbrug, der fx er visiteret til et bestemt ambulans tilbud, har mulighed for at vælge et andet ambulans tilbud, men ikke et tilbud med højere intensitet, som fx et dag- eller et døgntilbud.

MÅLSÆTNINGER MED BEHANDLINGEN

Social stofmisbrugsbehandling skal have et helhedsorienteret fokus og tage udgangspunkt i borgerens behov og livssituation. Afhængigt af fx type af misbrug (hovedstof), borgerens alder, misbrugets varighed, borgerens sociale situation og familiesituation kan målet for den sociale stofmisbrugsbehandling variere. Selv om stoffrihed er hovedmålsætningen for stofmisbrugsbehandling generelt, kan det i enkelte tilfælde være mere relevant at fokusere på stabilisering eller reduktion af misbruget, eller på skadesreduktion, dvs. "... formindskelse af de skader, som livet som stofmisbruger påfører vedkommende selv, nærtstående og samfundet, samt forbedring af funktionsevne og udviklingsmuligheder ..." (Socialministeriet, 2011).

Ud over disse misbrugsrelaterede mål sigtes der i de fleste tilfælde også mod andre, mere socialt betingede, mål, som fx stabilisering af familiesituationen, ophør eller reduktion af kriminalitet, tilknytning til arbejdsmarkedet, styrket boligsituation eller behandling af somatiske eller psykiske lidelser, i stofmisbrugsbehandlingen.

I denne rapport har vi fokus på ophør, reduktion og stabilisering af misbrug som målsætninger for behandlingen, da disse mål bliver registreret i Stofmisbrugsdatabasen. Derudover fremlægger vi i kapitel 6 resultaterne af vores undersøgelse af borgerens arbejdsmarkedsstatus, forsørgelse og uddannelse ét år efter afsluttet behandling (for dem, der har modtaget social stofmisbrugsbehandling) hhv. ét år efter sidste misbrugsrelaterede observation i registerdata (for dem, der ikke har modtaget social stofmisbrugsbehandling).

TYPER AF TILBUD – INTENSITET

I denne rapport skelner vi mellem tre typer af tilbud med forskellig intensitet: *ambulante tilbud*, *dagbehandling* og *døgnbehandling*.⁶

Ambulant behandling er et lavintensitetstilbud, hvor borgeren får behandling to-otte gange om måneden. Behandlingen finder dermed sted i tilknytning til borgerens sædvanlige miljø. Sigtet med behandlingen kan være skadesreduktion, reduktion af misbrug eller stoffrihed. Centrale elementer i ambulant behandling er rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling, lægekonsultation samt udredning hos psykolog eller psykiater ved behov (Thylstrup, 2012). Ambulant behandling kombineres ofte med substitutionsbehandling (for personer med et opiatmisbrug) (Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009; Socialministeriet, 2011).

Dagbehandling er mere gruppeorienteret og mere intensivt end den ambulante behandling. Typisk møder borgerne mandag-fredag, 5-8 timer dagligt og deltager i forskellige aktiviteter, fx gruppeterapi, pædagogiske aktiviteter, fritidsaktiviteter, undervisning og psykologsamtaler. Dagbehandling kombineres indimellem med substitutionsbehandling (Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009; Socialministeriet, 2011; Thylstrup, 2012).

Døgnbehandling er det mest intensive og omfattende behandlingstilbud og retter sig primært mod de mest belastede personer med stofmisbrug. I døgnbehandling foretages eventuel afgiftning. Døgnbehandling kan være både stoffri eller ske i forbindelse med substitutionsbehandling (Socialministeriet, 2011). Varigheden af døgnbehandlingsforløb svinger typisk mellem 30 og 90 dage, og centrale aktiviteter er individuel rådgivning, gruppebehandling, lægekonsultation og/eller udredning hos psykolog eller psykiater, pædagogiske aktiviteter samt fritidsaktiviteter (Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009; Thylstrup, 2012). Efter en periode i døgnbehandling overgår mange klienter til dagbehandling. Døgnbehandling fungerer derfor i stigende grad som et kortere forløb, inden klienten kommer i dagbehandling, og kun for de klienter, som ikke kan gå direkte i dagbehandling (Thylstrup & Hesse, 2012).

⁶ I denne rapport definerer vi dagbehandling som ydelser, der leveres tre-fem gange om ugen, imens ambulant behandling dækker over ydelser, som leveres to-otte gange om måneden (0,5-2 ydelser om ugen).

Sammenhængen mellem behandlingsintensitet og sandsynligheden for stoffrihed er tidligere blevet undersøgt af Benjaminsen, Andersen & Sørensen, (2009) på basis af surveydata. De finder, at der er en positiv sammenhæng mellem døgnbehandling og sandsynligheden for stoffrihed to år efter afsluttet behandling. Det kan dog ikke udelukkes, at uobserverede forhold ved klienterne og behandlingen påvirker resultaterne.

METODE OG DATA

DATAGRUNDLAG

Vores undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandlings kapacitet i Danmark er primært baseret på forskellige former for registerdata. Information om behandlingsforløb kan hentes fra tre registre i Stofmisbrugsdatabasen: VBGS (Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere), SIB (Stofmisbrugere i behandling) og DanRIS (Dansk registrerings- og informationssystem). Landets kommuner skal indberette oplysninger om borgere ved indskrivning i stofmisbrugsbehandling til VBGS og SIB, mens de enkelte behandlingstilbud indberetter til DanRIS.

Indberetning til VBGS sker fra den kommunale myndighed, når borgeren anmoder om social stofmisbrugsbehandling. VBGS indeholder information om anmodningsdato samt start- og slutdato for forløbet. Der er desuden information om formålet med behandlingen samt status ved udskrivning fra behandling. I SIB er der yderligere information om de enkelte ydelser, leveret under hvert forløb, bl.a. information om type af stof og om behandlingens intensitet. DanRIS indeholder ligesom SIB information om de enkelte ydelser, leveret under hvert forløb, bl.a. information om behandlingens intensitet.

I nogle af vores analyser har vi sammenkoblet oplysninger fra Stofmisbrugsdatabasen med oplysninger fra Landspatientregistret, som indeholder information om alle indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter fra hospitaler og psykiatriske afdelinger. Dette inkluderer information om skadelig brug af stoffer og afhængighed af stoffer. Denne information har vi brugt til at danne et mål for personer med stofmisbrug, der ikke er i social stofmisbrugsbehandling.⁷

I vores database indgår der endvidere oplysninger fra en række andre registre. Dette inkluderer information om psykiske lidelser fra Landspatientregistret samt information om demografi og socioøkonomiske forhold fra Danmarks Statistiks registre.

Endelig indgår der oplysninger fra to mindre kommunespørgeskemaundersøgelser i vores database.

Den første spørgeskemaundersøgelse afdækker den kommunale organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i februar 2014. 88 kommuner har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 90 pct. Resultaterne fra denne spørgeskemaundersøgelse præsenteres i kapitel 8.

Den anden spørgeskemaundersøgelse afdækker omkostninger forbundet med den sociale stofmisbrugsbehandling i den enkelte kommune i perioden 2008-2012. For årene 2008-2011 har kommunerne skullet oplyse om de samlede udgifter og indtægter, mens de for 2012 detaljeret har skullet oplyse om udgifter, fordelt på drift af egne behandlingstilbud, køb af behandling hos andre kommuner og/eller private tilbud samt oplysninger om central administration/visitation. Undersøgelsen blev gennemført i vinteren 2014, og svarprocenten var 92 pct. (90 kommuner besvarede skemaet). Resultaterne fra denne spørgeskemaundersøgelse fremlægges i kapitel 9 og indgår i analyserne i kapitel 7.

ANALYSEDESIGNS

Vores undersøgelse indeholder en række analyser med forskelligt fokus. Kapitel 4 og 5 omhandler antallet af personer med et registreret stofmisbrug samt personer i social stofmisbrugsbehandling i perioden 2008-

⁷ På linje med Sundhedsstyrelsen anvender vi følgende diagnosekode til at identificere personer med stofmisbrug uden for social stofmisbrugsbehandling: F11.1, F11.2, F11.9, F12.1, F12.2, F12.9, F14.1, F14.2, F14.9, F15.1, F15.2, F15.9, F19.1, F19.2, F19.9 (Sundhedsstyrelsen, 2015).

2013. Disse analyser beror derfor på årsobservationer. Kapitel 6 fokuserer på effektiviteten i behandlingsforløbene og tager derfor udgangspunkt i det enkelte forløb, som potentielt kan strække sig over flere år. Her illustrerer vi forskellene i forudsætningerne for at anlægge et årshv. et forløbsperspektiv.

PERSONER MED ET REGISTRERET STOFMISBRUG PR. ÅR

Analyserne på årsniveau tager udgangspunkt i alle behandlingsforløb, som ”overlapper” med et givent år. Hvis et behandlingsforløb eksempelvis er startet i 2009 og afsluttet i 2011, er den pågældende borger talt med i opgørelsen i årene 2009, 2010 og 2011. En borger med et registreret stofmisbrug kan kun indgå i analysen én gang pr. år med én stoftype og én behandlingsintensitet (disse begreber forklares senere i dette kapitel). Hvis en borger har modtaget mere end ét behandlingstilbud i løbet af et år, potentielt med forskellige stoftyper og behandlingsintensiteter, vil det derfor være nødvendigt at vælge én stoftype og én behandlingsintensitet for den pågældende borger i det pågældende år. Prioriteringen af stof- og behandlingstyper fremgår af gennemgangen af begreberne nedenfor (i sektionerne ”Stoftype” og ”Behandlingens intensitet”).

Det følger af denne tilgang, at de opgjorte antal personer med et registreret stofmisbrug på årsniveau skal fortolkes som antallet af borgere, som modtog behandling mindst én dag i løbet af året, og for hvem angivelsen af stoftype og behandlingsintensitet vedrører mindst en af potentielt flere behandlinger.

BEHANDLINGSFORLØB

Information om behandlingsforløb tager udgangspunkt i information fra VBGS om alle forløb, der er blevet afsluttet i perioden 2008-2013. Hver borger kan kun være i ét behandlingsforløb ad gangen. Hvis to behandlingsforløb har overlappet hinanden, helt eller delvist, så har vi slået de to forløb sammen, og information om status ved udskrivning fra behandling er taget fra forløbet med den seneste slutdato. Hvis to behandlingsforløb har haft samme slutdato, har vi prioriteret information om status ved udskrivning fra behandling på følgende måde:

1. Ophørt
2. Reduceret
3. Stabiliseret

4. Ikke færdigbehandlet/tilbagefald
5. Ukendt/uoplyst

Hvis en borger fx har haft to forløb med samme slutdato, hvor status for det ene forløb ved udskrivning var ”stabiliseret”, imens status for det andet forløb ved udskrivning var ”reduceret”, så har vi antaget, at borgeren har reduceret sit misbrug ved slutdatoen. Information om ydelser inden for hvert behandlingsforløb er hentet fra SIB og DanRIS. Hver ydelse er blevet tilknyttet et behandlingsforløb, hvis ydelsens periode på nogen måde har overlappet med behandlingsforløbets periode. Behandlingsforløb uden registrerede ydelser og ydelser uden registrerede behandlingsforløb er udeladt af analysen. Behandlingsforløb, der er afsluttet med borgerens død, er ligeledes udeladt, da vi ikke har kunnet vurdere, om behandlingsforløbet på længere sigt kunne have haft en positiv effekt.

BEHANDLINGSRELATEREDE VARIABLE

STATUS VED UDSKRIVNING

Når borgeren afslutter et behandlingsforløb, skal den kommunale myndighed registrere status ved afsluttet behandling i VBGS. Vi har grupperet denne status efter, hvorvidt behandlingen lader til at have været succesfuld eller ej. Denne variabel er det primære outcome for vurderingen af behandlingens effektivitet.

- Succesfuldt forløb: ophørt, reduceret, stabiliseret
- Ikke færdigbehandlet: ikke færdigbehandlet, tilbagefald
- Ukendt: ukendt, uoplyst.

FORMÅL MED BEHANDLING

I forbindelse med opstart af et behandlingsforløb gøres det også klart, hvad formålet med behandlingen er. Formålet kan være ophør, reduktion eller stabilisering af misbruget.

STOFTYPE

Ved iværksættelse af stofmisbrugsbehandling indberettes til SIB, hvilke stoffer der tages, og hvilket stof der er hovedstof. Ved hovedstof menes

det stof, som borgeren opfatter som hovedproblemet. Vi har grupperet hovedstof i tre grupper:

1. Opiater: metadon (illegal), buprenorphin (illegal), heroin (illegal), andre opiat
2. Centralstimulerende stoffer: kokain, amfetamin, ecstasy og lignende
3. Cannabis: hash/cannabis.

Herudover er der en fjerde gruppe; en restgruppe, som har angivet andet hovedstof – herunder benzodiazepiner, hallucinogener og opløsningsmidler – eller som slet ikke har oplyst et hovedstof.

I de tilfælde, hvor borgeren ikke har tilhørt en af de tre hovedgrupper på baggrund af hovedstof, har vi anvendt information om øvrigt stofforbrug til om muligt at placere borgeren i en af de tre hovedgrupper. Hvis borgeren har taget flere forskellige slags stoffer, har vi prioriteret dem på følgende måde: 1. Opiater, 2. Centralstimulerende stoffer, 3. Cannabis. Det betyder, at en borger, der *ikke* har angivet et hovedstof, men har angivet, at han eller hun tager både opiat og cannabis, er blevet placeret i gruppe 1 (opiat).

SIB indeholder også information om substitutionsbehandling med opiat. I de tilfælde, hvor en borger er blevet behandlet med enten metadon, buprenorphin, heroin eller andre opiat, har vi kategoriseret borgeren i en femte gruppe som misbruger af opiat i substitutionsbehandling, uanset det opgivne hovedstof.

Fra Landspatientregistret har vi hentet informationer om personer med et stofmisbrug uden for social stofmisbrugsbehandling, og her har vi anvendt forskellige diagnosekoder (både primær- og sekundærdiagnoser) til at skelne mellem forskellige stoftyper.

1. Opiater: skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af opioder (diagnosekode F11.1, F11.2, F11.9)
2. Centralstimulerende stoffer: skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af kokain og andre centralstimulerende stoffer (diagnosekoder F14.1, F14.2, F14.9, F15.1, F15.2, F15.9)

3. Cannabis: skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af cannabis (diagnosekoder F12.1, F12.2, F12.9).

Herudover er der en fjerde gruppe; en restgruppe, som består af skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af multiple eller andre psykoaktive stoffer (diagnosekoder F19.1, F19.2, F19.9).

BEHANDLINGENS INTENSITET

Behandlingens intensitet vedrører hyppigheden af de ydelser, som personer i social stofmisbrugsbehandling bliver tilbudt (jf. kapitel 2). For det første skelnes der mellem døgnbehandling og ambulante behandling. Døgnbehandling dækker over behandlingsforløb, hvor borgeren bor og overnatter på et behandlingssted og således modtager ydelser hver dag, mens ambulante behandling foregår ved fremmøder i dagtimerne på behandlingsstederne. For det andet skelnes der mellem forskellige intensiteter af ambulante behandlingsforløb: "Ambulante behandling" dækker over ydelser, som leveres to til otte gange om måneden (0,5-2 ydelser om ugen), og "dagbehandling" dækker over ydelser, som leveres tre til fem gange om ugen.

INDSKRIVNINGSLÆNGDE

Indskrivningslængde er et simpelt mål for, hvor mange måneder det samlede behandlingsforløb har varet – fra iværksættelse til udskrivning.

GARANTI OVERSKREDET

Behandlingsgarantien siger, at behandling skal iværksettes senest 14 dage efter henvendelse til kommunen. Vi har således målt, om der er gået mere end 14 dage mellem den registrerede anmodningsdato og iværksættelsesdato.

TIDLIGERE BEHANDLING

Ved indskrivning i stofmisbrugsbehandling indberettes til VBGS, hvorvidt borgeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. I SIB findes imidlertid også information om tidligere behandling. I de tilfælde, hvor de to registre er uenige om behandlingsforløb med samme startdato, har vi anvendt information fra det register, der angiver, at borgeren tidligere

har været i stofmisbrugsbehandling. Ved alle forløb, der ikke er en borgers første forløb i perioden 2008-2013, angives det automatisk, at borgeren tidligere har været i stofmisbrugsbehandling.

KOMMUNE

Vi bruger to forskellige kommunedefinitioner: bopælskommune (kapitel 4-5) og opholdskommune (kapitel 6-7). Bopælskommune er den kommune, som er registreret i folkeregisteradressen. Vi anvender bopælskommune i analyserne i kapitel 4-5, da vi ikke har haft adgang til opholdskommune for borgere, der er registreret med en misbrugsrelateret diagnosekode i Landspatientregistret. Opholdskommune er den kommune, der indskrives borgeren i et behandlingsforløb, og som betaler udgifterne, forbundet med forløbet. Opholdskommunen vil som oftest være borgerens bopælskommune. Selve behandlingen kan foregå på behandlingssteder inden for bopælskommunen eller i andre kommuner. Vi har set på kommunale forskelle og har til det formål opdelt kommunerne i følgende syv grupper: København/Frederiksberg, Aarhus, Odense, Aalborg, Esbjerg, københavnske forstadskommuner⁸ samt øvrige kommuner.

ANDRE VARIABLE

Ud over karakteristika ved behandlingsforløbet har vi i analysen også inddraget baggrundsinformation om borgeren fra forskellige registre under Danmarks Statistik. Det inkluderer information om borgerens køn, alder, etnicitet, civilstand (gift, i registreret partnerskab, samlevende par, samboende par samt enlig⁹), hjemmeboende børn¹⁰ og uddannelsesniveau, som er målt i indskrivningsåret.

Fra Landspatientregistret har vi desuden indhentet information om alle indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter fra hospitaler og psykiatriske afdelinger. På baggrund af dette har vi dannet

⁸ Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, Rødovre og Tårnby.

⁹ En person defineres som enlig, hvis vedkommende ikke er gift, i registreret partnerskab, del af samlevende par eller del af samboende par.

¹⁰ Et hjemmeboende barn er en person, der er under 25 år, som bor på samme adresse som mindst en af sine forældre, som aldrig har været gift eller registreret partner (civilstand = ugift), og som ikke selv er far eller mor til nogen, der bor eller har boet i Danmark.

to mål for psykisk sygdom, som er målt i indskrivningsåret samt året før: svær psykisk lidelse (skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande, skizo-afektive sindslidelser, manisk enkeltepisode, bipolar affektiv lidelse og forstyrrelser af personlighedsstrukturen – ICD 10: F20-29.9, F30-31.9, F60-61.9) og anden psykisk lidelse (depressive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer, hyperkinetiske forstyrrelser og adfærdsforstyrrelser – ICD 10: F32-39.9, F40-48.9, F90-92.9).

PERSONER MED ET REGISTRERET STOFMISBRUG

I dette kapitel belyser vi antallet af personer med et registreret stofmisbrug i Danmark i perioden 2008-2013, samt hvordan disse personer fordeles sig på geografiske, demografiske og socioøkonomiske karakteristika.

Personer med et registreret stofmisbrug definerer vi som de personer, der i løbet af året enten har været i social stofmisbrugsbehandling eller i kontakt med sygehusvæsenet og i den forbindelse er blevet registreret med en stofmisbrugsrelateret diagnosekode.¹¹ Alle disse personer er efterfølgende koblet til en lang række oplysninger fra Danmarks Statistiks registre. Formålet med analyserne i dette kapitel er samlet set at belyse gruppen af personer med et registreret stofmisbrug ved hjælp af deres baggrundskarakteristika og karakteren af deres stofmisbrug. Vi skelner derfor her ikke mellem personer i social stofmisbrugsbehandling og personer med et registreret stofmisbrug, som ikke er i social stofmisbrugsbehandling.¹²

Personer med et stofmisbrug, som ikke er registreret, kan vi ikke identificere, og de indgår derfor ikke i analyserne. De opgørelser, vi præ-

¹¹ Vi anvender diagnosekoder (både primær- og sekundærdiagnoser), der relaterer sig til skadelig brug, afhængighedssyndrom samt psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af forskellige stoffer. Se kapitel 3 om data og metode for en gennemgang af misbrugsrelaterede diagnosekoder.

¹² Vi henviser til kapitel 5, der viser, hvor mange af disse personer som er i social stofmisbrugsbehandling samt deres personlige karakteristika, behandlingens karakter osv.

senterer, skal derfor ikke forstås som antallet af personer i Danmark med et stofmisbrug. For en sådan opgørelse henvises til Sundhedsstyrelsen (2015), som ved hjælp af en statistisk estimeringsmetode (capture-recapture-metoden) for udvalgte år har skønnet antallet af personer i Danmark med et stofmisbrug, inklusive de personer, hvis stofmisbrug ikke observeres i data. Det er muligt at sammenligne resultaterne af de to forskelligartede analyser for 2009, hvor vi har observeret godt 19.000 personer med et registreret stofmisbrug, mens Sundhedsstyrelsen har estimeret det samlede antal personer med et stofmisbrug til et sted mellem ca. 31.000 og 35.000. På den baggrund må antallet af personer med et stofmisbrug, som ikke kan observeres i data, forventes at udgøre en betydelig del af personerne med et stofmisbrug. Men da det ikke er muligt at observere denne gruppe, er det altså ikke muligt at få indsigt i deres socioøkonomiske forhold, karakteren af deres misbrug osv.

HOVEDRESULTATER

- Antallet af personer med et registreret stofmisbrug er steget fra ca. 19.000 personer i 2008 til godt 23.000 personer i 2013. Det svarer til en stigning på 23 pct. i løbet af de fem år. I løbet af den samme periode er antallet af personer i den voksne danske befolkning (fyldt 15 år) steget med 3,5 pct. Der er dermed sket en reel stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, set i forhold til befolkningen generelt.
- Omtrent én ud af tre personer med et registreret stofmisbrug kommer fra en af de fem største byer, København inklusive Frederiksberg, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg, hvoraf de fleste kommer fra København. Ca. én ud af ti personer med et registreret stofmisbrug kommer fra forstadskommuner til København. Lidt færre end to ud af tre personer med et registreret stofmisbrug kommer således fra landets øvrige kommuner.
- Den procentvise stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug i København og på Frederiksberg (ca. 5 pct.) har været mindre end stigningen i Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg (10-20 pct.), som igen har været mindre end stigningen i landets øvrige kommuner (ca. 30 pct.).

- Den største procentvise vækst i antallet af personer med et registreret stofmisbrug er observeret i gruppen af 20-29-årige. Antallet af personer i denne gruppe er steget med over 50 pct., en stigning på ca. 55 pct. blandt personer af dansk herkomst (som udgør 90 pct. af denne gruppe) og en stigning på ca. 35 pct. blandt indvandrere og efterkommere. Relativt til befolkningen i samme aldersgruppe har stigningen i antal personer med et registreret stofmisbrug ligeledes været størst blandt de 20-29-årige: fra ca. otte personer pr. 1.000 personer i befolkningen mellem 20-29 år i 2008 til ca. 11 personer pr. 1.000 personer i samme gruppe i 2013.
- Der er en klar overrepræsentation af mænd blandt personer med et registreret stofmisbrug. Mændene udgør flere end syv ud af ti personer med et registreret stofmisbrug, en nogenlunde konstant andel gennem hele perioden 2008-2013.
- De fleste personer med et registreret stofmisbrug har en grundskoleuddannelse som deres højest fuldførte uddannelsesforløb. For dem, vi har uddannelsesoplysninger på, har færre end tre ud af ti uddannelseskvalifikationer ud over grundskoleniveau.
- Enlige uden børn udgør hovedparten af personer med et registreret stofmisbrug, godt syv ud af ti personer.
- Stigningen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug skyldes primært en stigning i antallet af personer i alderen 20-29 år med et registreret misbrug af cannabis.

ANTAL PERSONER MED ET REGISTRERET STOFMISBRUG

Antallet af personer med et registreret stofmisbrug fremgår af tabel 4.1, opgjort på årsbasis for perioden 2008-2013. Tabellen viser, at der i 2008 var ca. 19.000 personer med et registreret stofmisbrug på landsplan, samt at antallet har været stigende gennem hele perioden til godt 23.000 personer i 2013; en stigning på 23 pct. i løbet af de fem år. I den samme periode er antallet af personer i Danmark, som er fyldt 15 år, steget med 3,5 pct., hvilket betyder, at andelen af personer med et registreret stofmisbrug i befolkningen er steget. I 2008 var der godt fire personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i den voksne befolkning, i 2013 var der fem personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i den voksne befolkning.

TABEL 4.1

Antal personer med et registreret stofmisbrug i Danmark 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal personer med et registreret stofmisbrug	18.998	20.184	20.820	22.170	22.936	23.341
Pr. 1.000 personer over 15 år i befolkningen	4,3	4,5	4,6	4,9	5,0	5,0

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

GEOGRAFISK FORDELING

Antallet af personer med et registreret stofmisbrug fordeler sig ikke lige-
ligt på tværs af kommuner. Det fremgår af tabel 4.2, som angiver denne
gruppe, fordelt på de fem største kommuner (Frederiksberg medregnes i
København), forstadskommuner til København samt alle øvrige kom-
muner. I 2013 kom omtrent én ud af tre personer med et registreret
stofmisbrug fra en af de fem største kommuner, de fleste af dem fra Kø-
benhavn og Frederiksberg (ca. én ud af fem). Omkring én ud af ti perso-
ner med et registreret stofmisbrug kom fra en forstadskommune til Kø-
benhavn. De resterende personer med et registreret stofmisbrug fordeler
sig på landets øvrige kommuner.

TABEL 4.2

Geografisk fordeling af personer med et registreret stofmisbrug 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
København og Frederiksberg	3.801	3.687	3.772	3.788	3.898	3.986
Aarhus	1.110	1.250	1.207	1.314	1.233	1.262
Odense	910	946	975	1.042	1.019	991
Aalborg	470	492	464	481	505	562
Esbjerg	674	738	729	779	792	790
Forstadskommuner til Køben- havn	1.534	1.556	1.734	1.818	1.915	1.973
Øvrige kommuner	9.785	10.691	11.197	12.213	12.837	13.007
I alt ¹	18.284	19.360	20.078	21.435	22.199	22.571

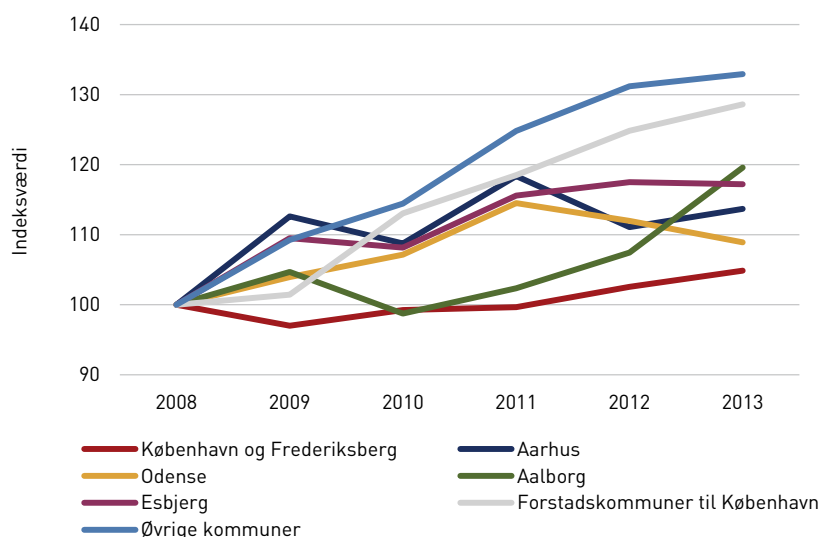
1. Antal personer med et registreret stofmisbrug er mindre end i tabel 4.1. Det skyldes, at det ikke har været muligt at bestemme bopælskommunen for alle personer.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Udviklingen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug har ikke været ens på tværs af kommunerne. Det fremgår af figur 4.1, som sammenligner udviklingen, fordelt på kommunetype ved deres indekserede værdi med samme udgangspunkt i 2008. København og Frederiksberg har oplevet den mindste stigning samlet set i perioden 2008-2013, en stigning på ca. 5 pct. I Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg er antallet af personer med et registreret stofmisbrug steget med mellem 10 og 20 pct., mens kommunerne uden for de største danske byer har haft den største stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug på ca. 30 pct. over den 5-årige periode.

FIGUR 4.1

Udviklingen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på kommunegrupper 2008-2013. Indekseret værdi (2008 = 100).



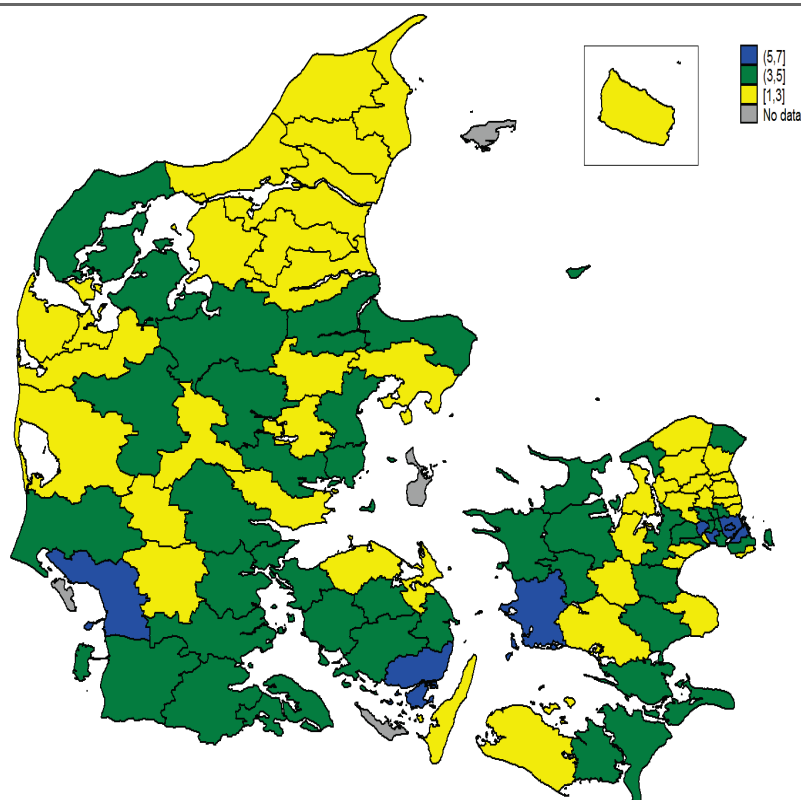
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Der er stor forskel på kommunernes størrelse, målt på indbyggertal, og det er relevant at se på, hvor stor en andel, som personer med et registreret stofmisbrug udgør på kommuneniveau relativt til indbyggertallet. Figur 4.2 viser på kommuneniveau antallet af personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere i kommunen i 2013. Det fremgår af figuren, at i langt de fleste kommuner udgør denne gruppe mellem én og fem personer pr. 1.000 indbyggere, nogenlunde ligeligt fordelt mellem

kommuner med én-tre personer pr. 1.000 indbyggere og kommuner med tre-fem personer pr. 1.000 indbyggere, og uden nogen umiddelbar systematik i den geografiske placering af kommuner i hver af de to grupper. I en håndfuld kommuner var antallet af personer med et registreret stofmisbrug i 2013 højere, mellem fem og syv personer pr. 1.000 indbyggere, heriblandt Københavns Kommune.

FIGUR 4.2

Antal personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 indbyggere i 2013 på kommuneniveau.



Anm.: For nogle af de mindre kommuner (de grå) er antallet af personer med et registreret stofmisbrug ikke angivet, idet antallet i disse kommuner er meget lavt (mindre end ti).

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

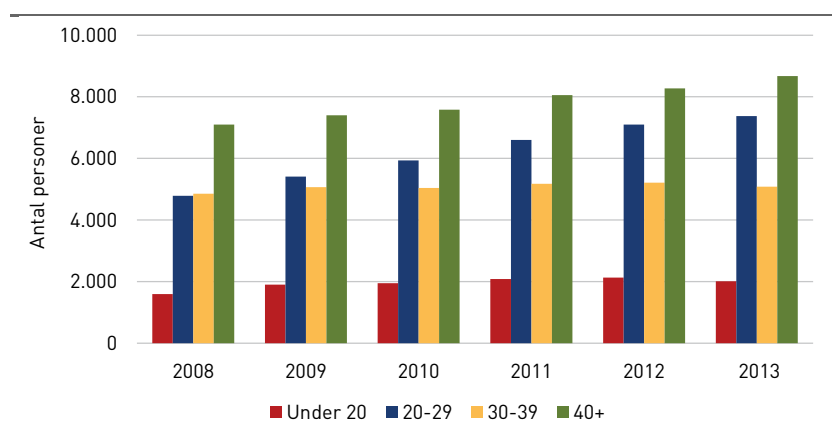
SOCIOØKONOMISKE KARAKTERISTIKA

Figur 4.3 viser personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på aldersgrupperinger hvert år fra 2008-2013. I 2008 var der ca. 1.500 unge under 20 år i denne gruppe, ca. lige mange i grupperne 20-29 år og 30-39 år – omtrent 5.000 i hver gruppe – og der var flest personer med et registreret stofmisbrug i aldersgruppen 40 år og opefter. Der har været en generel stigning i antallet af personer i hver alderskategori fra 2008 til 2013.

Både absolut og relativt er stigningen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug blandt 20-29-årige den markant største; en stigning på ca. 2.500 personer, hvilket svarer til 54 pct. Antallet af unge under 20 år samt ældre over 39 år er relativt set steget nogenlunde lige meget, omtrent 25 pct. I absolutte tal betyder det imidlertid, at gruppen af unge er steget med ca. 400 personer, mens gruppen af ældre er steget med ca. 1.500 personer. Antallet af personer med et registreret stofmisbrug i aldersgruppen 30-39 år har ligget nogenlunde konstant gennem hele perioden. I 2013 var der således omkring 2.000 personer under 20 år, 7.400 personer i alderen 20-29 år, 5.100 personer i alderen 30-39 år og 8.700 personer i gruppen 40 år og opefter.

FIGUR 4.3

Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på aldersgrupper 2008-2013.



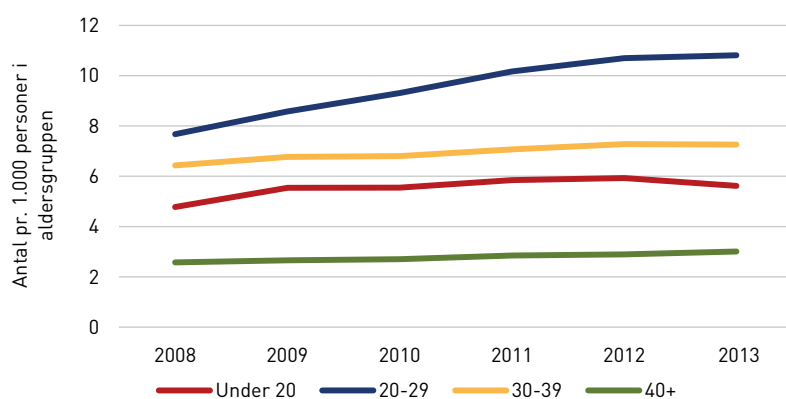
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Figur 4.4 viser antallet af personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i befolkningen i samme aldersinterval for årene 2008-2013. I 2008 var andelen af personer med et registreret stofmisbrug i forhold til befolkningens størrelse størst blandt de 20-29-årige med små otte personer pr. 1.000 personer i befolkningen. Dernæst fulgte de 30-39-årige med godt seks personer pr. 1.000 personer i befolkningen og de helt unge under 20 år med ca. fem personer pr. 1.000 personer i befolkningen. Det laveste antal personer med et registreret stofmisbrug, relativt til befolkningens størrelse, fandtes i den ældre gruppe, som var fyldt 40 år. I denne gruppe var antallet af personer med et registreret stofmisbrug to-tre pr. 1.000 personer.

For alle grupperne gælder, at der i perioden 2008-2013 er observeret en stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i befolkningen. Bortset fra unge i alderen 20-29 år har stigningen været nogenlunde ens for alle grupperne, omtrent én person mere pr. 1.000 personer i befolkningen i perioden på fem år. For de 20-29-årige er der imidlertid observeret en kraftigere stigning i denne gruppes andel af befolkningen, fra små otte til ca. 11 personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i befolkningen.

FIGUR 4.4

Antal personer med et registreret stofmisbrug pr. 1.000 personer i befolkningen i samme aldersgruppe for perioden 2008-2013.

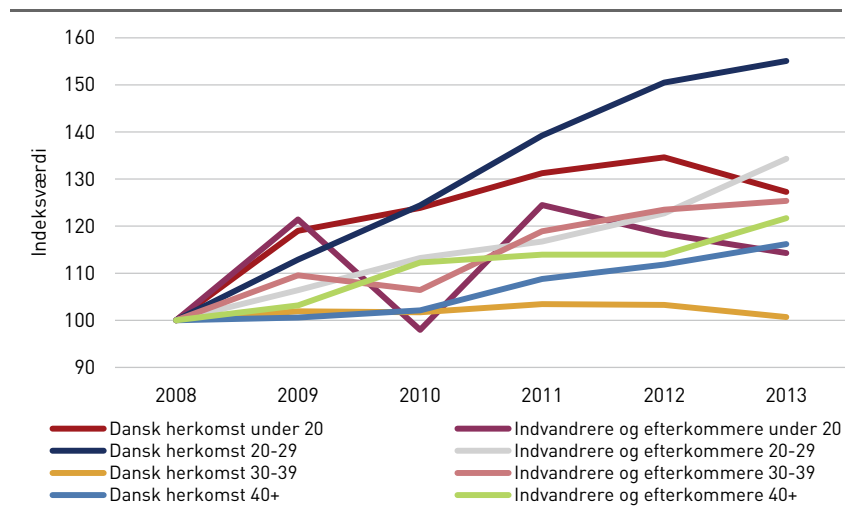


Anm.: Befolkningen for de under 20-årige opgøres som antal personer, der er fyldt 15 år.
 Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Stigningen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug blandt de 20-29-årige observeres både blandt unge af dansk herkomst og blandt unge indvandrere og efterkommere. Det fremgår af figur 4.5, som viser udviklingen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på aldersgrupper og herkomst. Fra 2008 til 2013 er antallet af 20-29-årige i denne gruppe steget med ca. 55 pct., mens antallet af 20-29-årige indvandrere og efterkommere er steget med ca. 35 pct. Generelt set udgør indvandrere og efterkommere omkring 10 pct. af hver af aldersgrupperne, bortset fra de helt unge under 20 år, blandt hvilke indvandrere og efterkommere udgør ca. 5 pct.

FIGUR 4.5

Udviklingen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på alder og herkomst 2008-2013. Indekseret værdi (2008 = 100).

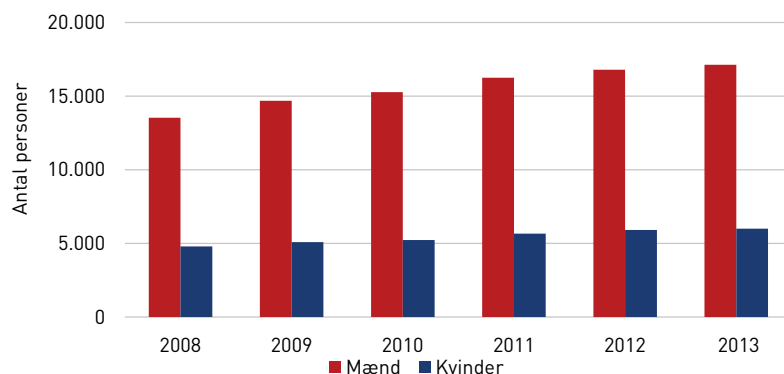


Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Stigningen i antallet af personer med et registreret stofmisbrug har udviklet sig nogenlunde ens blandt mænd og kvinder, hvilket fremgår af figur 4.6, som viser antallet af mænd og kvinder i denne gruppe for årene 2008-2013. I 2008 var der ca. 13.500 mænd og små 5.000 kvinder. I 2013 var antallet steget til ca. 17.000 mænd og ca. 6.000 kvinder; en stigning på ca. 25 pct. i begge grupper.

FIGUR 4.6

Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på køn 2008-2013.



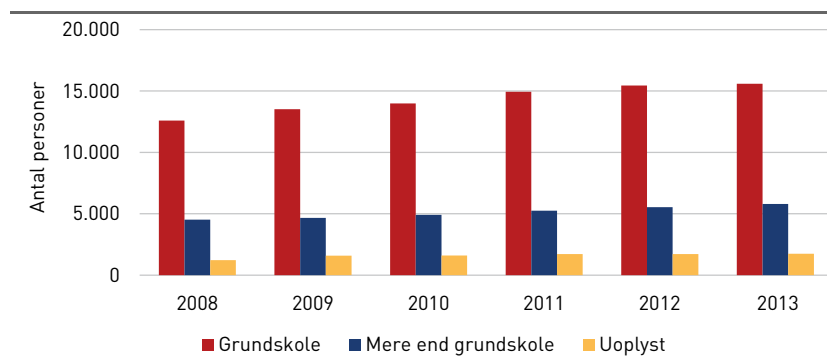
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

I figur 4.7 præsenteres en opdeling af personer med et registreret stofmisbrug, baseret på deres uddannelseskvalifikationer. Figuren indeholder kategorien ”uoplyst”, der inkluderer de personer, som det har været muligt at finde andre oplysninger på, men for hvilke der ikke er angivet en gennemført uddannelse. Personer, som ikke har gennemført en grundskoleuddannelse, indgår således i denne kategori. Kategorien indeholder imidlertid også øvrige personer, som af en eller anden grund ikke optræder i Danmarks Statistiks uddannelsesregistre, eksempelvis nogle indvandrere i Danmark, som ikke har fået registreret den uddannelse, de havde med sig fra oprindelseslandet. Man skal derfor være varsom med fortolkning af udviklingen i antallet af personer i denne uddannelseskategori, da den ikke nødvendigvis alene afspejler gruppen af personer helt uden en uddannelse. Kategorien er dog medtaget her, da den giver en indikation af antallet af personer med et registreret stofmisbrug, som ikke har en registreret uddannelse svarende til det danske grundskoleniveau.

Som det fremgår af figur 4.7, har langt hovedparten af personerne med et registreret stofmisbrug en grundskoleuddannelse som deres højest gennemførte uddannelsesforløb. Denne gruppe indeholdt ca. 15.600 personer i 2013, mens ca. 5.800 personer i 2013 havde uddannelseskvalifikationer svarende til mere end grundskoleniveau. Ca. 1.700 personer med et registreret stofmisbrug havde ikke tilknyttet oplysninger om et gennemført uddannelsesforløb. Gennem hele perioden er der sket en stigning i antallet af personer i alle tre grupper. Ligesom det har været

tilfældet for udviklingen blandt mænd og kvinder, har stigningen været nogenlunde ensartet på tværs af gennemført uddannelsesniveau. Stigningen udgør samlet set ca. 25 pct. for begge grupper med tilknyttede uddannelsesoplysninger, både dem med grundskoleuddannelse og dem med mere uddannelse end grundskoleniveau. Gruppen med uoplyste uddannelseskvalifikationer er steget med godt 40 pct., hvilket er en noget større stigning, relativt set, men denne gruppe udgør i 2013 stadig mindre end 10 pct. af gruppen.

FIGUR 4.7
Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på uddannelseskvalifikationer 2008-2013.



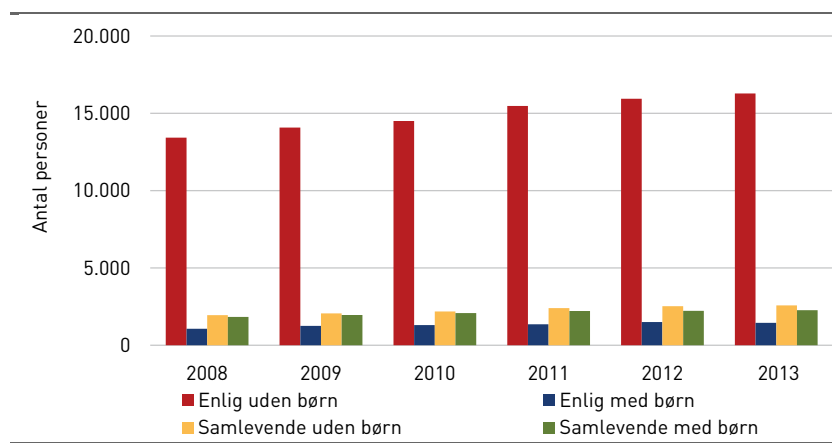
Anm.: Kategorien uoplyst indeholder alle personer, som det har været muligt at finde andre oplysninger på i Danmarks Statistiks registre, men for hvilke der ikke er oplyst en gennemført uddannelse. Kategorien indeholder derfor både personer uden nogen uddannelseskvalifikationer og personer, som af andre årsager ikke har tilknyttet uddannelsesoplysninger; eksempelvis indvandrere til Danmark, for hvem deres medbragte uddannelseskvalifikationer ikke er blevet registreret.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Betragtes den familiemæssige situation for personer med et registreret stofmisbrug, er det tydeligt, at langt størstedelen er enlige uden børn. Det fremgår af figur 4.8. Gennem hele perioden udgør enlige uden børn godt 70 pct. af gruppen, i 2013 svarer det til godt 16.000 personer. Personer med en samlever udgør ca. 20 pct. af gruppen, hvoraf ca. halvdelen (dvs. 10 pct.) har mindst ét barn. I 2013 udgjorde antallet af personer med en samlever således ca. 4.800 personer, hvoraf ca. 2.300 havde mindst ét barn. Enlige med mindst ét barn udgør mindre end hver tiende person med et registreret stofmisbrug; ca. 1.500 personer i 2013. Den samlede relative stigning gennem hele perioden har været lidt større blandt enlige med mindst ét barn og samlevende uden børn, mellem 30 og 35 pct.,

mod en stigning på mellem 20 og 25 pct. i antallet af enlige uden børn og samlevende med mindst ét barn.

FIGUR 4.8
Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på familiesituation 2008-2013.



Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

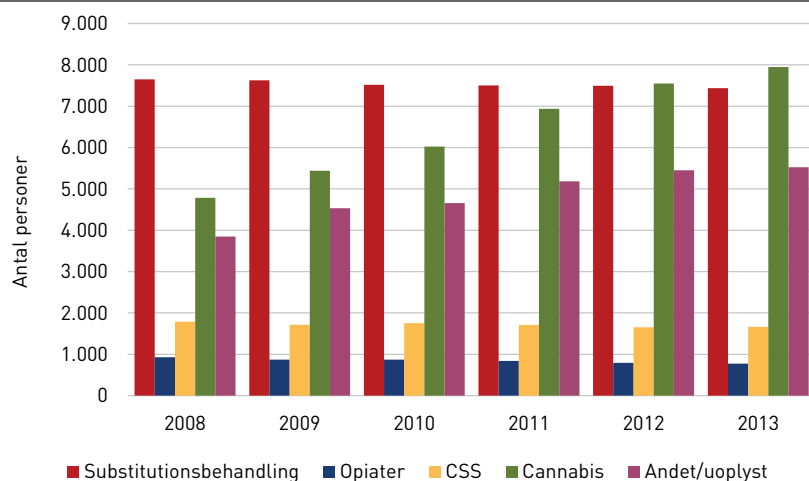
STOFTYPE

En opdeling af personer med et registreret stofmisbrug på stoftype fremgår af figur 4.9, som viser udviklingen i antallet af personer med et registreret misbrug af forskellige stoftyper for perioden 2008-2013. Figuren viser, at der i 2008 var markant flest personer i gruppen af personer med et registreret opiatmisbrug (metadon, buprenorphin, heroin og andre opiater), som modtog substitutionsbehandling, svarende til 7.600 personer. Personer med et registreret cannabismisbrug var der godt halvt så mange af, ca. 4.800 i 2008. Personer med et registreret misbrug af centralstimulerende stoffer (CSS) såsom kokain, amfetamin, ecstasy og lignende, udgjorde små 1.800 personer, mens antallet af personer med et registreret opiatmisbrug, som ikke var registreret i substitutionsbehandling, udgjorde små 1.000 personer i 2008. Personer med et registreret misbrug af andre stoffer eller med uoplyst stoftype udgjorde i 2008 små 4.000 personer.

Mens antallet af personer med et registreret opiat- eller CSS-misbrug har været omtrent konstant i løbet af perioden på fem år, er der sket en kraftig stigning i antallet af personer med et registreret cannabismisbrug, fra under 5.000 i 2008 til ca. 8.000 i 2013, og personer med et registreret cannabismisbrug udgjorde i 2013 den største gruppe blandt alle personer med et registreret stofmisbrug. Residualgruppen, som enten er registreret med et misbrug af andre typer stoffer, eller for hvem vi ikke har tilstrækkelig information til at kunne angive et hovedstof, er også steget i antal, enten fordi flere personer registreres med et misbrug af andre typer stoffer, eller fordi informationerne er mangelfulde for flere af de personer, som har et registreret misbrug.

FIGUR 4.9

Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på stoftype hvert år for perioden 2008-2013.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har tilknyttet mere end én stoftype, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: substitutionsbehandling, opiat, CSS, cannabis, andet.

Opiater inkluderer metadon, buprenorphin, heroin og andre opiat. Centralstimulerende stoffer (CSS) inkluderer kokain, amfetamin, ecstasy og lignende.

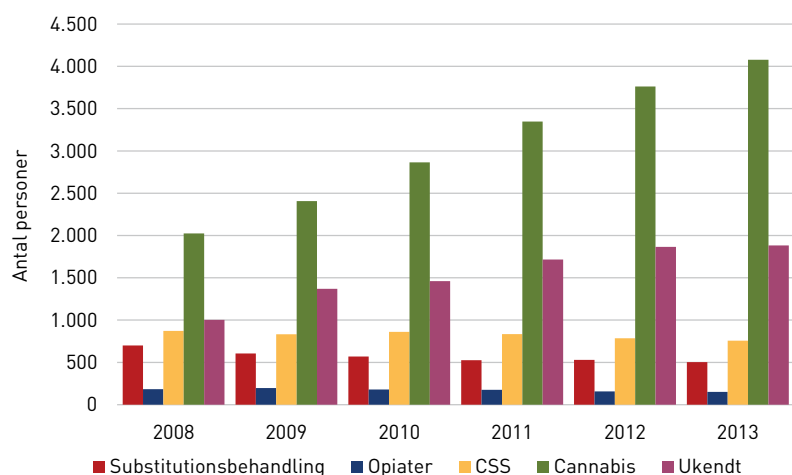
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Stigningen i antallet af personer med et registreret misbrug af cannabis er drevet af stigningen i antallet af personer i alderen 20-29 år. Det fremgår af figur 4.10, som viser udviklingen i antal personer i denne aldersgruppe, fordelt på stoftype. Af den samlede stigning i antallet af personer med et registreret misbrug af cannabis på godt 3.000 personer fra 2008 til 2013

(figur 4.9) kan ca. 2/3 tilskrives unge i alderen 20-29 (figur 4.10). Den sidste tredjedel kan i lige høj grad tilskrives de helt unge under 20 år og de 30-39-årige (hvilket ikke er vist her).

FIGUR 4.10

Personer i alderen 20-29 år med et registreret stofmisbrug, fordelt på stoftype for perioden 2008-2013.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har tilknyttet mere end én stoftype, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: substitutionsbehandling, opiat, CSS, cannabis, andet.

Opiater inkluderer metadon, buprenorfin, heroin og andre opiat. Centralstimulerende stoffer (CSS) inkluderer kokain, amfetamin, ecstasy og lignende.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Af øvrige ændringer i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på alderskategori og stoftype, kan nævnes, at antallet af personer i alderen 30-39 år, som er registreret i substitutionsbehandling, er faldet med ca. 600 personer, fra ca. 2.300 personer i 2008 til ca. 1.700 personer i 2013. Dette modsvares af en stigning i antallet af personer, som er fyldt 40 år og registreret i substitutionsbehandling, fra ca. 4.400 personer i 2008 til ca. 5.200 personer i 2013.

PERSONER I SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING

Hvor vi i kapitel 4 havde fokus på hele gruppen af personer med et registreret stofmisbrug, fokuserer vi i dette kapitel på dem, der modtager social stofmisbrugsbehandling. Vi belyser dels andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som har modtaget social stofmisbrugsbehandling, dels intensiteten af den behandling, som de behandlede har modtaget.

I det første afsnit belyser vi behandlingsgraden af personer, registreret med et stofmisbrug. Det gør vi ved at opgøre andelen af disse personer, som er registreret i den sociale stofmisbrugsbehandling, samt om behandlingsgraden har varieret over tid og på tværs af kommuner og personkarakteristika såsom alder og familiesammensætning. Som beskrevet i kapitel 3 har vi i vores analyser ikke haft mulighed for at inddrage personer med et stofmisbrug, som hverken har modtaget stofmisbrugsbehandling eller været i kontakt med sygehusvæsenet og dér er blevet registreret med en misbrugsrelateret diagnose. En sammenligning af denne rapport's opgørelse af antal personer med et registreret stofmisbrug med Sundhedsstyrelsens estimat for det samlede antal personer med et stofmisbrug i Danmark indikerer, at personer med et stofmisbrug, som ikke er registreret, udgør en betydelig del af hele gruppen af personer med et stofmisbrug.¹³ Den behandlingsgrad, vi præsenterer i dette

¹³ Se kapitel 4.

kapitel, er således et udtryk for, hvor mange personer der har modtaget social stofmisbrugsbehandling i forhold til gruppen af personer med et registreret stofmisbrug, ikke i forhold til alle personer med et stofmisbrug. Behandlingsgraden, defineret ved alle personer med et stofmisbrug, vil alt andet lige være lavere end den her præsenterede behandlingsgrad blandt personer med et registreret stofmisbrug.

I det andet afsnit ser vi nærmere på selve behandlingen i den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi belyser blandt andet behandlingens intensitet, dvs. om der har været tale om døgnbehandling, ambulante behandling eller dagbehandling, og om behandlingens intensitet har varieret i forhold til eksempelvis stoftype eller modtagelse af et tidligere behandlingsforløb.

HOVEDRESULTATER

- Personer i social stofmisbrugsbehandling udgør ca. 80 pct. af gruppen af personer med et registreret stofmisbrug. Denne andel har ligget nogenlunde konstant i perioden 2008-2013.
- Behandlingsgraden varierer på tværs af landets kommuner. I langt hovedparten af kommunerne udgjorde personer i social stofmisbrugsbehandling i 2013 mellem 70 og 90 pct. af gruppen af personer med et registreret stofmisbrug. Nogle få kommuner lå over eller under dette niveau.
- Der er ikke sket nogen nævneværdig udvikling i andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtager social stofmisbrugsbehandling, på tværs af kommunegrupper; hverken for de fem største kommuner særskilt (Frederiksberg medregnes i København), for forstadskommuner til København eller for landets øvrige kommuner under ét.
- Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtager social stofmisbrugsbehandling, er nogenlunde konstant på tværs af socioøkonomiske karakteristika såsom alder, køn og familiesammensætning: Omkring 80 pct. i et givent år (mellem 2008 og 2013) har modtaget et behandlingstilbud i løbet af året.
- Af de personer, som er registreret med et misbrug af opiater (metadon, buprenorphin, heroin og andre opiater), men som ikke er i substitutionsbehandling, har små 60 pct. modtaget social stofmis-

brugsbehandling. Omkring 70 pct. af personer med et registreret misbrug af enten cannabis eller af centralstimulerende stoffer (koka-in, amfetamin, ecstasy og lignende) har modtaget social stofmisbrugsbehandling. Der er således en tendens til, at behandlingsgraden varierer med stoftype.

- Behandlingens intensitet (ambulant behandling, dagbehandling eller døgnbehandling) varierer meget lidt, både over tid og i forhold til socioøkonomiske karakteristika samt stoftype og psykiske lidelser. Generelt udgør personer, som har modtaget ambulant behandling, omkring 80 pct. af gruppen i social stofmisbrugsbehandling, mens personer i dag- eller døgnbehandling udgør resten, i de fleste tilfælde med en overvægt af personer i dagbehandling.

BEHANDLINGSGRAD

Tabel 5.1 viser antallet af personer med et registreret stofmisbrug for hvert år i perioden 2008-2013, fordelt på deres behandlingsstatus samt behandlingsgraden for hvert af årene.

TABEL 5.1

Personer med et registreret stofmisbrug, fordelt på behandlingsstatus i den sociale stofmisbrugsbehandling for hvert af årene 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ikke i social stofmisbrugsbehandling	3.915	3.508	3.552	4.195	4.126	4.202
I social stofmisbrugsbehandling	15.083	16.676	17.268	17.975	18.810	19.139
Andel i social stofmisbrugsbehandling (procent)	79	83	83	81	82	82

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt Landspatientregistret.

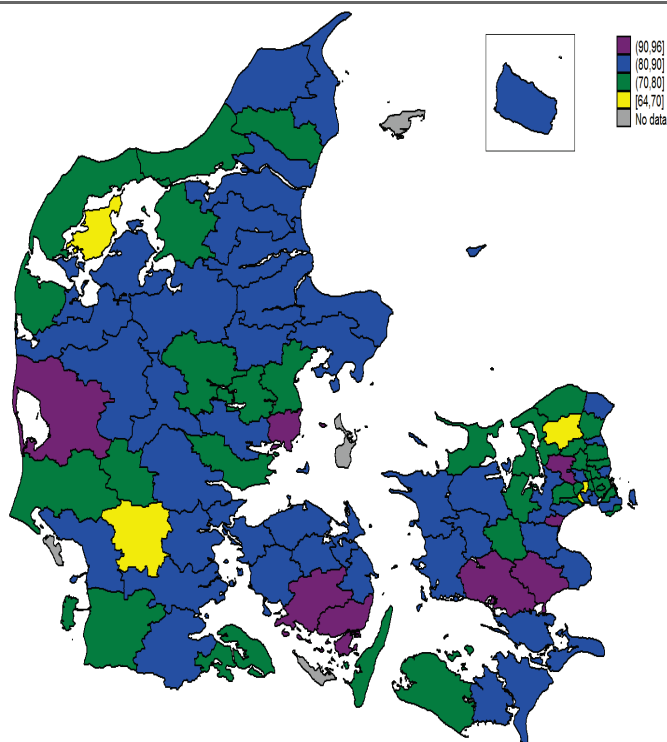
Det fremgår af tabellen, at både antallet af personer i social stofmisbrugsbehandling og antallet af personer, der ikke er i social stofmisbrugsbehandling, er steget i perioden. I 2013 var godt 19.000 personer i social stofmisbrugsbehandling, hvilket svarer til en behandlingsgrad (andel behandlede) på 82 pct.¹⁴ Andelen har ligget nogenlunde konstant omkring de 80 pct. i hele perioden.

¹⁴ Antal personer i social stofmisbrugsbehandling er større end det tilsvarende antal i Sundhedsstyrelsens opgørelse (Sundhedsstyrelsen, 2015). For 2013 har Sundhedsstyrelsen således opgjort an-

Behandlingsgraden på ca. 80 pct. dækker over nogle geografiske forskelle.

FIGUR 5.1

Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som var i social stofmisbrugsbehandling i 2013, på kommuneniveau.



Anm.: For nogle af de mindre kommuner (de grå) er antallet af andelen ikke angivet, idet antallet af personer med et registreret stofmisbrug i disse kommuner er meget lavt (mindre end ti).

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Det fremgår af figur 5.1, som angiver andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtog social stofmisbrugsbehandling i 2013, fordelt på landets kommuner. Behandlingsgraden varierer mellem kommunerne, fra 64 pct. til 96 pct. For få kommuner observeres en behand-

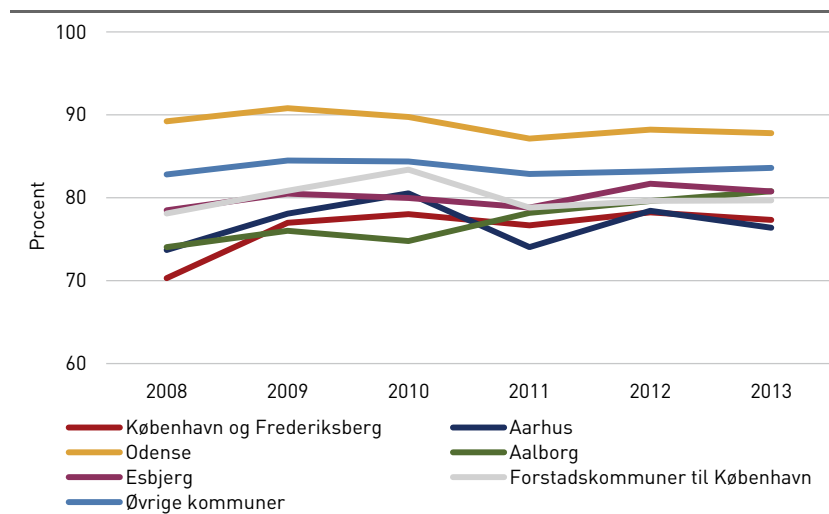
tallet af personer i den sociale stofmisbrugsbehandling til knap 17.500, hvilket er godt og vel 1.600 færre personer end angivet i tabel 5.1. Det skyldes, at Sundhedsstyrelsens tal tager udgangspunkt i SIB-registret, mens vores undersøgelse tager udgangspunkt i alle registre, der er en del af Stofmisbrugsdatabasen (SIB, DanRIS og VBGS). Se kapitel 3 om data og metode for en nærmere redegørelse for de data, der ligger til grund for vores undersøgelse.

lingsgrad på 70 pct. eller lavere. I en del kommuner var mellem 70 og 80 pct. af gruppen med et registreret stofmisbrug i social stofmisbrugsbehandling. For hovedparten af kommunerne gælder det, at mellem 80 og 90 pct. var i behandling, mens nogle få kommuner fremstår med en behandlingsgrad på over 90 pct.

Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som er i social stofmisbrugsbehandling, har været nogenlunde konstant på tværs af kommunegrupper fra 2008 til 2013. Det fremgår af figur 5.2, som illustrerer udviklingen for hver af de fem største kommuner (Frederiksberg medregnes i København) samt for forstadskommuner til København og øvrige kommuner. Da andelen af personer, som får social stofmisbrugsbehandling, er konstant, kan væksten i antallet af personer med et registreret stofmisbrug (se kapitel 4) ikke forklares af, at relativt set flere får social stofmisbrugsbehandling.

FIGUR 5.2

Udvikling i andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtog social stofmisbrugsbehandling i perioden 2008-2013, på kommunegruppeniveau.



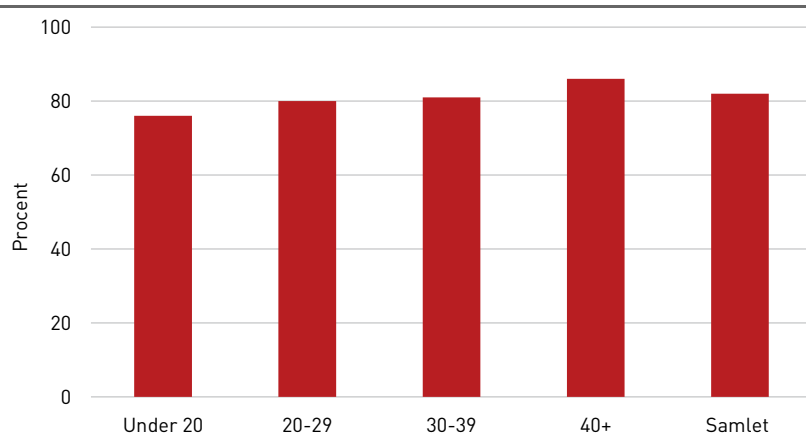
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

En opdeling af personer med et registreret stofmisbrug på aldersgrupper viser, at behandlingsgraden er nogenlunde konstant på tværs af alder. Det fremgår af figur 5.3, som viser andelen af personer med et registreret

stofmisbrug, som var i social stofmisbrugsbehandling i 2013, fordelt på aldersgrupper. Vi viser her 2013, idet mønstret går igen i alle år mellem 2008 og 2013. Figuren viser en svag tendens i retning af, at jo ældre gruppen er, desto større er andelen, som er i social stofmisbrugsbehandling. Hvorvidt det er et aldersfænomen eller grunder i misbrugets varighed, er ikke til at sige på baggrund af de her anvendte data. Desuden er der tale om en lille tendens, idet forskellen mellem behandlingsgraden blandt de helt unge (76 pct.) og dem, der er fyldt 40 år (86 pct.), er relativt beskedne, når det tages i betragtning, at opgørelsesmetoden er forbundet med en vis usikkerhed.

FIGUR 5.3

Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtog social stofmisbrugsbehandling i 2013, fordelt på alder.



Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

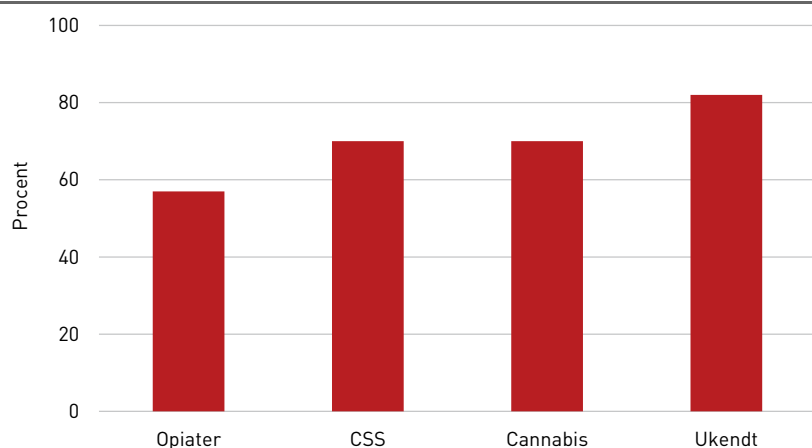
Det har vist sig, at andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som modtager social stofmisbrugsbehandling, er ret konstant, når man opdeler på socioøkonomiske karakteristika. For både mænd og kvinder er andelen i social stofmisbrugsbehandling godt 80 pct. Det samme gælder ved en opdeling, baseret på familieforhold, idet andelen i social stofmisbrugsbehandling blandt enlige med eller uden børn såvel som samlevende med eller uden børn er godt 80 pct. For indvandrere og efterkommere er der en tendens til, at en lidt mindre del af dem med et registreret stofmisbrug modtager social stofmisbrugsbehandling, 73 pct. mod

83 pct. blandt personer af dansk herkomst i 2013. Men som det er tilfældet med behandlingsgraden fordelt på alder (figur 5.3), skal man være varsom med at konkludere på relativt små forskelle, opnået på baggrund af data, forbundet med en vis usikkerhed. Den relativt ligeligt fordelte behandlingsgrad på tværs af socioøkonomiske karakteristika ændrer sig ikke nævneværdigt i løbet af perioden 2008-2013.

Ser vi på behandlingsgraden, fordelt på stoftype, træder nogle forskelle frem. Figur 5.4 viser andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som har været i social stofmisbrugsbehandling i 2013, særskilt for stofgrupperne opiatere (metadon, buprenorfin, heroin og andre opiatere), centralstimulerende stoffer, CSS (kokain, amfetamin, ecstasy og lignende), cannabis og øvrige eller uoplyste stoftyper.

FIGUR 5.4

Andelen af personer med et registreret stofmisbrug, som var i social stofmisbrugsbehandling i 2013, fordelt på stoftype.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har tilknyttet mere end én stoftype, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: opiatere, CSS, cannabis, andet. Personer i substitutionsbehandling for et opiatermisbrug indgår ikke i datamaterialet, som ligger til grund for denne figur.

Opiater inkluderer metadon, buprenorfin, heroin og andre opiatere. Centralstimulerende stoffer (CSS) inkluderer kokain, amfetamin, ecstasy og lignende.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Det fremgår af figuren, at små 60 pct. af dem, der er registreret med et misbrug af opiatere, var i et behandlingsforløb på et tidspunkt i løbet af 2013. For stofgrupperne CSS og cannabis er behandlingsgraden højere,

omkring 70 pct., mens det for gruppen af øvrige eller uoplyste stof typer gælder, at ca. 80 pct. var i et behandlingsforløb i løbet af året.

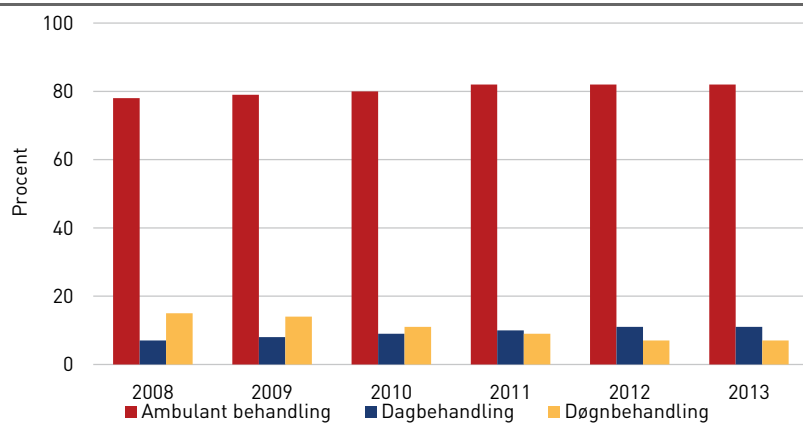
BEHANDLINGENS INTENSITET

I dette afsnit fokuserer vi udelukkende på personer i den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi illustrerer forskelle i stofmisbrugsbehandlingens intensitet i perioden 2008-2013 samt fordelt på forskellige personkarakteristika. Behandlingens intensitet vedrører hyppigheden af de ydelser, som personer i den sociale stofmisbrugsbehandling modtager. For en nærmere beskrivelse af intensiteten henvises til kapitel 3.

Fordelingen af personer i behandling på behandlingens intensitet fremgår af figur 5.5 for hvert af årene 2008-2013. Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har modtaget mere end én behandlingsintensitet i løbet af ét år, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: døgnbehandling, dagbehandling, ambulantly behandling.

FIGUR 5.5

Personer i social stofmisbrugsbehandling, fordelt på behandlingens intensitet i perioden 2008-2013.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har modtaget mere end én behandlingsintensitet i løbet af ét år, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: døgnbehandling, dagbehandling, ambulantly behandling.

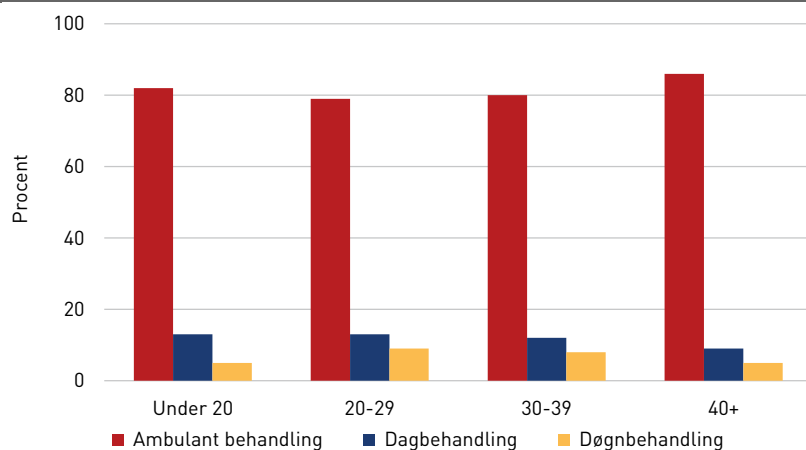
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Det fremgår af figuren, at langt hovedparten modtager ambulante behandling: omkring 80 pct. (lidt lavere andel i starten af perioden, og lidt højere andel i slutningen). Tælles dagbehandlingen med som ambulante behandling, er andelen endnu højere: 85 pct. i 2008 og 93 pct. i 2013. Der er således sket en stigning i andelen af personer, som udelukkende modtager ambulante behandling eller dagbehandling i løbet af året. Dette modsvares af et fald i andelen af personer, som modtager døgnbehandling. I 2008 udgjorde andelen af personer, som modtog døgnbehandling, således 15 pct., mens andelen var 7 pct. i 2013, altså en halvering af det relative antal personer i døgnbehandling.

Behandlingens intensitet varierer kun lidt med personernes alder. Det fremgår af figur 5.6, som illustrerer behandlingens intensitet, fordelt på aldersgrupper i 2013. For alle aldersgrupperne gælder det, at ambulante behandling er mest udbredt, mens døgnbehandling er mindst udbredt. Forholdet mellem de tre behandlingsintensiteter er nogenlunde ens for alle aldersgrupper.

FIGUR 5.6

Personer i social stofmisbrugsbehandling, fordelt på behandlingens intensitet og aldersgrupper i 2013.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har modtaget mere end én behandlingsintensitet i løbet af ét år, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: døgnbehandling, dagbehandling, ambulante behandling.

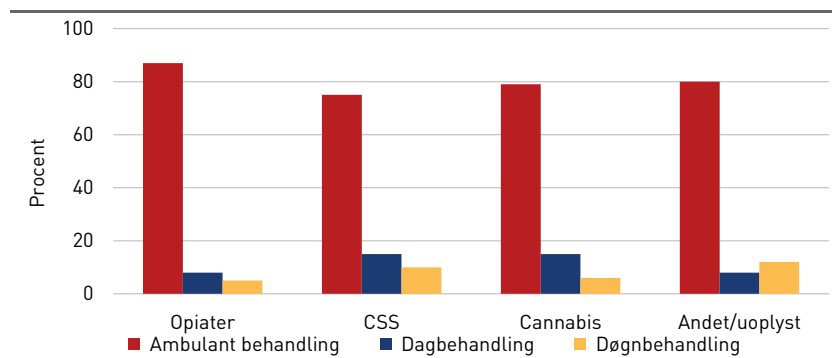
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Vi har derudover undersøgt behandlingens intensitet, fordelt på familiesammensætning og uddannelsesbaggrund. For alle grupper er billedet det samme som i figur 5.6. Det vil sige, at for enlige med eller uden børn, samlevende med eller uden børn samt personer med eller uden uddannelseskvalifikationer ud over grundskoleniveau er andelen i ambulantly behandling godt 80 pct., andelen i dagbehandling godt 10 pct. og andelen i døgnbehandling ca. 5 pct. Fordelingen af behandlingens intensitet er altså omtrent konstant på tværs af disse socioøkonomiske karakteristika. Fordelingen påvirkes heller ikke af, om der er tale om førstegangsbehandlede eller personer, som tidligere har været i behandling.

Deler man gruppen af personer i social stofmisbrugsbehandling på baggrund af hovedstof, fremgår det tydeligt, at for alle stoftyper er ambulantly behandling mest udbredt. Andelen af de behandlede, som modtager ambulantly behandling, er nogenlunde ens på tværs af stoftyper: omkring 80 pct.

FIGUR 5.7

Personer i social stofmisbrugsbehandling, fordelt på behandlingens intensitet og på stoftype i 2013.



Anm.: Hver person kan kun tælle én gang pr. år. Hvis en person har modtaget mere end én behandlingsintensitet i løbet af 1 år, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: døgnbehandling, dagbehandling, ambulantly behandling. Hvis en person har tilknyttet flere stoftyper, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: opiatere, CSS, cannabis, andet.

Opiater inkluderer metadon, buprenorfin, heroin og andre opiatere. Centralstimulerende stoffer (CSS) inkluderer kokain, amfetamin, ecstasy og lignende.

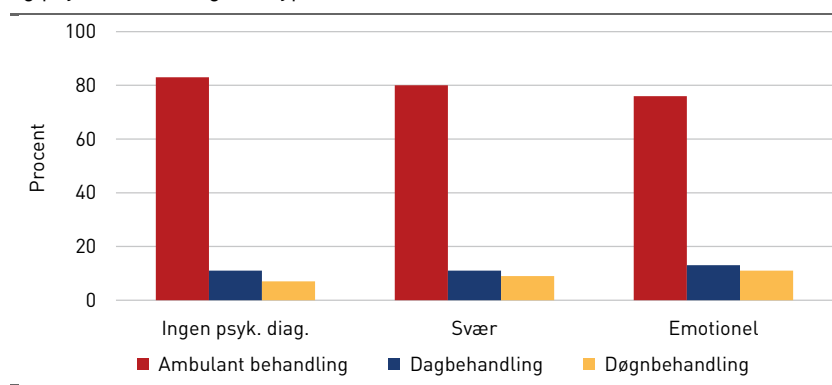
Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Dette illustreres i figur 5.7, hvoraf det også fremgår, at der forekommer nogle forskydninger mellem andelen af personer i dagbehandling og andelen af personer i døgnbehandling. For personer med et misbrug af

opiater eller CSS er en lidt større andel i dagbehandling end i døgnbehandling; dog er der tale om små forskelle, som alene kan fungere som indikationer på tendenser i datamaterialet. Forskellen er dog noget større blandt personer i behandling for cannabismisbrug. Omkring 15 pct. i denne gruppe har modtaget dagbehandling, mens ca. 5 pct. har modtaget døgnbehandling. Blandt personer i behandling for andre stof typer, eller for hvem stof typen er uoplyst, er tendensen den modsatte, dvs. lidt flere modtager døgnbehandling end dagbehandling.

FIGUR 5.8

Personer i social stofmisbrugsbehandling, fordelt på behandlingens intensitet og psykiatriske diagnosetyper i 2013.



Anm.: Hver person kan kun tælles én gang pr. år. Hvis en person har modtaget mere end én behandlingsintensitet i løbet af ét år, er disse prioriteret i følgende rækkefølge: døgnbehandling, dagbehandling, ambulant behandling. Psykiatriske diagnoser prioriteres i følgende rækkefølge: svær, emotionel.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, LPR samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

En opdeling af intensiteten i stofmisbrugsbehandlingen på personer med psykiatriske diagnoser og personer uden psykiatriske diagnoser viser, at der ikke er markant forskel på behandlingens intensitet mellem disse grupper. For alle grupperne ses det generelle billede (med mindre afvigelser), at omkring 80 pct. modtager ambulant stofmisbrugsbehandling, mens de resterende 20 pct. fordeler sig nogenlunde ligeligt på dagbehandling og døgnbehandling, med en tendens til lidt flere personer i dagbehandling end i døgnbehandling.

STATUS OG BESKÆFTIGELSE EFTER BEHANDLINGEN

I dette kapitel belyser vi effektiviteten af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark. Vi har anvendt to forskellige mål til at måle behandlingens effektivitet. Det første mål er den status, som den kommunale myndighed tilskriver den behandlede borger ved afsluttet behandlingsforløb. Et behandlingsforløb betegnes som succesfuldt, hvis behandlingen har ført til, at misbruget er ophørt, eller hvis behandlingen har ført til en reduktion eller stabilisering af misbruget. Alternativt kan et behandlingsforløb afsluttes, uden at borgeren er færdigbehandlet. Det andet mål for behandlingens effektivitet er arbejdsmarkedstilknytning efter endt behandling.

I første afsnit ser vi på, hvor stor en andel af behandlingsforløbene der afsluttes succesfuldt, og vi ser på, hvad der ellers karakteriserer behandlingsforløbene og de behandlede borgere. I andet afsnit fremlægger vi vores analyser i forhold til, hvilke karakteristika ved behandlingsforløbet og ved borgeren selv som hænger sammen med en øget sandsynlighed for en succesfuld behandling. I tredje afsnit viser vi, hvordan succesraten i behandlingsforløbene har udviklet sig i perioden fra 2008 til 2013. I fjerde afsnit fremlægger vi vores analyser af forskelle i arbejdsmarkedstilknytning og sammenligner en gruppe af personer med et stofmisbrug, der er blevet behandlet succesfuldt, en gruppe af personer med et stofmisbrug, der er blevet behandlet ikke-succesfuldt, og en

gruppe af personer med et stofmisbrug, der ikke er blevet behandlet. I femte og sidste afsnit ser vi på arbejdsmarkedstilknytning for personer med et misbrug af opiater, som er i substitutionsbehandling, da disse personer er udeladt af de øvrige analyser, fordi det for dem sjældent kan anses som en succes, at behandlingsforløbet afsluttes. Succesfuld behandling i opiat-substitutionsbehandlingen kan derimod være vedvarende behandling, rettet mod en stabilisering af borgerens livssituation.

HOVEDRESULTATER

- 41 pct. af de analyserede behandlingsforløb i perioden fra 2008 til 2013 har været succesfulde, hvilket vil sige, at de er endt med, at stofmisbruget er enten ophørt (31 pct.), reduceret (6 pct.) eller stabiliseret (5 pct.).
- Regressionsanalyser, der tager højde for observerbare forhold ved borgeren (fx alder, køn, uddannelsesniveau) og behandlingen (intensitet, længde), viser, at personer, der gennemgår døgnbehandling, har større sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb end personer, der gennemgår ambulante behandling eller dagbehandling. Analyserne viser desuden, at længere behandlinger er mere succesfulde, at personer med et opiatmisbrug har mindre succes end personer med andre typer af misbrug, og at gengangere i behandlingssystemet har mindre sandsynlighed for succes end førstegangsbehandlede. Det kan dog ikke udelukkes, at der er uobserverbare forhold, fx borgerens motivation til at blive stoffri, behandlingens kvalitet samt borgerens belastningsgrad, der påvirker resultaterne.
- Vi finder også, at personer, der er i behandling for et stofmisbrug, og som er kvinder, er etniske danskere, er samboende/gift, har hjemmeboende børn eller har en uddannelse, gennemsnitligt har en højere sandsynlighed for at afslutte deres forløb succesfuldt (ophørt, reduceret, stabiliseret).
- Succesraten i stofmisbrugsbehandlingen i Danmark har været nogenlunde konstant i perioden fra 2008 (40 pct.) til 2013 (43 pct.).
- 20-29-årige personer med et stofmisbrug, der er blevet behandlet i den sociale stofmisbrugsbehandling i 2011, har en bedre udvikling i arbejdsmarkedstilknytning end personer med et stofmisbrug, der ikke er blevet behandlet, men som blev registreret med en stofmis-

brugsrelateret diagnosekode i 2011. Dette gør sig gældende, når vi tager højde for forskelle i arbejdsmarkedstilknytning i 2009. Om behandlingen har været succesfuld eller ej, har ingen betydning for udviklingen i arbejdsmarkedstilknytning.

BEHANDLINGSFORLØB

Vores analyse baserer sig på informationer fra Stofmisbrugsdatabasen om 36.013 behandlingsforløb, der er afsluttet i perioden fra 2008 til 2013. Heraf er der for 5.747 forløb ikke blevet registreret en status ved afsluttet behandling, hvorfor de udelades af analysen. Derudover udgøres 5.583 af forløbene af borgere, der modtager opiat-substitutionsbehandling. De fleste borgere, der modtager opiat-substitutionsbehandling, er i længerevarende behandling, der primært har til formål at stabilisere borgerens livssituation. Det betyder, at forholdsvis få borgere i substitutionsbehandling afslutter deres behandling i løbet af perioden 2008-2013.¹⁵ Det er heller ikke sikkert, at det for denne gruppe af borgere kan ses som en succes, at behandlingsforløbet afsluttes. I nogle tilfælde kan man snarere tale om, at det er en succes, hvis behandlingsforløbet ikke afsluttes. Behandlingsforløb med opiat-substitutionsbehandling er derfor også udeladt af analysen (men vi vender tilbage til disse forløb sidst i kapitlet). Vores analyse baserer sig således på 24.683 behandlingsforløb.

Tabel 6.1 viser, hvordan behandlingsforløbene fordeler sig på en række karakteristika. Dette inkluderer oplysninger om forløbene fra Stofmisbrugsdatabasen og registeroplysninger om de behandlede borgere fra Danmarks Statistik. Tabellen beskriver både behandlingsforløbene samlet og særskilt for stoftype. Det fremgår, at 13.401 (54 pct.) af forløbene er med borgere, hvis primære misbrug er cannabis. 3.674 (15 pct.) af forløbene er med borgere, hvis primære misbrug er centralstimulerende stoffer som fx kokain og amfetamin, mens 985 (4 pct.) af forløbene er med borgere, hvis primære misbrug er opiater. At der i denne analyse ikke indgår flere med et opiatmisbrug, skyldes, at vi har ekskluderet personer, der modtager opiat-substitutionsbehandling. Endelig er 6.623 (27

¹⁵ I alt er 53 pct. af substitutionsforløbene afsluttet i perioden 2008-2013. For de øvrige stoftyper er det gennemsnitligt 84 pct. af forløbene, som er afsluttet i perioden.

pct.) af forløbene med borgere, der har et misbrug af andre/ukendte stoffer.

I alt 41 pct. af behandlingsforløbene har været succesfulde, hvilket vil sige, at de er endt med, at stofmisbruget er enten ophørt (31 pct.), reduceret (6 pct.) eller stabiliseret (5 pct.). De øvrige 59 pct. af behandlingsforløbene er afsluttet, uden at borgeren er færdigbehandlet. Tabel 6.1 viser også succesraten for behandlingsforløb med forskellige typer af stofmisbrug. Personer med et cannabismisbrug har en succesrate på 40 pct., og personer med et misbrug af centralstimulerende stoffer har en succesrate på 42 pct. Personer med andet eller uoplyst hovedstof har en succesrate på 45 pct. Succesraten er lavest for personer med et opiatmisbrug, hvor 33 pct. af behandlingsforløbene har været succesfulde.

Formålet med stofmisbrugsbehandlingen er som oftest at blive helt stoffri (84 pct.). Yderligere 5 pct. ønsker at reducere deres stofmisbrug, mens 5 pct. ønsker at stabilisere det. I 6 pct. af behandlingsforløbene er formålet ukendt. Det er særligt blandt personer med et opiatmisbrug, at stabilisering af misbruget kan være et ønske, og 12 pct. af behandlingsforløb for opiatmisbrug har stabilisering af misbruget som formål.

Langt de fleste behandlingsforløb består udelukkende af ambulantly behandling (77 pct.), mens 14 pct. (i hvert fald delvist) består af dagbehandling, og 9 pct. (i hvert fald delvist) består af mere intensiv døgnbehandling. Døgnbehandling anvendes oftest i behandlingsforløb for personer med et opiatmisbrug, hvor 23 pct. af forløbene inkluderer døgnbehandling.¹⁶

Der er stor variation i længden af behandlingsforløbene. Godt halvdelen (56 pct.) af forløbene varer under et halvt år, mens 19 pct. varer ét år eller mere. Dette resultat holder nogenlunde på tværs af stoftyper.

I 2003 blev der på stofmisbrugsområdet indført en behandlingsgaranti, der skulle sikre, at behandlingen bliver iværksat senest 14 dage efter henvendelse til kommunen. 12 pct. af behandlingsforløbene har

¹⁶ Dette resultat kan umiddelbart synes at være i modstrid med resultaterne i figur 5.7, kapitel 5, hvor vi fandt, at personer med et opiatmisbrug modtager døgnbehandling i mindre grad end personer med et misbrug af andre stof typer. Analysen i kapitel 5 undersøger imidlertid misbrug på årsniveau, mens denne analyse undersøger misbruget på behandlingsforløbsniveau. Da personer med et opiatmisbrug oftere end fx personer med et hashmisbrug har behandlingsforløb, der strækker sig over flere år, så kan personer med et opiatmisbrug i enkelte år af forløbet have modtaget døgnbehandling og i andre år af forløbet have modtaget ambulantly behandling, hvilket forklarer forskellen på de to analyser.

ikke levet op til dette krav (enten pga. forhold hos borgeren eller pga. forhold hos myndighederne). Problemet er nogenlunde lige stort på tværs af stof typer.

I halvdelen (50 pct.) af behandlingsforløbene er borgeren en genganger, der tidligere har været i stofmisbrugsbehandling. I hele 72 pct. af behandlingsforløbene for opiatmisbrug er borgeren en genganger.

I de fleste behandlingsforløb er borgeren en mand (77 pct.), og i langt de fleste tilfælde er borgeren yngre end 40 år. 20 pct. er yngre end 20 år, 49 pct. er 20-29 år, og 20 pct. er 30-39 år. Kun i 11 pct. af behandlingsforløbene er borgeren 40 år eller ældre. Personer, der har et opiatmisbrug, og som er i behandling, har den højeste gennemsnitsalder. 26 pct. af personer med et opiatmisbrug er 40 år eller ældre, og kun 4 pct. er 20 år eller yngre. I behandlingsforløbene er 8 pct. af borgerne desuden indvandrere eller efterkommere.

I de fleste behandlingsforløb er borgeren enlig (67 pct.), mens 17 pct. lever i et parforhold, og 16 pct. er hjemmeboende børn under 25 år. Meget få personer med et opiatmisbrug i behandling er hjemmeboende børn under 25 år (4 pct.), hvilket hænger sammen med deres højere alder. De behandlede borgere har i 9 pct. af forløbene selv ét eller flere hjemmeboende børn.

De færreste borgere i stofmisbrugsbehandling har en kompetencegivende uddannelse. I hele 74 pct. af behandlingsforløbene har borgeren ingen videre uddannelse end grundskole, og kun 2 pct. har en videregående uddannelse. Dog er der en gruppe på 15 pct., der har en erhvervsfaglig uddannelse.

Mange af borgerne har en psykiatrisk diagnose i tillæg til deres misbrug af stoffer. I i alt 27 pct. af behandlingsforløbene er borgeren registreret med en psykisk lidelse, enten i året eller året før behandlingsforløbets start, og heraf er 12 pct. en svær psykisk lidelse såsom skizofreni og psykotiske tilstande.

Stofmisbrugsbehandlingen er spredt ud over Danmark. De fem største kommuner tegner sig for 28 pct. af de analyserede forløb. 11 pct. af behandlingsforløbene er bestilt af Københavns eller Frederiksberg kommuner, 6 pct. af Aarhus Kommune, 5 pct. af Odense Kommune, 2 pct. af Aalborg Kommune og 4 pct. af Esbjerg Kommune. Forstadskommuner til København står for 8 pct. af behandlingsforløbene, og øvrige kommuner står for 64 pct.

TABEL 6.1

Karakteristik af behandlingsforløb, afsluttet i perioden 2008-2013. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype. Procent.

	Alle forløb (n = 24.683)	Opiater (uden substitution) (n = 985)	CSS (n = 3.674)	Cannabis (n = 13.401)	Andet/ uoplyst stof (n = 6.623)
<i>Status ved udskrivning</i>					
Succes, herunder:	41	33	42	40	45
Ophørt misbrug	31	24	33	29	34
Reduceret misbrug	6	4	4	7	5
Stabiliseret misbrug	5	5	4	4	6
Ikke færdigbehandlet	59	67	58	60	55
I alt	100	100	100	100	100
<i>Formål med behandling</i>					
Ophør af misbrug	84	78	86	86	80
Reduktion af misbrug	5	4	4	6	6
Stabilisering af misbrug	5	12	4	3	9
Uoplyst	6	6	6	6	5
I alt	100	100	100	100	100
<i>Intensitet</i>					
Ambulant	77	70	72	76	83
Dagbehandling	14	7	16	16	8
Døgnbehandling	9	23	12	8	8
I alt	100	100	100	100	100
<i>Indskrivningslængde</i>					
0-2 måneder	20	28	19	18	24
2-6 måneder	36	29	36	37	35
6-12 måneder	25	23	24	26	22
12-24 måneder	14	14	15	14	13
24+ måneder	5	7	6	5	6
I alt	100	100	100	100	100
<i>Beh.garanti overskredet</i>	12	13	13	12	12
<i>Tidligere behandling</i>	50	72	49	47	55
<i>Kvinde</i>	23	26	25	21	24
<i>Alder</i>					
Under 20 år	20	4	15	23	20
20-29 år	49	38	51	52	43
30-39 år	20	33	24	17	22
40+ år	11	26	10	8	15
I alt	100	100	100	100	100

(Tabellen fortsættes)

TABEL 6.1 FORTSAT

Karakteristik af behandlingsforløb, afsluttet i perioden 2008-2013. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype. Procent.

	Alle forløb (n = 24.683)	Opiater (uden substitution) (n = 985)	CSS (n = 3.674)	Cannabis (n = 13.401)	Andet/ uoplyst stof (n = 6.623)
<i>Indvandrere/efterkommer</i>	8	11	7	8	8
<i>Civilstand</i>					
Enlig	67	75	67	66	68
Samboende/gift	17	21	19	16	17
Hjemmeboende barn under 25 år	16	4	14	18	15
I alt	100	100	100	100	100
<i>Har hjemmeboende børn</i>	9	11	10	8	10
<i>Uddannelsesniveau</i>					
Grundskole	74	67	68	77	72
Gymnasial udd.	5	3	4	5	4
Erhvervsfaglig udd.	15	21	22	12	17
Videregående udd.	2	3	2	2	3
Uoplyst udd.	4	6	3	4	5
I alt	100	100	100	100	100
<i>Psykisk lidelse</i>					
Svær psykisk lidelse	12	13	12	12	14
Anden psykisk lidelse	21	21	22	20	22
Psykisk lidelse i alt	27	27	27	26	29
<i>Opholdskommune</i>					
KBH og Frederiksberg	11	10	14	13	5
Aarhus	6	3	4	5	10
Odense	5	10	5	6	2
Aalborg	2	5	2	2	3
Esbjerg	4	5	5	4	1
Forstadskommuner KBH	8	4	9	10	5
Øvrige kommuner	64	63	61	60	74
I alt	100	100	100	100	100

Anm.: CSS = Centralstimulerende stoffer.

Kilde: VGBS samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

FAKTORER AF BETYDNING FOR ET SUCCESFULDT BEHANDLINGSFORLØB

Tabel 6.2 viser resultaterne fra vores regressionsanalyser af, hvilke faktorer der hænger sammen med sandsynligheden for, at et behandlingsforløb har været succesfuldt (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug). Første kolonne i tabellen indeholder resultater fra en samlet model, der inkluderer samtlige analyserede behandlingsforløb, mens de fire øvrige kolonner indeholder resultater fra modeller, estimeret særskilt for stoftype. Modellerne inkluderer alle de samme forklarende variable. Det inkluderer oplysninger om forløbene fra Stofmisbrugsdatabasen såsom forløbenes længde og behandlingernes intensitet, og oplysninger om de behandlede borgere fra Danmarks Statistik såsom borgernes køn, alder, civilstand, uddannelse og psykiske lidelser. Vi har forsøgt at få det bedste bud på de enkelte forholds individuelle betydning ved at kontrollere for forskellige forhold, der kan have betydning for et succesfuldt behandlingsforløb. Det er imidlertid en begrænsning for analysen, at vi ikke kan kontrollere for uobserverbare forhold ved borgerne og behandlingsforløbet, som fx borgerens motivation til at blive stoffri eller behandlingens kvalitet. I analysen beskrives kun statistisk signifikante ($p < 0,05$) sammenhænge.

Det fremgår af den samlede regressionsanalyse, at der er en sammenhæng mellem stoftype og sandsynligheden for et succesfuldt behandlingsforløb, når der er kontrolleret for de forhold ved behandlingsforløbet og borgeren selv, som er fremstillet i tabel 6.2. Mens der ingen forskel er på succesraten mellem personer med et misbrug af cannabis og personer med et misbrug af centralstimulerende stoffer, så ser vi, at personer, der har et misbrug af opiater, og som ikke er i substitutionsbehandling, har en 3-4 procentpoint mindre sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb end personer med et misbrug af enten cannabis eller centralstimulerende stoffer.

TABEL 6.2

Resultater fra lineære regressionsanalyser (OLS) af sandsynligheden for, at et behandlingsforløb har været succesfuldt for forskellige karakteristika ved forløbet og borgeren. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype.

	Alle forløb	Opiater (uden subst.)	CSS	Cannabis	Andet/ uoplyst stof
<i>Stoftype (Cannabis)</i>					
Opiater uden substitution	-0,04 ** (0,02)				
Centralstimulerende stof	0,01 (0,01)				
Andet/uoplyst stof	0,05 *** (0,01)				
<i>Intensitet (Ambulant)</i>					
Dagbehandling	-0,02 (0,01)	-0,08 (0,06)	-0,02 (0,02)	-0,02 (0,01)	0,02 (0,02)
Døgntbehandling	0,05 *** (0,01)	0,03 (0,04)	0,04 (0,03)	0,06 *** (0,02)	0,06 * (0,02)
<i>Indskrivningslængde (0-2 måneder)</i>					
2-6 måneder	0,14 *** (0,01)	0,11 ** (0,04)	0,14 *** (0,02)	0,15 *** (0,01)	0,12 *** (0,02)
6-12 måneder	0,25 *** (0,01)	0,23 *** (0,04)	0,30 *** (0,02)	0,26 *** (0,01)	0,22 *** (0,02)
12-24 måneder	0,34 *** (0,01)	0,35 *** (0,05)	0,37 *** (0,03)	0,35 *** (0,02)	0,28 *** (0,02)
24+ måneder	0,35 *** (0,02)	0,50 *** (0,07)	0,41 *** (0,04)	0,34 *** (0,02)	0,31 *** (0,03)
<i>Beh.garanti overskredet</i>	-0,01 (0,01)	-0,02 (0,05)	-0,03 (0,02)	-0,02 (0,01)	0,00 (0,02)
<i>Tidligere behandling</i>	-0,07 *** (0,01)	-0,06 (0,04)	-0,04 ** (0,02)	-0,08 *** (0,01)	-0,06 *** (0,01)
<i>Kvinde</i>	0,05 *** (0,01)	0,02 (0,04)	0,04 (0,02)	0,05 *** (0,01)	0,07 *** (0,02)

(Tabellen fortsættes)

TABEL 6.2 FORTSAT

Resultater fra lineære regressionsanalyser (OLS) af sandsynligheden for, at et behandlingsforløb har været succesfuldt for forskellige karakteristika ved forløbet og borgeren. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype.

	Alle forløb	Opiater (uden subst.)	CSS	Cannabis	Andet/ uoplyst stof
<i>Alder (< 20 år)</i>					
20-29 år	-0,00 (0,01)	-0,01 (0,08)	-0,06 * (0,03)	0,01 (0,01)	-0,02 (0,02)
30-39 år	-0,01 (0,01)	0,06 (0,08)	-0,09 * (0,03)	0,01 (0,02)	-0,03 (0,03)
40+ år	0,00 (0,01)	0,04 (0,08)	-0,09 * (0,04)	0,03 (0,02)	-0,01 (0,03)
<i>Indvandrere/efterkommer</i>	-0,08 *** (0,01)	-0,02 (0,04)	-0,11 *** (0,03)	-0,04 * (0,02)	-0,14 *** (0,03)
<i>Civilstand (Entlig)</i>					
Samboende/gift	0,02 * (0,01)	-0,02 (0,04)	-0,01 (0,02)	0,04 ** (0,01)	0,02 (0,02)
Hjemmeboende barn under 25 år	0,07 *** (0,01)	0,08 (0,08)	0,07 ** (0,03)	0,07 *** (0,01)	0,08 *** (0,02)
<i>Har hjemmeboende børn</i>	0,08 *** (0,01)	0,11 (0,06)	0,10 ** (0,03)	0,05 ** (0,02)	0,10 *** (0,02)
<i>Uddannelsesniveau (grundskole)</i>					
Gymnasial udd.	0,11 *** (0,02)	0,09 (0,09)	0,21 *** (0,04)	0,10 *** (0,02)	0,07 * (0,03)
Erhvervsfaglig udd.	0,07 *** (0,01)	0,06 (0,04)	0,06 ** (0,02)	0,06 *** (0,01)	0,09 *** (0,02)
Videregående udd.	0,13 *** (0,02)	0,15 (0,10)	0,15 ** (0,06)	0,16 *** (0,03)	0,07 (0,04)
Uoplyst udd.	-0,07 *** (0,02)	-0,10 (0,05)	-0,12 ** (0,04)	-0,05 * (0,02)	-0,06 (0,03)
<i>Svær psykisk lidelse</i>	-0,00 (0,01)	-0,06 (0,05)	0,01 (0,03)	0,00 (0,01)	-0,03 (0,02)
<i>Anden psykisk lidelse</i>	-0,01 (0,01)	0,07 (0,04)	-0,03 (0,02)	-0,00 (0,01)	-0,02 (0,02)

(Tabellen fortsættes)

TABEL 6.2 FORTSAT

Resultater fra lineære regressionsanalyser (OLS) af sandsynligheden for, at et behandlingsforløb har været succesfuldt for forskellige karakteristika ved forløbet og borgeren. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype.

	Alle forløb	Opiater (uden subst.)	CSS	Cannabis	Andet/ uoplyst stof
<i>Opholdskommune (KBH og Frederiksberg)</i>					
Aarhus	0,18 *** (0,02)	0,29 ** (0,10)	0,24 *** (0,05)	0,24 *** (0,02)	0,01 (0,03)
Odense	0,12 *** (0,02)	0,05 (0,05)	0,15 *** (0,04)	0,15 *** (0,02)	-0,06 (0,06)
Aalborg	0,04 * (0,02)	0,02 (0,08)	0,05 (0,06)	0,10 ** (0,03)	-0,14 ** (0,04)
Esbjerg	0,04 * (0,02)	0,05 (0,07)	0,08 * (0,04)	0,03 (0,02)	0,05 (0,06)
Forstadskommuner KBH	0,17 *** (0,01)	0,15 (0,09)	0,12 ** (0,04)	0,22 *** (0,02)	0,01 (0,04)
Øvrige kommuner	0,11 *** (0,01)	0,11 * (0,04)	0,11 *** (0,02)	0,14 *** (0,01)	-0,05 (0,03)
<i>Konstant</i>	0,11 *** (0,01)	0,06 (0,09)	0,16 *** (0,04)	0,07 *** (0,02)	0,35 *** (0,04)
N	22.270	908	3.439	12.539	5.384
R ²	0,10	0,18	0,13	0,10	0,08

Anm.: CSS = centralstimulerende stoffer. I parenteserne ud for baggrundsvariablerne er angivet referencekategorien for variable med mere end to kategorier. Standardfejl i parentes. Standardfejl er korrigeret for clusters på individniveau. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: VGBS samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Som det fremgår af tabel 6.2, er der også en sammenhæng mellem behandlingens intensitet og sandsynligheden for et succesfuldt behandlingsforløb, når der er kontrolleret for observerbare faktorer. Døgnbehandling er således generelt forbundet med en 5 procentpoint højere succesrate end ambulant behandling, og det resultat holder nogenlunde på tværs af stoftyper. Der er derimod ingen signifikant forskel på succesraten, forbundet med dagbehandling relativt til ambulant behandling.

Længere behandlingsforløb er mere succesfulde end kortere behandlingsforløb, og det gælder på tværs af stoftyper. Generelt har behandlingsforløb, der varer 2-6 måneder, en 14 procentpoint højere succesrate end behandlingsforløb, der varer 0-2 måneder. På samme måde har behandlingsforløb, der varer 6-12 måneder, en 25 procentpoint højere succesrate end behandlingsforløb, der varer 0-2 måneder. Behand-

lingsforløb, der varer mere end 12 måneder, er forbundet med en endnu højere succesrate end behandlingsforløb, der varer 6-12 måneder.

Hvorvidt behandlingsgarantien er overskredet eller ej, spiller ikke umiddelbart en rolle for, om behandlingsforløbet bliver succesfuldt.¹⁷ Dog kan vi ikke sige noget om, hvorvidt overskreden behandlingsgaranti betyder et større frafald i påbegyndt behandling. Til gengæld spiller det en rolle for succesraten, hvorvidt den behandlede borger tidligere har været i behandling for stofmisbrug. Gengangere i stofmisbrugsbehandlingen har således en 7 procentpoint lavere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb, sammenlignet med førstegangsbehandlede, og det resultat gælder på tværs af stof typer.

Der er en sammenhæng mellem køn og sandsynligheden for et succesfuldt behandlingsforløb. Kvinder har således 5 procentpoint større sandsynlighed for et succesfuldt forløb, sammenlignet med mænd, og det resultat holder nogenlunde på tværs af forskellige typer af misbrug. Alder spiller tilsyneladende generelt ikke en rolle for succesraten i stofmisbrugsbehandlingen. Dog er der for personer med et misbrug af centralstimulerende stoffer en betydning af alder på den måde, at dem, der er yngre end 20 år, har en højere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb end dem, der er 20 år eller ældre. Indvandrere og efterkommere har gennemsnitligt en 8 procentpoint lavere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb end etniske danskere, hvilket især er tydeligt blandt personer med et misbrug af centralstimulerende stoffer.

Borgere, der er enlige, har gennemsnitligt en 2 procentpoint lavere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb, sammenlignet med borgere med samboende partnere, og en 7 procentpoint lavere sandsynlighed end borgere, der er hjemmeboende børn under 25 år. Borgere, der selv har hjemmeboende børn, har en 8 procentpoint højere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb, sammenlignet med borgere uden hjemmeboende børn.

Der er en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sandsynligheden for et succesfuldt behandlingsforløb, selv når der kontrolle-

¹⁷ Overskridelse af behandlingsgarantien kan enten skyldes forhold hos borgeren, hvis borgeren fx er udeblevet fra behandling, eller skyldes forhold hos myndighederne, hvis behandlingsgarantien overskrides pga. mangel på ledig plads eller personalemessige forhold hos myndighed eller tilbud. Hvis vi opdeler overskridelse af behandlingsgarantien efter årsag, finder vi, at overskridelse af behandlingsgarantien, forårsaget af myndighederne, ikke spiller en rolle for, om behandlingsforløbet bliver succesfuldt, mens overskridelse af behandlingsgarantien, forårsaget af borgeren selv, hænger sammen med en mindre sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb (ikke vist).

res for en række andre faktorer. Borgere med gymnasiale, erhvervsfaglige og videregående uddannelser har således hhv. 11, 7 og 13 procentpoint højere sandsynlighed for et succesfuldt behandlingsforløb, sammenlignet med borgere, der ingen videre uddannelse har end grundskolen.

En betydelig andel af personer i stofmisbrugsbehandling (27 pct.) har en aktuel psykiatrisk diagnose. Vi kan dog ikke konstatere nogen sammenhæng mellem psykisk lidelse og sandsynligheden for et succesfuldt behandlingsforløb.

Endelig er der en ikke ubetydelig variation i succesraten mellem kommuner, selv om der er kontrolleret for mange karakteristika ved behandlingsforløbet og ved borgeren selv. København/Frederiksberg (referencekategori) har sammenlagt den laveste succesrate for perioden 2008-2013, mens Aarhus har den højeste succesrate af de kommuner og kommunetyper, der sammenlignes i modellen. Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg har succesrater, der er hhv. 18, 12, 4 og 4 procentpoint højere end København/Frederiksberg. Forstadskommuner til København og øvrige kommuner har succesrater, der er hhv. 17 og 11 procentpoint højere end København/Frederiksberg. Dette betyder ikke nødvendigvis, at stofmisbrugsbehandlingen er mindre god i København og på Frederiksberg, hvis der er uobserverede forhold ved de behandlede borgere i disse kommuner, som er skyld i den lavere succesrate, eller hvis der er forskellige registreringspraksisser for succes i forskellige kommuner.

I tillæg til de fem regressionsmodeller i tabel 6.2 har vi også dannet en alternativ model, der undersøger, hvilke faktorer der hænger sammen med sandsynligheden for, at et behandlingsforløb har ført til, at misbruget er ophørt, frem for den bredere forståelse af succes, der også inkluderer reduceret og stabiliseret misbrug. Estimeres denne model for alle behandlingsforløb, så får vi generelt estimater for de enkelte forklarende variable, som ligger meget tæt op ad dem i første kolonne i tabel 6.2 (ikke vist). Dog er der enkelte forskelle. I den alternative model er dagbehandling forbundet med en højere succesrate end ambulansbehandling (men fortsat en lavere succesrate end døgnbehandling). Når det kommer til ophørt misbrug, er dagbehandling således i højere grad forbundet med succes.

En anden forskel er med hensyn til variation i succesraten mellem kommuner. I modellen, der kun regner ophørt misbrug som succesmål, er der ikke længere en signifikant forskel på succesraten i København/Frederiksberg, Odense, Esbjerg og øvrige kommuner, mens

Aalborg har en lavere succesrate end København/Frederiksberg. Aarhus Kommune og forstadskommuner til København har fortsat de højeste succesrater, men forskellen til København/Frederiksberg er kun ca. halvt så stor i den alternative model som i tabel 6.2. Forskellen i succesraten mellem kommunerne er således betydeligt mindre, når vi anvender ophørt misbrug som succesmål. En del af den umiddelbare forskel mellem kommunerne i modellerne i tabel 6.2 skyldes derfor muligvis forskellig registreringspraksis for, hvad der defineres som et reduceret eller stabiliseret misbrug i forskellige kommuner.

UDVIKLINGEN OVER TID

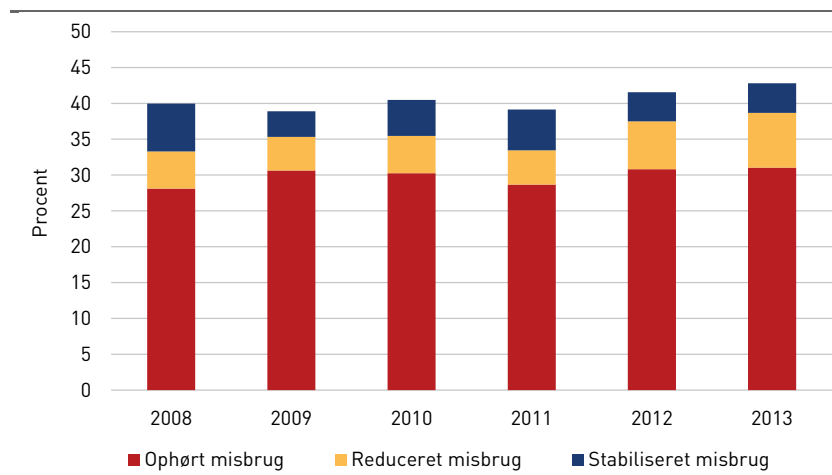
I denne analyse har vi undersøgt, hvordan succesraten for afsluttede behandlingsforløb har udviklet sig over tid i perioden fra 2008 til 2013. Det er et af den nuværende regerings ti mål for social mobilitet, at ”flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug” (Regeringen, 2016).

Analysen baserer sig på de samme behandlingsforløb, som blev præsenteret i tabel 6.1, og ekskluderer således forløb, hvor der ikke er registreret en status ved afsluttet behandling, og forløb, hvor der er givet opiat-substitutionsbehandling.

Som det fremgår af figur 6.1, har succesraten i stofmisbrugsbehandlingen i Danmark været nogenlunde konstant i perioden fra 2008 (40 pct.) til 2013 (43 pct.), om end der kan være tale om en lille stigning i succesraten i de sidste par år. I alle årene er 29-31 pct. af forløbene endt med, at misbruget er ophørt, 5-8 pct. af forløbene er endt med, at misbruget er reduceret, og 4-7 pct. af forløbene er endt med, at misbruget er stabiliseret.

FIGUR 6.1

Udviklingen i andelen af succesfulde behandlingsforløb (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug). Procent.



Kilde: VGBS.

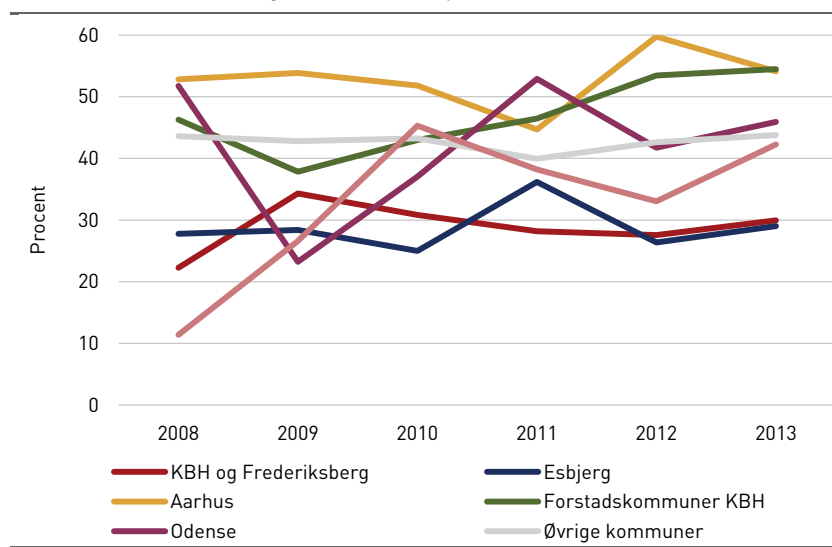
Det skal bemærkes, at andelen af behandlingsforløb, hvor der mangler en registreret status ved afsluttet behandling, ikke er konstant over tid. Andelen af behandlingsforløb uden en registreret status var således hele 39 pct. i 2008; allerede i 2009 faldt andelen til 18 pct., og i 2013 var andelen praktisk talt nul (<1 pct.) (ikke vist). Kommunerne er således i løbet af perioden blevet meget bedre til at registrere status for personer med stofmisbrug efter endt behandling. Denne ændring i registreringspraksis kan have en betydning for, hvordan udviklingen i succesraten ser ud, hvis der er særlige grupper af personer med stofmisbrug, som tidligere ikke er blevet registreret med en status ved afsluttet behandling. Hvis kommunerne eksempelvis tidligere har undladt at registrere nogle af de borgere, som klarer sig dårligt i stofmisbrugsbehandlingen, så vil det betyde, at der i virkeligheden er sket et fald i andelen af succesfulde behandlingsforløb i perioden fra 2008 til 2013. Det omvendte scenarie kan også tænkes, hvilket vil betyde, at der i virkeligheden er sket en stigning i andelen af succesfulde behandlingsforløb. Hvorvidt et af disse scenarier har fundet sted, kan denne undersøgelse imidlertid ikke besvare.

Figur 6.2 viser udviklingen i succesraten i stofmisbrugsbehandlingen, opdelt på kommunetype. Det fremgår, at der inden for de enkelte kommuner og kommunetyper er visse udsving i succesraten over tid.

Hvis vi ser på den overordnede udvikling fra 2008 til 2013, så er den største stigning sket i Aalborg Kommune, idet succesraten er steget fra 11 pct. i 2008 til 42 pct. i 2013. Dette er en meget markant stigning og kan muligvis skyldes ændringer i registreringspraksis eller lignende. Andre kommuner, som har oplevet en overordnet stigning fra 2008 til 2013, er København og Frederiksberg (fra 22 pct. i 2008 til 30 pct. i 2013) samt forstadskommuner til København (fra 46 pct. i 2008 til 54 pct. i 2013). København og Frederiksberg havde dog den højeste succesrate i 2009 på 34 pct. Succesraten i Odense er karakteriseret af store udsving i perioden, og Odense er den eneste kommune, som har oplevet et overordnet fald i succesraten (fra 52 pct. i 2008 til 46 pct. i 2013). Succesraten i Aarhus, Esbjerg og øvrige kommuner har, på trods af udsving i perioden, ikke ændret sig nævneværdigt, når vi sammenligner 2008 og 2013.

FIGUR 6.2

Udviklingen i andelen af succesfulde behandlingsforløb (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug). Særskilt for opholdskommune. Procent.



Kilde: VGBS.

SUCCESFULD BEHANDLING OG ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING

Vi har i denne analyse undersøgt, om der er en positiv sammenhæng mellem succesfuld behandling (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug) og arbejdsmarkedstilknytning umiddelbart efter endt behandling (relativt til arbejdsmarkedstilknytning umiddelbart før behandling). I vores undersøgelse af dette har vi sammenlignet tre grupper af personer, der alle har haft et registreret stofmisbrug på samme tidspunkt i 2011, men som har haft forskelligt udbytte i forhold til behandling. Dette er 1) personer i stofmisbrugsbehandling, der er succesfuldt afsluttet i 2011, 2) personer i stofmisbrugsbehandling, der er ikke-succesfuldt afsluttet i 2011, og 3) personer med et misbrug i 2011, der ikke har været behandlet i den periode, som vi har data for (2008-2013).¹⁸ Når vi siger, at den tredje gruppe ikke har været behandlet, så tænker vi på den sociale stofmisbrugsbehandling i kommunerne. Gruppens medlemmer kan derimod godt have modtaget nogle former for behandling i bl.a. psykiatrien, hvor en stor del af gruppen optræder.

For at skabe nogenlunde homogene grupper har vi fra de to første grupper ekskluderet personer, der har været i social stofmisbrugsbehandling igen i årene efter endt behandling (2012 og 2013) (gruppe tre har slet ikke modtaget social stofmisbrugsbehandling). Derudover har vi i denne analyse valgt kun at se på 20-29-årige personer med et misbrug. Det har vi gjort for at gøre de tre grupper aldersmæssigt sammenlignelige, og fordi unge med misbrug er særligt interessante i forhold til uddannelse og beskæftigelse.

Tabel 6.3 viser, at de tre grupper af personer med et misbrug ligner hinanden på mange parametre. Det er et godt udgangspunkt for at kunne sammenligne deres forløb i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. I alle tre grupper har mere end halvdelen (56-62 pct.) primært et misbrug af cannabis, mens 12-19 pct. har et misbrug af centralstimulerende stoffer, og 1-2 pct. har et misbrug af opiater. Køns- og aldersfordelingen er desuden meget ens i de tre grupper, og andelen af indvandrere eller efterkommere varierer heller ikke meget mellem grupperne, om end andelen er lidt højere blandt dem med et ubehandlet misbrug. Andelen af en-

¹⁸ Oplysninger om personer med et misbrug, der ikke har været behandlet, kommer fra Landspati-entregistret, som indeholder information om alle indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter fra hospitaler og psykiatriske afdelinger. Dette inkluderer information om skadelig brug af stoffer og afhængighed af stoffer.

lige og andelen med hjemmeboende børn varierer heller ikke markant mellem de tre grupper.

TABEL 6.3

Karakteristika af 20-29-årige personer med et misbrug i 2011. Særskilt for behandling af misbruget og behandlingens succes. Procent.

Baggrundsforhold:	Succesfuld behandling 2011 (n = 668)	Ikke-succesfuld behandling 2011 (n = 855)	Misbrug 2011 og ingen behandling (n = 1.225)
<i>Stoftype</i>			
Opiater (uden substitution)	1	2	2
Centralstimulerende stof	19	15	12
Cannabis	56	57	62
Andet/uoplyst stof	23	26	24
Kvinde	23	21	31
25-29 år	38	39	48
Indvanderer/efterkommer	5	9	15
<i>Civilstand</i>			
Enlig	63	69	75
Samboende/gift	24	22	16
Hjemmeboende barn under 25 år	13	9	10
Har hjemmeboende børn	10	6	9
Mere end grundskole	25	19	18
<i>Psykisk lidelse</i>			
Svær psykisk lidelse	13	15	63
Anden psykisk lidelse	24	22	48
Psykisk lidelse i alt	29	29	85
<i>Indskrivningslængde</i>			
0-2 måneder	6	23	
2-6 måneder	30	38	
6-12 måneder	31	24	
12-24 måneder	22	12	
24+ måneder	10	3	

Kilde: VGBS, Landspatientregistret samt andre registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Den største forskel på grupperne er med hensyn til andelen med en registreret psykisk lidelse. Blandt personer med et misbrug, der er behandlet i 2011 (succesfuldt eller ikke-succesfuldt), har 29 pct. en psykisk lidelse, mens tallet for personer med et misbrug i 2011, der ikke er blevet behandlet, er hele 85 pct. Denne forskel hænger sammen med, at en stor

del af datagrundlaget for personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet, stammer fra psykiatrien.

Endelig skal det bemærkes, at flere af de ikke-succesfulde behandlingsforløb end af de succesfulde behandlingsforløb har været relativt korte, hvilket kan hænge sammen med, at borgerne har afbrudt forløbene i utide. I begge grupper har langt de fleste forløb dog været mindre end to år.

Tabel 6.4 viser arbejdsmarkedstilknytning i 2013 for de tre grupper af personer med et misbrug i 2011.

TABEL 6.4

20-29-årige personer med et misbrug i 2011, fordelt efter arbejdsmarkedstilknytning i 2013. Særskilt for behandling af misbruget og behandlingens succes. Procent.

Arbejdsmarkedstilknytning ¹ 2013:	Succesfuld behandling 2011 (n = 668)	Ikke-succesfuld behandling 2011 (n = 855)	Misbrug 2011 og ingen behandling (n = 1.225)
I beskæftigelse	39	29	16
Uddannelsessøgende	14	12	7
Arbejdsløs/sygedagpenge	5	5	4
Førtidspensionist	4	6	26
Kontanthjælpsmodtager	29	39	41
Andet	9	9	7

Kilde: VGBS, Landspatientregistret samt andre registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Note: 1. Arbejdsmarkedstilknytning er defineret på baggrund af Danmarks Statistiks variabel Socio13.

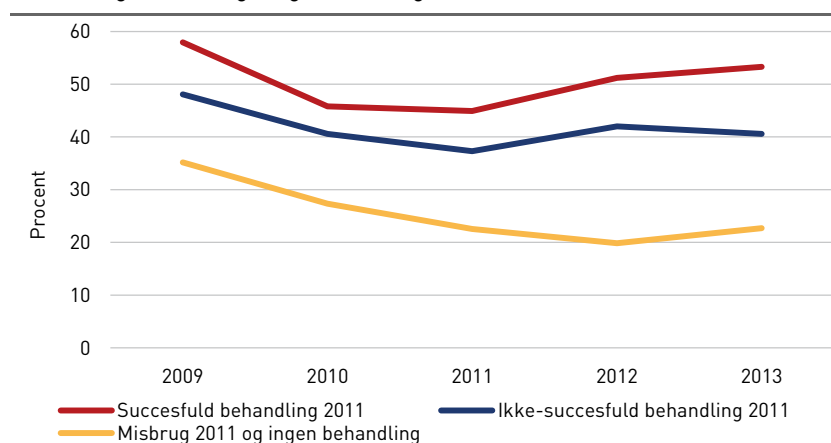
Det fremgår af tabellen, at der er større forskelle mellem de tre grupper. Andelen, der er i beskæftigelse eller er uddannelsessøgende, er størst blandt personer med et misbrug, der er succesfuldt behandlet i 2011. Her er 39 pct. i beskæftigelse og 14 pct. uddannelsessøgende i 2013, sammenlignet med 29 og 12 pct. blandt personer med et misbrug, der er ikke-succesfuldt behandlet i 2011, og 16 og 7 pct. blandt personer med et misbrug i 2011, der ikke er blevet behandlet. Sidstnævnte grupper skiller sig i øvrigt markant ud ved, at 26 pct. er førtidspensionister i 2013, sammenlignet med 4 og 6 pct. i de to øvrige grupper. Dette hænger dog sammen med, at andelen med svære psykiske lidelser (og psykiske lidelser i øvrigt) er langt højere blandt personer med et misbrug i 2011, der ikke er blevet behandlet, fordi en stor del af datagrundlaget for denne gruppe stammer fra psykiatrien.

Forskellen i andelen med psykiske lidelser mellem gruppen af personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet, og de to grupper af personer med et misbrug, der er blevet behandlet, gør, at tabel 6.4 ikke giver et retvisende billede af betydningen af behandling for arbejdsmarkedstilknytning. For at få et bedre bud på dette har vi sammenholdt arbejdsmarkedstilknytning i 2013 med gruppernes udgangspunkt før behandlingen i 2011.

Figur 6.3 viser arbejdsmarkedstilknytning i form af andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende for de tre grupper i årene fra 2009 til 2013.

FIGUR 6.3

Andelen af 20-29-årige personer med et misbrug i 2011, der er enten i beskæftigelse eller er uddannelsessøgende i perioden 2009-2013. Særskkilt for behandling af misbruget og behandlingens succes. Procent.



Kilde: VGBS, LPR samt andre registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Figuren viser, at personer med et misbrug, der er succesfuldt behandlet i 2011, allerede i 2009, to år før endt behandling, havde en højere andel af beskæftigede/uddannelsessøgende, sammenlignet med de to øvrige grupper. I de følgende år fra 2009-2011 falder andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende i alle tre grupper. I årene efter endt behandling (2012 og 2013) stiger andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende for personer med et misbrug, der har afsluttet deres behandling i 2011 (succesfuldt eller ikke-succesfuldt), men ikke for personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet. Dette tyder altså på, at behandlingen, både

den succesfulde og den ikke-succesfulde, har en positiv sammenhæng med arbejdsmarkedstilknytning.

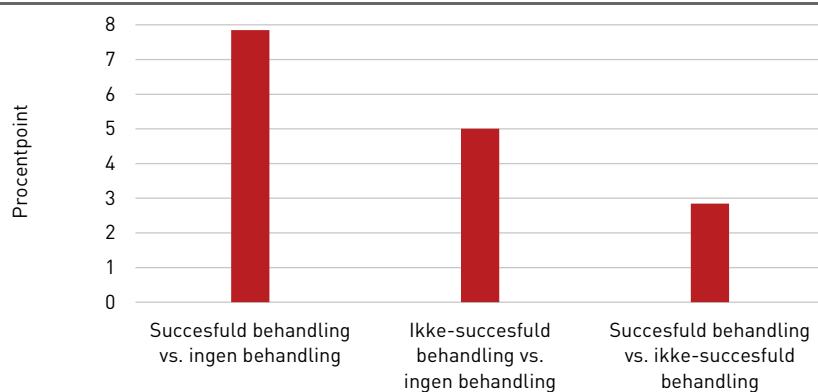
En anden måde at illustrere forskellene fra figur 6.3 på er ved at vise præcis, hvor stor forskellen i udviklingen er mellem de tre grupper. Blandt personer med et misbrug, der blev succesfuldt behandlet i 2011, var andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende 58 pct. i 2009 og 53 pct. i 2013. Blandt personer med et misbrug i 2011, der ikke er blevet behandlet, var andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende 35 pct. i 2009 og 23 pct. i 2013. Andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende er således faldet i begge grupper, men faldet er størst – næsten 8 procentpoint større – blandt personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet. Figur 6.4 viser disse forskelle i udviklingen i andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende mellem de tre grupper.

Figuren viser som sagt, at gruppen af personer med et misbrug, der er succesfuldt behandlet i 2011, har en udvikling fra 2009-2013, der er næsten 8 procentpoint bedre end udviklingen for gruppen af personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet. Samtidig har gruppen af personer med et misbrug, der er ikke-succesfuldt behandlet i 2011, en udvikling fra 2009-2013, der er 5 procentpoint bedre end udviklingen for gruppen af personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet. Disse to forskelle i udviklingen mellem grupperne er signifikante. Endelig har gruppen af personer med et misbrug, der er succesfuldt behandlet i 2011, en udvikling fra 2009-2013, der er næsten 3 procentpoint bedre end udviklingen for gruppen af personer med et misbrug, der er ikke-succesfuldt behandlet i 2011, men denne forskel er ikke signifikant.

Konkluderende kan vi således sige, at personer med et misbrug, der er blevet behandlet, har en noget bedre udvikling i andelen af beskæftigede/uddannelsessøgende end personer med et misbrug, der ikke er blevet behandlet. Om behandlingen har været succesfuld eller ej, synes derimod, lidt overraskende, ikke at have den store betydning for udviklingen.

FIGUR 6.4

Forskelle i udviklingen fra 2009-2013 i andelen af personer, der er enten i beskæftigelse eller er uddannelsessøgende, mellem de tre grupper af 20-29-årige personer med et misbrug i 2011.



Anm.: Forskellen mellem succesfuld behandling og ikke-succesfuld behandling er ikke signifikant på et 5-procent-niveau.

Kilde: VGBS, Landspatientregistret samt andre registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

SUBSTITUTIONSBEHANDLING FOR OPIATMISBRUG OG ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING

I denne analyse har vi undersøgt arbejdsmarkedstilknytning for personer med et misbrug af opiater, som er i substitutionsbehandling, sammenholdt med personer med andre typer af stofmisbrug. Personer med et misbrug af opiater, som er i substitutionsbehandling, har været udeladt af de foregående analyser i kapitlet, da det for dem sjældent er en succes, at behandlingsforløbet afsluttes. Succesfuld behandling i opiat-substitutionsbehandlingen kan derimod være vedvarende behandling, rettet mod en stabilisering af deres livssituation. Når vi på baggrund af registerdata har skullet gøre status over effektiviteten af denne type behandling, har det altså ikke nyttet at se på andelen, hvis misbrug er ophørt, reduceret eller stabiliseret ved afsluttet behandling. I stedet har vi måttet nøjes med en beskrivende analyse af arbejdsmarkedstilknytning for dem, som har et igangvarende behandlingsforløb.

TABEL 6.5

Personer i behandlingsforløb i 2013, fordelt efter arbejdsmarkedstilknytning i 2013. Særskilt for behandling af misbruget og behandlingens succes. Forløb samlet og forløb særskilt for stoftype. Procent.

Arbejdsmarkedstilknytning 2013:	Alle i behandling 2013 (n=17.173)	Opiater (med substitution) (n=7.220)	Opiater (uden substitution) (n=385)	CSS (n=1.193)	Cannabis (n=5.650)	Andet/uoplyst stof (n=2.725)
I beskæftigelse	13	7	16	24	17	17
Uddannelsessøgende	9	1	4	8	18	11
Arbejdsløs/sygedagpenge	4	2	4	9	5	4
Førtidspensionist	27	52	24	9	5	17
Kontanthjælpsmodtager	35	32	43	38	38	34
Andet	11	6	9	11	16	16
Gennemsnitlig alder	36 år	45 år	37 år	30 år	27 år	32 år

Anm.: CSS = centralstimulerende stoffer.

Kilde: VBGS samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Tabel 6.5 viser arbejdsmarkedstilknytning i 2013 for alle personer, der har været i et behandlingsforløb for stofmisbrug i 2013. Tabellen beskriver både personer i behandlingsforløb samlet og særskilt for stoftype. I alt har godt 17.000 personer været i et behandlingsforløb på et tidspunkt i 2013. Af disse var 13 pct. i beskæftigelse i samme år, og 9 pct. var uddannelsessøgende. Andelen af uddannelsessøgende var højest blandt personer i behandling for et cannabismisbrug (18 pct.), mens andelen i beskæftigelse var relativt høj blandt personer i behandling for et misbrug af centralstimulerende stoffer (24 pct.). Den relativt høje andel af uddannelsessøgende blandt personer i behandling for et misbrug af cannabis hænger sammen med, at relativt mange i denne gruppe er unge under 30 år.

Andelen i beskæftigelse og andelen af uddannelsessøgende var i begge tilfælde lavest blandt personer i substitutionsbehandling for et misbrug af opiat, hvor andelen var hhv. 7 pct. og 1 pct. Personer i substitutionsbehandling for et opiatmisbrug var i stedet i høj grad førtidspensionister (52 pct.) og kontanthjælpsmodtagere (32 pct.). Her skal det dog nævnes, at denne gruppe havde den højeste gennemsnitlige alder på 45 år. Personer med et behandlet opiatmisbrug uden substitutionsbehandling klarede sig således noget bedre end personer i substitutionsbehandling for et opiatmisbrug, idet de i højere grad var i beskæftigelse (16 pct.) og var uddannelsessøgende (4 pct.). Dog er der en betydelig aldersforskel mellem de to grupper, og man kan således forestille sig, at perso-

ner med et opiatmisbrug, der får substitutionsbehandling, generelt har haft et længerevarende misbrug.

RESSOURCEANVENDELSE I KOMMUNERNE

Vi har i denne analyse undersøgt, om der er en sammenhæng mellem kommunens udgifter til behandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb (ophørt, stabiliseret, reduceret). Spørgsmålet er, om de kommuner, som gennemsnitligt bruger flere penge pr. borger i stofmisbrugsbehandling, også har en højere succesrate i behandlingen?

Oplysninger om omkostninger til stofmisbrugsbehandlingen kommer fra en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne i 2014, hvor kommunerne blev bedt om at opgive deres samlede årlige nettoudgifter til den sociale stofmisbrugsbehandling i perioden fra 2008 til 2012.¹⁹ Vi har sammenholdt de årlige nettoudgifter med det årlige antal af personer i stofmisbrugsbehandling fra Stofmisbrugsdatabasen. Dermed har vi fået et mål for kommunens gennemsnitlige nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling pr. år.

Vores analyse baserer sig på informationer om de enkelte kommuner i perioden fra 2008 til 2012. Da der er 98 kommuner, kunne der maksimalt være 490 års-observationer. For visse kommuner har vi manglet oplysninger for hele perioden eller for enkelte år. Andre kommuner har vi måttet udelade af analysen, da de har haft for få borgere i stofmis-

¹⁹ Med nettoudgifter menes samlede udgifter til social stofmisbrugsbehandling fratrukket evt. salg af stofmisbrugsbehandling til andre kommuner plus evt. statstilskud til stofmisbrugsbehandlingen. For 2012 findes desuden oplysninger om nettoudgifter, hvor evt. statstilskud ikke er inkluderet.

brugsbehandling til at analysere på. Analysen inkluderer kun kommuner i år, hvor de har haft mindst ti afsluttede behandlingsforløb med registreret status (succesfuldt/ikke succesfuldt). Analysen baserer sig således på information om 81 kommuner og i alt 354 års-observationer.

Analysen baserer sig på regressionsmodeller af sammenhængen mellem nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne. Vi har både undersøgt den umiddelbare sammenhæng og sammenhængen, kontrolleret for observerbare forhold ved borgersammensætningen i kommunernes stofmisbrugsbehandling, der kan have betydning for succesraten i kommunerne. Dette inkluderer behandlingsmæssige forhold såsom fx antallet af borgere i behandling, andelen af behandlede borgere i opiat-substitutionsbehandling og andelen af behandlede borgere i døgnbehandling. Det inkluderer også andre forhold ved borgersammensætningen såsom de behandlede borgeres aldersgennemsnit, andelen af behandlede borgere, der har mere uddannelse end grundskole, og andelen af behandlede borgere, der har en psykisk lidelse.

HOVEDRESULTATER

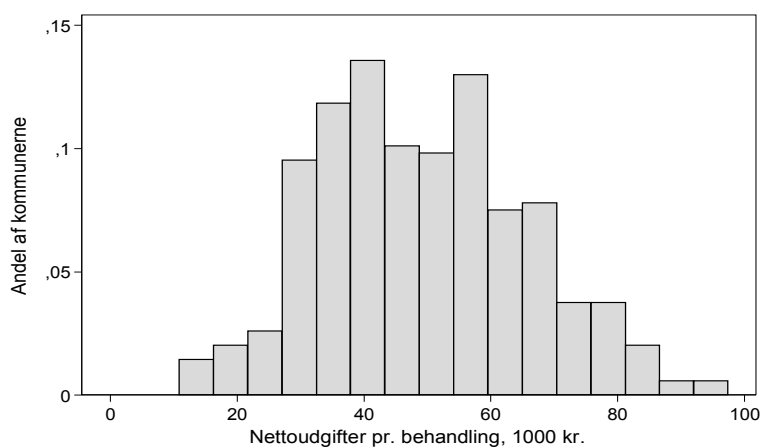
- Der findes ingen signifikant sammenhæng mellem kommunernes nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb.
- Dette fund er robust for kontrol for observerbare forhold ved borgersammensætningen i kommunernes stofmisbrugsbehandling og gælder mht. nettoudgifter, både inklusive og eksklusive statstilskud.

KOMMUNERNES UDGIFTER OG ANDELEN AF SUCCESFULDE BEHANDLINGSFORLØB

Figur 7.1 viser fordelingen af nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling pr. år i kommunerne. Middelværdien er 51.000 kr., og medianen er 48.700 kr. Det fremgår dog, at der er væsentlig variation i nettoudgifterne, og mens flere kommuner har brugt omkring 30.000 kr. pr. borger i stofmisbrugsbehandling pr. år, så har andre kommuner brugt omkring 70.000 kr.

FIGUR 7.1

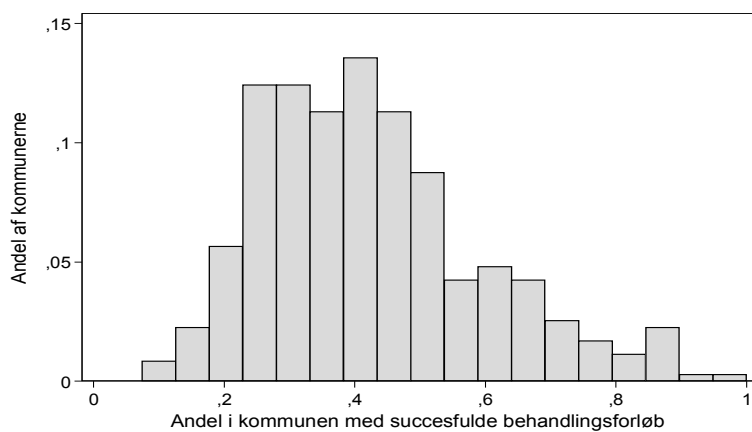
Fordelingen af nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling i kommunerne.



Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

FIGUR 7.2

Fordelingen af andelen af succesfulde behandlingsforløb (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug) i kommunerne.



Kilde: VGBS.

Figur 7.2 viser fordelingen af andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne. Den gennemsnitlige succesrate i kommunerne er 43 pct., og medianen er 40 pct. Ligesom udgifterne til stofmisbrugsbehandlingen, så varierer succesraten dog væsentligt mellem kommunerne. Mens nogle kommuner i enkelte år har haft en succesrate på omkring 20 pct., har andre kommuner haft succesrater på mere end 60 pct.

TABEL 7.1

Resultater fra lineære regressionsanalyser (OLS) af andelen af borgere med et succesfuldt behandlingsforløb (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug) i kommunen pr. år for forskellige karakteristika ved borgerne.

	Model 1	Model 2	Model 3 ¹
Nettoudgifter pr. behandling, 10.000 kr.	0,03 (0,08)	-0,03 (0,09)	-0,03 (0,15)
Antal i behandling, 100 personer		-0,01 (0,01)	-0,01 (0,02)
Andel i opiat-substitutionsbehandling		-0,10 (0,14)	0,10 (0,30)
Andel i døgnbehandling		0,40 (0,25)	0,17 (0,46)
Andel med overskredet behandlingsgaranti		-0,30 * (0,12)	-0,08 (0,30)
Andel tidligere i behandling		-0,28 ** (0,10)	-0,54 * (0,22)
Andel kvinder		0,33 (0,26)	0,29 (0,41)
Gennemsnitsalder		0,00 (0,01)	0,01 (0,01)
Andel indvandrede/efterkommere		0,02 (0,39)	-0,08 (0,64)
Andel enlige		-0,10 (0,28)	0,05 (0,43)
Andel med hjemmeboende børn		-0,07 (0,25)	0,06 (0,54)
Andel med mere end grundskole		0,46 (0,26)	0,31 (0,45)
Andel med svær psykisk lidelse		-0,88 ** (0,31)	-0,70 (0,47)
Andel med anden psykisk lidelse		0,19 (0,25)	0,43 (0,55)

[Tabellen fortsættes]

TABEL 7.1 FORTSAT

Resultater fra lineære regressionsanalyser (OLS) af andelen af borgere med et succesfuldt behandlingsforløb (ophørt, reduceret eller stabiliseret misbrug) i kommunen pr. år for forskellige karakteristika ved borgerne.

	Model 1	Model 2	Model 3 ¹
<i>Bestillerkommune (Øvrige kommuner)</i>			
KBH og Frederiksberg		-0,00 (0,18)	0,16 (0,59)
Aarhus		0,16 (0,08)	0,17 (0,21)
Odense		0,04 (0,06)	0,04 (0,18)
Aalborg		0,01 (0,06)	0,01 (0,16)
Esbjerg		-0,04 (0,06)	-0,06 (0,13)
Forstadskommuner KBH		-0,02 (0,06)	0,00 (0,06)
<i>År (2008)</i>			
2009	0,02 (0,02)	0,05 * (0,02)	
2010	0,00 (0,02)	0,03 (0,03)	
2011	0,02 (0,03)	0,05 (0,03)	
2012	0,04 (0,03)	0,10 ** (0,03)	
Konstant	0,39 *** (0,05)	0,48 (0,31)	0,33 (0,43)
N	354	354	76
R ²	0,01	0,22	0,28
Justeret R ²	-0,01	0,16	0,02

Anm.: I parenteserne ud for baggrundsvariablerne er angivet referencekategorien for variable med mere end to kategorier. Standardfejl i parentes. Standardfejl er korrigeret for clusters på kommuneniveau.

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

1. I model 3 er nettoudgifter pr. behandling uden eventuelle statstilskud til kommunens stofmisbrugsbehandling. Modellen baserer sig udelukkende på data fra 2012, da det er det eneste år, vi har oplysninger fra om statstilskud.

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne, VGBS samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Tabel 7.1 viser resultaterne af vores regressionsanalyser af sammenhængen mellem nettoudgifter pr. borger i stofmisbrugsbehandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne. Vi har både undersøgt

den umiddelbare sammenhæng og sammenhængen, kontrolleret for andre forhold. For at få det bedste bud på, hvor meget succesraten stiger, når kommunen investerer flere penge i stofmisbrugsbehandlingen, har vi kontrolleret for andre forhold, der kan have betydning for andelen af succesfulde behandlingsforløb. For eksempel andelen, der er i døgnbehandling, og andelen, der er gengangere i behandlingssystemet. Det er imidlertid en begrænsning for analysen, at vi ikke har kunnet kontrollere for uobserverbare forskelle mellem kommunernes organisering af stofmisbrugsbehandlingen og de borgere, som kommunerne har i behandling.

Den afhængige variabel i regressionsanalyserne (andelen af succesfulde behandlingsforløb) er målt i året efter de uafhængige variable for at skabe en logisk tidsmæssig rækkefølge i sammenhængen. Vi antager altså, at kommunens investering i stofmisbrugsbehandlingen i et givet år får konsekvenser for behandlingens effektivitet i det efterfølgende år.²⁰ Der findes ingen sammenhæng mellem nettoudgifter pr. behandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne, uanset hvilken model vi ser på. Model 1 viser den bivariante sammenhæng mellem udgifter pr. behandling og succesraten, og der findes ingen sammenhæng. Model 2 kontrollerer for observerbare forhold ved borgersammensætningen i kommunernes stofmisbrugsbehandling, og heller ikke her findes en sammenhæng mellem nettoudgifter pr. behandling og andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne.

Model 3 er et robusthedstjek af model 2. De to modeller er helt ens, ud over at nettoudgifter pr. behandling i model 3 er uden eventuelle statstilskud til kommunens stofmisbrugsbehandling. Model 3 baserer sig desuden udelukkende på data fra 2012, da det er det eneste år, vi har oplysninger fra om statstilskud. Heller ikke i model 3 er der en sammenhæng mellem udgifter pr. behandling og succesraten i kommunen.

Mens nettoudgifter pr. behandling ikke lader til at have en sammenhæng med andelen af succesfulde behandlingsforløb i kommunerne, så er der andre behandlingsmæssige forhold, som har det. Det gælder bl.a. andelen af borgere med en overskredet behandlingsgaranti. Jo højere andel af behandlingerne, hvor behandlingsgarantien er overskredet, desto mindre er succesraten generelt i kommunen. På samme måde er der en

²⁰ Vi har også dannet regressionsmodeller, hvor alle variablene er målt i samme år, uden at det ændrede tolkningen af resultaterne.

negativ sammenhæng mellem andelen af behandlede borgere, der tidligere har været i behandling, andelen af behandlede borgere med en svær psykisk lidelse og succesraten i kommunen.

Kommunerne har også haft mulighed for selv at angive andre muligheder og potentialer for forbedring af stofmisbrugsbehandlingen. Fire kommuner har knyttet en kommentar til visitationsprocessen. En af disse nævner, at de netop er ved at omlægge proceduren, da de oplevede et behov for et grundigere arbejde. En anden kommune efterlyser en akutindsats, der i særlig akutte tilfælde kan visitere til døgnbehandling. Endvidere nævner en kommune, at behandlingsgarantiens korte frist betyder, at behandlingen iværksættes på et spinkelt grundlag. Her anbefaler pågældende kommune, at der i stedet indføres en udredningsgaranti, der potentielt kunne sikre, at flere kom i den rigtige behandlingsform tidligere.

DEN KOMMUNALE KAPACITET OG ORGANISERING AF DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Dette kapitel har til formål at afdække kommunernes kapacitet og organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling. Vores analyser er baseret på kommunernes besvarelser af et spørgeskema, udsendt i februar 2014, og indeholder derfor hovedsageligt kommunernes vurdering af disse emner.

Indledningsvist gør vi rede for, hvor den sociale stofmisbrugsbehandling udføres og omfanget og typen af medarbejdere i den sociale stofmisbrugsbehandling, visitation til social stofmisbrugsbehandling, øvrige og supplerende tilbud samt udredningsmetoder. Vi afdækker endvidere efterbehandling og kommunernes opfølgning af borgere efter endt stofmisbrugsbehandling. En række spørgsmål afdækker kommunernes vurdering af graden – såvel som kvaliteten – af samarbejdet med en række eksterne aktører, ligesom vi præsenterer kommunernes vurdering af forskellige potentialer og barrierer for at styrke den sociale stofmisbrugsbehandling.

HOVEDRESULTATER

- 73 pct. af samtlige kommuner varetager selv dele af eller hele den sociale stofmisbrugsbehandling. 23 pct. benytter udelukkende egne kommunale behandlingssteder.
- Kommunerne vurderer, at mange personer med stofmisbrug ikke efterspørger behandling. Dette gælder i særlig grad unge personer med stofmisbrug.
- Flest kommuner vurderer, at der mangler målrettede behandlingstilbud til psykisk syge personer med stofmisbrug og personer, der misbruger receptpræparater.
- Flest kommuner vurderer, at udvidelse af det tværgående kommunale samarbejde, mere udgående behandling og anonym behandling indeholder de største potentialer i forhold til at nå personer med stofmisbrug, der i dag ikke efterspørger behandling.
- Kommunerne bruger i høj grad ASI som en del af udredningsarbejdet. Derudover er der meget stor variation i, hvilke værktøjer kommunerne benytter.
- Kommunerne angiver, at ventetider vedrørende udredning af diagnose og behandling i psykiatri udgør et stort problem.
- For alle misbrugsprofiler vurderer et flertal af kommunerne, at ambulans behandling generelt er at foretrække frem for døgnbehandling.
- 67 pct. af kommunerne angiver, at de altid gør brug af efterbehandling i forbindelse med døgnbehandling, mens 53 pct. angiver, at de altid gør brug af efterbehandling i forbindelse med ambulans behandling.
- Der er stor variation i kommunernes vurdering af kvaliteten af samarbejdet med eksterne aktører. Flest kommuner vurderer, at samarbejdet med jobcenteret, kriminalforsorgen og socialpsykiatrien fungerer godt eller meget godt.

VARETAGELSE AF DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette afsnit beskriver vi, hvem der varetager den sociale stofmisbrugsbehandling for personer med stofmisbrug, der har ophold i kommunen. I tabel 8.1 viser vi variationen i, hvem der varetager behandlingen, fordelt

på de fem største kommuner samt Frederiksberg, forstadskommunerne og de øvrige kommuner. De fem største kommuner samt Frederiksberg udgøres af København, Frederiksberg, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg. Forstadskommuner er kommuner omkring København/Frederiksberg, mens resten af landets kommuner er samlet i kategorien øvrige kommuner.²¹ Da de fleste kommuner bruger mere end én type af behandlingstilbud, summerer procenterne ikke til 100.

TABEL 8.1

Kommunernes brug af egne og fælleskommunale behandlingstilbud samt køb hos andre kommunale, regionale eller private tilbud. Procent.

Hvor foregår behandlingen?	De fem største kommuner samt Frb.	Forstadskommuner til København	Øvrige kommuner	Samlet
Egne behandlingssteder	100	54	74	73
Fælleskommunale behandlingssteder	0	8	14	13
Køber hos andre kommuner	33	85	33	41
Køber hos regionale tilbud	0	0	17	14
Køber hos private tilbud	83	69	51	56
Benytter kun eget misbrugscenter	17	8	26	23
Benytter kun eget eller private tilbud	67	8	46	42

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Det fremgår af tabellen, at 73 pct. af samtlige kommuner angiver, at det er kommunen selv, der varetager noget af den sociale stofmisbrugsbehandling. 23 pct. svarer, at de udelukkende bruger egne behandlingssteder, mens de resterende 50 pct. altså kombinerer behandling på egne behandlingssteder med tilkøb hos private udbydere og/eller andre kommuner.

I landets fem største kommuner samt Frederiksberg varetages behandlingen i kommunen selv, men to af kommunerne køber også fra andre kommuner, mens fem af kommunerne også køber ydelser fra private udbydere. Forstadskommunerne er kendetegnet ved, at 54 pct. bruger egne steder, 85 pct. køber ydelser hos andre kommunale behandlingssteder, og 69 pct. anvender private udbydere til stofmisbrugsbehandlingen. I de øvrige kommuner bruger 74 pct. egne steder, og 14 pct.

²¹ I dette kapitel, hvor fokus er på kommunernes vurderinger, har vi ikke slået København og Frederiksberg sammen. Vi benytter os derfor af betegnelsen "De fem største kommuner samt Frederiksberg" i dette kapitel.

indgår i fælleskommunalt drevne behandlingssteder. Samlet set køber 41 pct. af kommunerne ydelser fra anden kommunal udbyder, mens 56 pct. køber behandling hos private udbydere.

Kommunerne varetager også specialiserede tilbud til særlige misbrugsprofiler. Det drejer sig om personer under 25 år med stofmisbrug og psykisk syge personer med stofmisbrug. Det skal dog bemærkes, at stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år ikke hører under SEL § 101, men hører under børne- og ungeområdet.²² Det vil sige, at der kan være kommuner, der svarer, at de ikke har specialiserede tilbud til unge, men de kan have behandlingstilbud til unge under 18 år placeret i en anden kommunal afdeling.

Tabel 8.2 viser kommunernes varetagelse af specialiserede tilbud til personer under 25 år med stofmisbrug. Det fremgår af tabellen, at samtlige af de fem største kommuner samt Frederiksberg har specialiserede tilbud til personer under 25 år med stofmisbrug, mens 31 pct. af forstadskommunerne angiver at have disse specialiserede tilbud. 58 pct. af de øvrige kommuner har specialiserede behandlingstilbud.

TABEL 8.2

Råder kommunen selv over specialiserede tilbud til personer under 25 år med stofmisbrug? Procent og antal kommuner i alt.

	Procentdel af kommunerne, der selv råder over specialiserede tilbud til unge	Antal kommuner i denne kategori
De fem største kommuner samt Frederiksberg	100	6
Forstadskommuner til København	31	13
Øvrige kommuner	58	66
I alt	56	85

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Tabel 8.3 viser, hvordan kommunerne varetager specialiserede behandlingstilbud til psykisk syge personer med stofmisbrug. Det fremgår af tabellen, at i 83 pct., svarende til fire ud af de fem største kommuner samt Frederiksberg, ydes der stofmisbrugsbehandling til psykisk syge personer med stofmisbrug som et supplement til en psykiatrisk behandling. Noget tilsvarende gør sig gældende for 74 pct. af de øvrige kommuner og i halvdelen af forstadskommunerne til København. 75 pct. af for-

²² Unge med meget omfattende stofmisbrug hører dog under SEL § 101.

stadskommunerne til København køber specialiseret behandling i andre kommuner eller hos private udbydere, mens det gør sig gældende for 46 pct. af de øvrige kommuner og en af de fem største kommuner samt Frederiksberg. Samlet set har 13 pct. af alle kommuner selv et specialiseret behandlingstilbud til psykisk syge personer med stofmisbrug.

TABEL 8.3

Varetagelsen af behandling af psykisk syge personer med stofmisbrug. Procent.

	I eget regi	Køber ydelser hos andre kommuner eller private udbydere	Psykisk syge personer med stofmisbrug modtager stofmisbrugsbehandling som supplement til psykiatrisk behandling	Kommuner i alt
De fem største kommuner samt Frederiksberg	33	17	83	6
Forstadskommuner til København	25	75	50	12
Øvrige kommuner	9	46	74	65
I alt	13	48	71	83

Anm.: Det har været muligt at svare på flere af de nævnte kategorier, hvorfor andelen ikke summer til 100.
Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Derudover har en kommune angivet, at socialpsykiatrien og stofmisbrugsbehandlingen sammen i et projektarbejde tilbyder en integreret indsats til psykisk syge personer med stofmisbrug. En anden kommune oplyser, at flere psykisk syge personer med stofmisbrug modtager stofmisbrugsbehandling i eget hjem.

MEDARBEJDERE

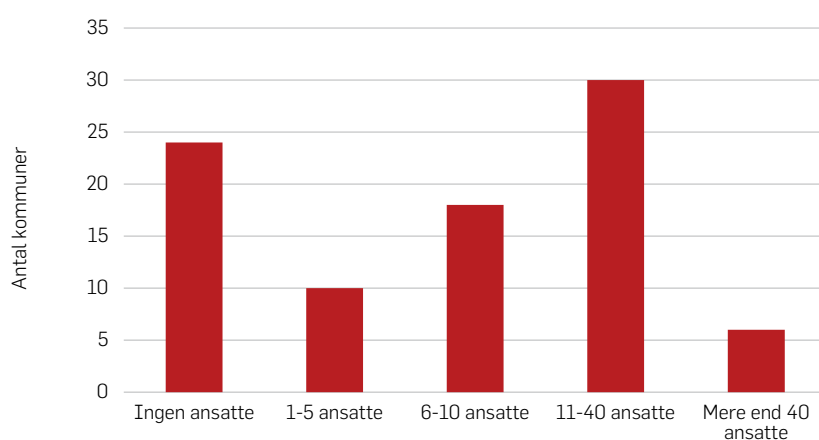
I dette afsnit beskriver vi antallet af ansatte i den sociale stofmisbrugsbehandling samt medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund. I kommuner, hvor behandlingen af unge personer med stofmisbrug organisatorisk er adskilt fra behandlingen af personer med stofmisbrug under SEL § 101, vil medarbejderne i ungebehandlingen typisk ikke indgå. For enkelte kommuner vil det samlede antal medarbejdere derfor være en smule højere end angivet nedenfor.

I figur 8.1 har vi afbildet variationen i antal medarbejdere, ansat i kommunernes sociale stofmisbrugsbehandling. Med antal ansatte menes årsværk, svarende til fuldtidsstillinger. Det fremgår af grafen, at 24 kom-

muner ingen ansatte medarbejdere har. Henholdsvis ti og 18 kommuner angiver at have mellem én og fem medarbejdere ansat og mellem seks og ti medarbejdere ansat. 30 kommuner angiver at have mellem 11 og 40 ansatte, mens seks kommuner har flere end 40 medarbejdere ansat.

FIGUR 8.1

Fordeling af kommuner på antal ansatte i kommunal stofmisbrugsbehandling.



Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Tabel 8.4 viser fordelingen på landsplan (dvs. aggregeret for de 88 kommuner, der har besvaret skemaet) af medarbejdere på uddannelseskategorier, målt i årsværk. Det fremgår af tabellen, at socialrådgivere og pædagoger udgør de to største medarbejdergrupper med behandlingskontakt. Øvrige misbrugskonsulenter, med og uden relevant faglig uddannelse, udgør hhv. 5 pct. og 1 pct. Den tredjestørste gruppe er administrationsmedarbejdere, efterfulgt af sygeplejersker. Knap 10 pct. er enten psykologer, psykiatere eller øvrige læger.

Tabel 8.5 viser det samlede antal fuldtidsbeskæftigede i den kommunale stofmisbrugsbehandling, fordelt på de fem største kommuner samt Frederiksberg, forstadskommunerne til København og øvrige kommuner. Det fremgår, at landets fem største kommuner samt Frederiksberg har 535 årsværk i den kommunale stofmisbrugsbehandling, mens der i de øvrige kommuner er 566 årsværk. Forstadskommunerne har 173 årsværk.

TABEL 8.4

Samlede antal årsværk på landsplan, fordelt på personalekategorier. Antal årsværk og procent.

Stillingskategori	Antal årsværk på landsplan	Andel af samlede mængde årsværk. Procent.
Socialrådgivere	289,7	23
Pædagoger	264,6	21
Administrativt personale	195,8	15
Sygeplejersker	177,5	14
SOSU-assistenten	85,8	7
Misbrugskonsulenter med anden faguddannelse	59,1	5
Psykologer	56,5	4
Læger ekskl. psykiatere	55,9	4
Øvrige personalekategorier	27,5	2
Øvrige medhjælpere (fx pædagog-medhjælpere)	23,5	2
Misbrugskonsulenter uden faguddannelse	17,1	1
Fysioterapeuter	14,0	1
Psykiatere	6,6	1

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

TABEL 8.5

Samlede antal årsværk på landsplan, fordelt geografisk. Antal årsværk og procent.

Kommuner	Samlet antal årsværk	Andel i procent
De fem største kommuner samt Frederiksberg	535	42
Forstadskommuner til København	173	14
Øvrige kommuner	566	44
Samlet	1.274	100

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Socialrådgivere, pædagoger og sygeplejersker udgør tilsammen den største andel af årsværk og er således de primære uddannelseskategorier i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Tabel 8.6 viser fordelingen af disse tre uddannelseskategorier. I de fem største kommuner samt Frederiksberg er den relative andel af socialrådgivere den største uddannelseskategori, målt på antal årsværk, hvor hvert fjerde årsværk er en socialrådgiver. I forstadskommunerne er socialrådgivere, pædagoger og sygeplejersker relativt set lige meget repræsenteret. Hver uddannelseskategori udgør ca. 20 pct. I de øvrige kommuner udgøres den største uddannelseskategori,

relativt set, af pædagoger, idet ca. hvert fjerde årsværk udføres af en pædagog, mens hvert femte årsværk er besat af en socialrådgiver. Andelen af sygeplejersker udgør 11 pct. af det samlede årsværk.

TABEL 8.6

Antal årsværk og andel af samlede årsværk for personalekategorierne socialrådgivere, pædagoger og sygeplejersker, opgjort separat for hver bykategori. Antal årsværk og procent af samlet.

Kommuner	Antal årsværk			Andel af samlede årsværk for bykategorien. Procent.		
	Socialrådgivere	Pædagoger	Sygeplejersker	Socialrådgivere	Pædagoger	Sygeplejersker
De fem største kommuner samt Frederiksberg	139,3	102,1	82,5	26	19	15
Forstadskommuner til København	36,2	30,7	30,8	21	18	18
Øvrige kommuner	114,2	131,9	64,2	20	23	11

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

VISITATION

I dette afsnit beskriver vi den kommunale visitation til social stofmisbrugsbehandling. Visitationen kan, som forklaret i kapitel 1, foregå på forskellig vis, idet visitationskompetencen kan være placeret forskellige steder i det kommunale system og på behandlingsstederne. Først beskriver vi visitationen til døgnbehandling og herefter i forhold til ambulante behandling.

I tabel 8.7 fremgår det, hvordan visitationen foregår i forhold til kommunens egen døgnbehandling og i forhold til privat og anden offentlig døgnbehandling.

Det fremgår af tabellen, at placeringen af visitationskompetencen til døgnbehandling kun varierer i mindre grad, alt efter om behandlingen foregår i kommunens eget regi, eller om den købes hos en anden kommune eller et privat tilbud. Hovedparten af kommunerne har placeret visitationskompetencen til døgnbehandling i kommunen, enten hos en enkelt visitator eller i et udvalg. Visitationen foretages oftere af en person, placeret på behandlingscenteret, når det er i kommunens eget regi, men for 27 pct. af kommunerne gælder dette også for døgnbehandling, købt af en anden kommune eller et privat tilbud.

TABEL 8.7

Placering af visitationskompetencen for døgnbehandling. Procent.

	Egen/fælleskommunal døgnbehandling	Privat eller anden offentlig døgnbehandling
Hos en visitator på behandlingsstedet, som også er ansat på behandlingsstedet	28	20
Hos en visitator, der tilhører kommunens myndighedsafdeling, men er placeret på behandlingsstedet	8	7
I et visitationsudvalg i kommunen, hvor en repræsentant fra behandlingsstedet også deltager	20	20
I et visitationsudvalg i kommunen uden deltagelse af repræsentanter fra behandlingsstedet	15	25
Hos en visitator i kommunen	18	19
Andet	13	10
Antal besvarelser	40	81

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Vi har også spurgt kommunerne om deres visitationspraksis til ambulante behandling.

I tabel 8.8 har vi opgjort de forskellige visitationspraksisser. Det fremgår af tabellen, at i forhold til behandling på kommunens egne tilbud sker visitationen i 51 pct. af tilfældene på behandlingsstederne, mens det gælder i 29 pct. af tilfældene, når behandlingstilbuddet er privat. Når der visiteres til private behandlingstilbud, er der en tendens til, at visitationen i højere grad foregår i en kommunal sammenhæng, end når der visiteres til kommunale tilbud.

TABEL 8.8

Placering af visitationskompetence – ambulans/dagbehandling. Procent.

	Egen/fælles- kommunal ambulans behandling	Privat eller anden offentlig ambulans behandling
Hos en visitator på behandlingsstedet, som også er ansat på behandlingsstedet	51	29
Hos en visitator, der tilhører kommunens myndighedsafdeling, men er placeret på behandlingsstedet	12	8
I et visitationsudvalg i kommunen, hvor en repræsentant fra behandlingsstedet også deltager	5	6
I et visitationsudvalg i kommunen uden deltagelse af repræsentanter fra behandlingsstedet	7	17
Hos en visitator i kommunen	12	27
Andet	12	14
Antal besvarelser	73	66

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

UDREDNINGSMETODER

I dette afsnit ser vi på udredningsmetoder i forbindelse med visitation af personer med stofmisbrug til behandling. Tabel 8.9 viser andelen af kommuner, der altid eller ofte anvender KL's basisscreeningsværktøj, M.I.N.I. – the Mini-International Neuropsychiatric Interview, VUM – Voksenudredningsmetoden og ASI – The Addiction Severity Index i visitation. Det fremgår af tabellen, at ASI er det udredningsværktøj, der hyppigst bliver anvendt til udredning. 87 pct. af kommunerne har angivet, at de altid eller ofte anvender ASI. De tre andre typer af udredningsværktøjer anvendes i mindre end hver femte visitation, men er også mere specifikke og skal derfor ikke anvendes til alle borgere (både M.I.N.I. og KL's værktøj har fx fokus på psykiske problemer).

TABEL 8.9

Brug af udredningsmetoder. Procent.

	KL's basis- screeener	M.I.N.I. – Mini Interna- tional Neuropsychiatric Interview	VUM – Voksen- udrednings- metoden	ASI
Altid/ofte	21	13	17	87
Af og til/sjældent/aldrig	79	87	83	13
Antal kommuner	61	55	63	71

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Kommunerne har derudover haft mulighed for at angive andre typer af udredningsværktøj i visitationen. Flere kommuner har angivet, at de anvender DIP-Q, MCMI, WAIS, MOCA, BAI og ASRS. Herudover nævner flere kommuner, at de bruger hybrider af de nævnte, eller at kommunen har fået udarbejdet sin egen metode af en psykiater eller psykolog, særligt til denne kommune.

HOLDNING TIL AMBULANT OG DØGNBEHANDLING

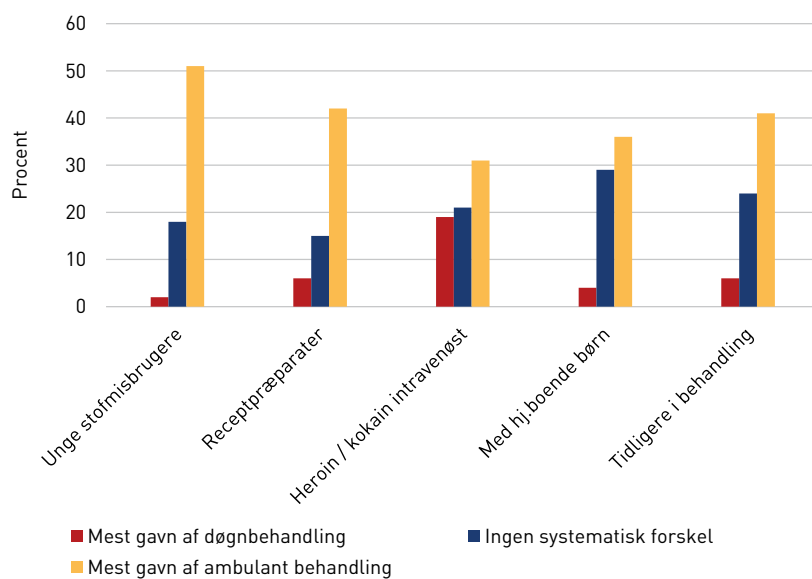
Vurderingen af, hvorvidt ambulant eller døgnbehandling er den rette fremgangsmåde, beror altid på en individuel vurdering af den enkelte borgers situation. I dette afsnit ser vi på kommunernes syn på, hvilke typer af borgere med stofmisbrug der har mest gavn af hhv. ambulant og døgnbehandling. Kategorien ”Ingen systematisk forskel” betyder, at kommunen vurderer, at det ikke er muligt at angive, hvilken behandlingsintensitet en borger inden for den aktuelle misbrugstype generelt vil have størst gavn af.

Det fremgår af figur 8.2, at for samtlige misbrugsprofiler (unge med stofmisbrug, personer, der misbruger receptpræparater, personer, der indtager heroin eller kokain intravenøst, personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn og personer, der tidligere har været i behandling for stofmisbrug) vurderer hovedparten af kommunerne, at borgeren har mest gavn af ambulant behandling. 51 pct. af kommunerne vurderer, at unge med stofmisbrug har mest gavn af ambulant behandling. De tilsvarende andele for personer, der misbruger receptpræparater, er 42 pct., for personer, der indtager heroin eller kokain intravenøst, er det 31 pct., for unge personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn er det 36 pct., og for personer med tidligere stofmisbrug er det 41 pct. Dermed er der for ingen af stofmisbrugstyperne et flertal af kommuner, der vurde-

rer, at personer med stofmisbrug har mest gavn af døgnbehandling. Knap 20 pct. af kommunerne vurderer, at personer, der indtager heroin eller kokain intravenøst, har mest gavn af døgnbehandling.

FIGUR 8.2

Kommunernes holdning til, hvilke misbrugsprofiler der har mest gavn af ambulantly behandling og døgnbehandling. Procent.



Anm.: 38 kommuner har svaret på spørgsmålet angående personer, der misbruger receptpræparater, mens 50 kommuner har svaret på spørgsmålet angående personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn. De resterende spørgsmål er besvaret af 54 kommuner.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Flere kommuner kommenterer i spørgeskemaet, at det ikke er muligt at angive generelle kriterier for, hvornår en specifik behandlingsintensitet er mest optimal, da det altid vil være en individuel vurdering, hvilken behandling den enkelte person med stofmisbrug vil have størst gavn af. Otte kommuner har nævnt forhold, der spiller ind i forhold til tildelingen af døgnbehandling. Tre kommuner angiver, at personer med stofmisbrug med psykiske lidelser oftere vil blive anbefalet døgnophold. To kommuner nævner, at isolerede personer med stofmisbrug med intet eller meget mangelfuldt netværk typisk vil have mest gavn af døgnbehandling. En enkelt kommune angiver, at personer med stofmisbrug i substitutionsbe-

handling, der ønsker et ophør af denne behandling, typisk vil blive tilbudt døgnbehandling. En anden kommune angiver motivation for stof-frihed som et kriterium, ligesom en enkelt kommune nævner, at kontakt til arbejdsmarkedet spiller en rolle for tildeling af døgnbehandling.

BRUG AF FRIT VALG

Ifølge SEL § 101 stk. 4 kan borgere, der er visiteret til behandling, vælge at blive behandlet i et andet tilbud af tilsvarende karakter. Det fremgår af tabel 8.10, at 40 kommuner har angivet, om brugen af frit valg har været anvendt i 2012. 26 kommuner ud af 40 angiver, at brugen af frit valg ikke har været anvendt i 2012, mens brugen af frit valg har været anvendt 1-8 gange i 14 kommuner.

Serviceovens § 101 giver kommunen hjemmel til at begrænse brugen af frit valg, hvis hensynet til personen med et stofmisbrug taler for det. Kun én kommune har angivet, at dette skete i 2012.

TABEL 8.10

Anmodninger om frit valg i 2012. Antal.

Antal anmodninger om frit valg	Antal kommuner
0	26
1	4
2	3
3	3
4	1
5	1
7	1
8	1
I alt	40

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

SUPPLERENDE TILBUD

Brugen af supplerende tilbud afhænger af den enkelte borgers konkrete situation og behov. I det omfang kommunerne står over for forskellige typer personer med stofmisbrug, er det forventeligt, at de anvender forskellige supplerende tilbud.

I tabel 8.11 fremgår brugen af forskellige supplerende indsatser. Det fremgår af tabellen, at den supplerende indsats, som de fleste kommuner, 57 pct., anvender altid eller ofte, er inddragelse af pårørende. Bøstøtte efter Serviceovens § 85 er ligeledes en supplerende indsats, der

altid eller ofte anvendes i 46 pct. af kommunerne. Halvvejshuse og udslusningsboliger samt andre aflastnings- eller omsorgstilbud anvendes altid eller ofte i hhv. 18 pct. og 11 pct. af kommunerne.

Kommunerne havde også mulighed for som fritekst at angive andre supplerende indsatser ud over dem, som nævnes i tabel 8.15. Syv kommuner angiver yderligere supplerende indsatser, der spiller en væsentlig rolle i stofmisbrugsbehandlingen. Tre af disse nævner støtte- og kontaktpersonordningen (SKP). To kommuner nævner en beskæftigelsesrettet indsats i samarbejde med jobcenteret, ligesom to kommuner angiver støtte og/eller behandling i eget hjem. Et værested for stoffri klienter og tilbud om sport og motion nævnes hver især af en enkelt kommune.

TABEL 8.11

Brug af supplerende indsatser. Procent.

	Altid eller ofte	Af og til/sjældent/aldrig
Inddragelse af pårørende	57	43
Bostøtte efter Servicelovens § 85	46	54
Familierådgivning	38	62
Aktivitets- og samværstilbud efter Servicelovens § 104	30	70
Udgående stofmisbrugsbehandling/støtte i eget hjem	29	71
Botilbud efter Servicelovens § 107 eller § 108	26	74
Kontakt til frivillige selvhjælpsnetværk/grupper	26	74
Halvvejshuse og udslusningsboliger	18	82
Andre aflastnings- eller omsorgsophold	11	89

Anm.: Frekvenserne er beregnet som andele af de 82 kommuner, der har svaret på mindst et af ovenstående spørgsmål. De kommuner, der har undladt at svare på enkelte spørgsmål, tæller dermed med under den sidste kolonne.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

EFTERBEHANDLING

I dette afsnit fremlægger vi resultaterne af vores undersøgelse af, hvor ofte efterbehandling eller opfølgende indsatser bliver anvendt i den sociale stofmisbrugsbehandling.

TABEL 8.12

Brug af efterbehandling i forlængelse af afsluttet behandlingsforløb. Procent.

	Ambulant	Døgn
Altid	53	67
Ofte	30	19
Af og til	12	10
Sjældent	5	4
Aldrig	0	0

Anm.: N = 83.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

I tabel 8.12 har vi opgjort, hvor ofte kommunerne angiver at anvende efterbehandling, afhængigt af om den sociale stofmisbrugsbehandling foregår som ambulant eller døgnbehandling. Det fremgår af tabellen, at 67 pct., og dermed størstedelen, af kommunerne angiver altid at gøre brug af efterbehandling, når der er tale om døgnbehandling. Tilsvarende billede tegner sig for ambulant behandling, hvor hhv. 53 pct. og 30 pct. af kommunerne altid eller ofte anvender efterbehandling.²³

BOLIGANVISNING OG STOFFRIHED

Kommunerne har mulighed for at anvise boliger til udsatte borgere. Det er relativt få kommuner, der stiller som krav til at anvise en bolig, at borgeren er i stofmisbrugsbehandling, såfremt borgeren misbruger stoffer. Det fremgår af tabel 8.13, at syv ud af 58 kommuner angiver, at de altid eller ofte stiller krav om igangværende behandling. Hovedparten, 47 ud af 58 kommuner, angiver, at de sjældent eller aldrig stiller krav om igangværende behandling.

²³ I april 2014 blev "Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service" (BEK nr. 430 af 30/04/2014) revideret. Blandt de vigtigste ændringer er opfølgning på borgerens behandlingsplan (§ 2 stk. 1 nr. 8) og monitorering af indsatsen (§ 2 stk. 1 nr. 14). Det er derfor muligt, at andelen af kommunerne, der bruger efterbehandling, er steget, siden spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført (i februar 2014).

TABEL 8.13

Stilles der ved kommunal boliganvisning til personer med stofmisbrug krav om stoffrihed eller igangværende behandling? Antal.

	Antal kommuner
Altid	2
Oftede	5
Af og til	4
Sjældent	14
Aldrig	33
I alt	58

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

PROBLEMER MED AT SKAFFE BOLIGER TIL PERSONER MED STOFMISBRUG

I tabel 8.14 fremgår kommunernes vurdering af, hvor vanskeligt det er at skaffe boliger til hjemløse personer med stofmisbrug. Der er stor variation i, hvor ofte kommunerne oplever, at det er vanskeligt at skaffe boliger til hjemløse personer med stofmisbrug. 45 pct. af kommunerne angiver, at det altid eller ofte er svært, mens 20 pct. angiver, at det aldrig eller sjældent er vanskeligt.

TABEL 8.14

Kommunernes vurdering af, hvor svært det er at skaffe boliger til hjemløse personer med stofmisbrug. Procent.

Vurderer kommunen, at det er vanskeligt at skaffe boliger til hjemløse personer med stofmisbrug?	Andel af kommunerne
Altid	14
Oftede	31
Af og til	36
Sjældent	17
Aldrig	3

Anm.: N = 72.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Tabel 8.15 viser kommunernes vurdering af adgangen til boliger til hjemløse personer med stofmisbrug, fordelt geografisk. Det fremgår, at de fem største kommuner samt Frederiksberg deler sig, således at halvdelen altid vurderer, at det er svært at skaffe boliger, mens den anden halvdel vurderer, at det af og til er svært. I forstadskommunerne vurderes det, at

det primært ofte eller af og til er vanskeligt at skaffe boliger til hjemløse. For de øvrige kommuner er der derimod 25 pct., der svarer, at det sjældent eller aldrig er et problem.

TABEL 8.15

Kommunernes vurdering af, hvor svært det er at skaffe boliger til hjemløse personer med stofmisbrug. Procent for hver kommunekategori.

Svar	De fem største kommuner samt Frederiksberg	Forstads-kommuner til København	Øvrige kommuner
Altid	50	20	9
Ofte	0	40	32
Af og til	50	40	34
Sjældent	0	0	21
Aldrig	0	0	4
Antal kommuner	6	10	56

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Ligeledes er der en udfordring i forhold til at have tilstrækkelige specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug. Manglen på specialiserede botilbud fremgår af tabel 8.16, hvor vi ser, at 35 pct. af kommunerne vurderer, at der altid eller ofte er mangel på specialiserede botilbud for personer med stofmisbrug.

TABEL 8.16

Hvor ofte vurderer kommunen, at der er mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug? Procent.

Vurderer kommunen, at der er mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug?	Andel af kommuner
Altid	8
Ofte	27
Af og til	38
Sjældent	26
Aldrig	1

Anm.: N = 77.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Tabel 8.17 viser kommunernes vurdering af mangel på specialiserede boligtilbud til personer med stofmisbrug, fordelt geografisk.

TABEL 8.17

Mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug. Procent.

Svar	De fem største kommuner samt Frederiksberg	Forstads-kommuner til København	Øvrige kommuner
Altid	0	30	5
Ofte	50	20	26
Af og til	33	10	43
Sjældent	17	40	25
Aldrig	0	0	2
Antal kommuner	6	10	61

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Det fremgår af tabellen, at fem ud af de fem største kommuner samt Frederiksberg vurderer, at der ofte eller af og til er mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug. For forstadskommunerne er der stor variation, idet halvdelen vurderer, at der altid eller ofte er mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug, mens fire ud af ti forstadskommuner vurderer, at dette sjældent er tilfældet. For de øvrige kommuner er det med 31 pct. en mindre andel end for resten af landet, der angiver, at der altid eller ofte er mangel på specialiserede botilbud til personer med stofmisbrug.

BARRIERER OG MULIGHEDER FOR FORBEDRINGER I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette afsnit beskriver vi barrierer og muligheder for forbedringer i den sociale stofmisbrugsbehandling.

PERSONER MED STOFMISBRUG, DER KUN I BEGRÆNSET OMFANG EFTERSPØRGER BEHANDLING

Kommunerne er forpligtede til at have relevante tilbud til alle borgere, der har et behandlingskrævende stofmisbrug. Der er dog grupper af personer med stofmisbrug, som kommunerne vurderer ikke efterspørger behandling, fordi de af forskellige grunde ikke er i stand til det. Årsagerne til dette kan være manglende opfattelse af stofmisbrug som værende problematisk, manglende ressourcer til selv at opsøge behandling, eller fordi kommunen mangler behandlingstilbud, målrettet denne gruppe.

Dette afsnit præsenterer hhv. kommunernes vurdering af omfanget, hvorvidt det skyldes mangel på specialiserede tilbud, og hvilke indsatser der vil kunne nå flere af de personer med stofmisbrug, der i dag ikke efterspørger behandling.

I tabel 8.18 fremgår det, i hvilket omfang kommunerne vurderer, at der er grupper af personer med stofmisbrug, der ikke efterspørger behandling.

82 pct. af kommunerne vurderer, at der er mange eller en del unge med et cannabismisbrug, der ikke efterspørger behandling. Ligeledes vurderer lidt over halvdelen af kommunerne, at mange eller en del unge med et misbrug af kokain og personer med et misbrug af receptpræparater ikke efterspørger behandling. Ligeledes angiver 50 pct. af kommunerne, at mange eller en del psykisk syge personer med stofmisbrug ikke efterspørger behandling.

TABEL 8.18

Kommunernes vurdering af omfanget af personer med stofmisbrug, der ikke efterspørger behandling. Andel af kommunerne, der angiver, at dette er tilfældet for mange eller en del. Procent.

Profil	Mange/en del
Unge, der misbruger cannabis	82
Unge, der misbruger kokain	62
Personer, der misbruger receptpligtig medicin	55
Psykisk syge personer med stofmisbrug	50
Personer med stofmisbrug, som tidligere har afbrudt et behandlingsforløb	24
Personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn	23
Hjemløse personer med stofmisbrug	22
Unge, der misbruger opiater	21
Midaldrende og ældre personer med intravenøst misbrug	17

Anm.: Antal kommuner, der har svaret altid eller ofte, ud af de 78, der har svaret på mindst et af spørgsmålene.
Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Mellem hver fjerde og hver femte kommune vurderer, at mange eller en del personer, som tidligere har afbrudt et behandlingsforløb, personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn, hjemløse personer med stofmisbrug og unge, der misbruger opiater, ikke efterspørger behandling. 17 pct. af kommunerne angiver, at mange eller en del midaldrende og ældre personer med intravenøst misbrug ikke efterspørger behandling.

I tabel 8.19 er kommunernes vurdering af mangel på efterspørgsel af behandling opgjort geografisk.

Kommunerne har desuden haft mulighed for at nævne andre grupper, som de vurderer kun i begrænset omfang efterspørger behandling. En kommune nævner, at personer med stofmisbrug, der ikke ser sig selv som stofmisbrugere, naturligt ikke søger behandling. En anden kommune vurderer, at der er mange intellektuelt svage og kognitivt udfordrede personer med stofmisbrug, der ikke søger behandling.

TABEL 8.19

Kommunernes vurdering af omfanget af personer med stofmisbrug, der ikke efterspørger behandling. Andel af kommunerne, der angiver, at dette er tilfældet for mange eller en del. Procent.

	De fem største kommuner samt Frederiksberg	Forstadskommuner til København	Øvrige kommuner
Unge, der misbruger cannabis	83	90	81
Unge, der misbruger kokain	50	80	60
Misbrugere af receptpligtig medicin	83	50	53
Psykisk syge personer med stofmisbrug	50	40	52
Personer med stofmisbrug, som tidligere har afbrudt et behandlingsforløb	67	30	19
Personer med stofmisbrug med hjemmeboende børn	33	20	23
Hjemløse personer med stofmisbrug	50	10	21
Unge, der misbruger opiatier	0	20	23
Midaldrende og ældre med intravenøst misbrug	0	10	19
Antal kommuner	6	10	62

Anm.: Antal kommuner, der har svaret altid eller ofte, ud af det antal kommuner i hver kategori, der har svaret på mindst et af spørgsmålene.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

En dimension i, at der er grupper, der ikke efterspørger behandling, er, at der mangler målrettede tilbud. I tabel 8.20 har vi opgjort kommunernes vurdering af, om der mangler målrettede behandlingstilbud. Det fremgår af tabellen, at 43 pct. af kommunerne vurderer, at mange eller en del personer, der misbruger receptpligtig medicin, mangler målrettede tilbud, og at mange eller en del psykisk syge personer med et stofmisbrug mangler målrettede tilbud. Ca. hver fjerde kommune angiver, at mange eller en del unge, der misbruger cannabis, og hjemløse personer med et stofmisbrug ligeledes mangler målrettede tilbud.

Derudover er der to kommuner, der nævner, at der mangler specialiserede tilbud til borgere med anden etnisk baggrund. En kommune

angiver, at der mangler målrettede tilbud til unge under 18 år med en dobbeltdiagnose. Endvidere er der en kommune, der angiver, at der mangler tilbud til voksne med et cannabismisbrug.

TABEL 8.20

Kommunernes vurdering af, hvilke misbrugsprofiler der modtager utilstrækkelig behandling, fordi der mangler målrettede tilbud. Andel, der svarer altid eller ofte. Procent.

Profil	Altid/ofte
Personer, der misbruger receptpligtig medicin	43
Psykisk syge personer med et stofmisbrug	43
Unge, der misbruger cannabis	26
Hjemløse personer med et stofmisbrug	23
Unge, der misbruger kokain	19
Unge, der misbruger opiat	12
Midaldrende og ældre personer med intravenøst misbrug	9
Personer med et stofmisbrug med hjemmeboende børn	9
Personer med et stofmisbrug, som tidligere har afbrudt et behandlingsforløb	8

Anm.: Antal kommuner, der har svaret altid eller ofte ud af de 77 kommuner, der har svaret på mindst et af spørgsmålene.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

I tabel 8.21 fremgår kommunernes vurdering af, om de personer med stofmisbrug, som ikke efterspørger behandling, ville kunne nås med særlige indsatser. Det fremgår af tabellen, at 46 pct. af kommunerne vurderer, at man ved at udvide tværgående kommunale samarbejder ofte eller altid ville kunne nå personer med stofmisbrug, der ellers ikke efterspørger behandling. 43 pct. af kommunerne vurderer, at mere udgående behandling og støtte i hjemmet altid eller ofte vil kunne nå personer med stofmisbrug, der ikke efterspørger behandling. Flere tilbud om anonym behandling,²⁴ større rummelighed i behandlingssystemet og styrkelse af det opsøgende arbejde på gadeplan er ligeledes indsatser, som mellem tre og fire ud af ti kommuner vurderer ofte eller altid ville kunne nå personer med stofmisbrug, der ikke efterspørger behandling.

Derudover er der to kommuner, der nævner, at en højere grad af familieorienteret behandling vil have betydning for at nå personer med stofmisbrug, der ellers ikke efterspørger behandling. To kommuner nævner derudover, at behandlingstilbud med fordel kan integreres med akti-

²⁴ Spørgeskemaet gennemførtes i 2014. Siden 1. juli 2015 er kommunerne dog ved lov forpligtigede til at tilbyde anonym behandling (Serviceloven, §101).

vitetstilbud. Særligt i forhold til unge personer med stofmisbrug nævner to kommuner, at et stærkere opsøgende arbejde på uddannelsesinstitutioner vil være gavnligt, ligesom der peges på nødvendigheden af en koordineret indsats for unge under 18 år. To kommuner nævner endvidere webbaserede tilbud som et område, der indeholder et potentiale; ligesom to kommuner efterspørger muligheden for at tilbyde anonym behandling. Det nævnes desuden, at manglende forekomst af behandlingstilbud uden for almindelig arbejdstid gør det meget svært for personer med stofmisbrug med arbejde at komme i behandling, selv om de måtte ønske det. Endelig nævner en kommune, at den er i gang med at udvide samarbejdet med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen med henblik på at tilbyde behandling til flere personer med stofmisbrug, end tilfældet er i dag.

TABEL 8.21

Kommunernes vurdering af, hvilke indsatser der ville være effektive til at nå personer med stofmisbrug, der i dag ikke efterspørger behandling. Andel, der svarer altid eller ofte. Procent.

Ny indsats	Altid/ofte
Udvidelse af tværgående kommunale samarbejder	46
Mere udgående behandling og støtte i eget hjem	43
Flere tilbud om anonym behandling	39
Større rummelighed i behandlingssystemet	34
Styrkelse af det opsøgende arbejde på gadeplan	29
Mere intensive behandlingsforløb	16

Anm.: Antal kommuner, der har svaret altid eller ofte ud af de 76 kommuner, der har svaret på mindst et af spørgsmålene.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

SAMARBEJDE I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette afsnit beskriver vi samarbejdet mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og en række andre aktører.

Det fremgår af tabel 8.22, at der er stor variation i, hvor mange kommuner der har et meget stort eller stort samarbejde med forskellige aktører. 79 pct. af kommunerne angiver, at de har et meget stort eller stort samarbejde med jobcenteret. Ligeledes angiver 64 pct. af kommunerne, at de har et meget stort eller stort samarbejde med socialpsykiatrien, og lidt mere end halvdelen af kommunerne har et meget stort eller stort samarbejde med kriminalforsorgen og Børne- og Ungeforvaltningen vedrørende personer med stofmisbrug med børn. Kun hhv. 28 pct.

og 15 pct. af kommunerne svarer, at de har et meget stort eller stort samarbejde med distriktspsykiatrien og hospitalspsykiatrien.

TABEL 8.22

Omfanget af samarbejdet mellem den kommunale stofmisbrugsbehandling og en række andre aktører. Andel af kommunerne, der svarer meget stort eller stort. Procent.

Anden aktør	Andel af kommunerne med meget stort eller stort samarbejde
Jobcenteret	79
Socialpsykiatrien	64
Kriminalforsorgen	55
B&U vedr. personer med stofmisbrug med børn	54
B&U vedr. unge personer med stofmisbrug	45
Ungdomsuddannelser vedr. tidlig opsporing	41
Boformer for hjemløse	36
Folkeskoler vedr. tidlig opsporing	30
Distriktspsykiatrien	28
Hospitalspsykiatrien	15

Anm.: N = 80.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Det fremgår af tabel 8.23, at der er stor variation i, hvor godt kommunerne vurderer samarbejdet med de forskellige aktører i den sociale stofmisbrugsbehandling.

70 pct. af kommunerne angiver, at de har et meget godt eller godt samarbejde med jobcentret, og to ud af tre kommuner oplyser, at de har et meget godt eller godt samarbejde med hhv. kriminalforsorgen og socialpsykiatrien. Der er således et sammenfald mellem de aktører, som kommunerne har et meget stort eller stort samarbejde med, og med de aktører, som de har et meget godt eller godt samarbejde med. Færrest kommuner, hhv. 30 pct. og 20 pct., vurderer, at de har et meget godt eller godt samarbejde med distriktspsykiatrien og hospitalspsykiatrien.

TABEL 8.23

Vurdering af, hvor godt samarbejdet fungerer med en række eksterne aktører. Andel kommuner, der angiver, at samarbejdet fungerer meget godt eller godt. Procent.

Anden aktør	Meget godt/godt
Jobcenteret	70
Kriminalforsorgen	66
Socialpsykiatrien	64
B&U vedr. personer med stofmisbrug med børn	57
B&U vedr. unge personer med stofmisbrug	50
Ungdomsuddannelser vedr. tidlig opsporing	44
Distriktspsykiatrien	35
Boformer for hjemløse	35
Folkeskoler vedr. tidlig opsporing	30
Hospitalpsykiatrien	22

Anm.: N = 80.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

PROBLEMER MED VENTETIDER

Der er kommuner, der oplever problemer med ventetider i den sociale stofmisbrugsbehandling. Det ser dog ikke ud til at være et markant problem, ifølge kommunernes vurderinger. Tabel 8.24 viser kommunernes vurdering af omfanget af problemer med ventetider på hhv. kommunens egne/fælleskommunale behandlingssteder, eksterne behandlingssteder og hos andre forvaltninger eller aktører. 92 pct. af kommunerne vurderer, at der sjældent eller aldrig er problemer med ventetider på egne steder. 84 pct. af kommunerne oplever, at der sjældent eller aldrig er problemer med ventetider hos eksterne behandlingssteder, mens 16 pct. af kommunerne vurderer, at der af og til er problemer med ventetider på eksterne behandlingssteder. Anderledes ser billedet ud, når det er andre forvaltninger og aktører. Her vurderer 14 pct. af kommunerne, at de ofte oplever problemer med ventetider, og 49 pct. af kommunerne oplever, at der af og til er problemer med ventetiderne. 37 pct. vurderer, at der sjældent eller aldrig er problemer med ventetider.

Vi har også bedt kommunerne beskrive, hvor i systemet ventetiden udgør en særlig barriere i forhold til at tilbyde personer med stofmisbrug en helhedsorienteret indsats. 59 kommuner har nævnt en specifik anden aktør, hvor ventetider udgør et problem. 26 kommuner angiver, at ventetid i psykiatrien udgør en særlig barriere i forhold til at tilbyde en helhedsorienteret indsats. Oftest er det udredningen hos regionen, der

specifikt nævnes, men flere kommuner nævner også, at der kan være lang ventetid, fra borgeren har modtaget en diagnose, til den egentlige psykiatriske behandling iværksættes. Enkelte kommuner nævner en problematisk ventetid ved den kommunale socialpsykiatri, og en enkelt kommune specificerer, at problemet ligger ved overgangen mellem kommunens socialpsykiatri og regionens behandlingspsykiatri. Seks kommuner nævner, at der ofte er problematiske ventetider ved myndighedsbeslutninger angående boligtilbud.

TABEL 8.24

Problemer med ventetider i stofmisbrugsbehandlingen og hos andre aktører. Procent.

	Kommunens egne eller fælles-kommunale behandlingssteder	Eksterne behandlingssteder	Andre forvaltninger eller aktører
Altid	0	0	0
Oft	0	0	14
Af og til	8	16	49
Sjældent	27	54	23
Aldrig	65	30	14
Antal svar	71	74	70

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Derudover nævnes en lang række andre enkeltelementer, som kan udgøre barrierer i forhold til at tilbyde personer med stofmisbrug en helhedsorienteret indsats. Der nævnes beskæftigelse, ADHD, tildeling af pensionsydelse eller sociale ydelser, krav om stoffrihed og manglende rummelighed i forhold til personer med stofmisbrug i det somatiske system. Ventetid fra visitation til påbegyndelse af den egentlige behandling nævnes ligeledes af flere kommuner som problematisk. Endelig peger flere kommuner på, at samarbejdet mellem flere kommunale myndighedsfunktioner ofte involverer problematisk ventetid for borgeren. De kommuner, der specificerer årsagerne til dette, nævner manglende afklaring om roller og funktioner i samarbejdet og forskellige syn på borgerens problematik. Derudover nævner en enkelt kommune, at § 110-bosteder har problematiske ventetider om vinteren.

RESSOURCER, MANGEL PÅ VIDEN OG ØVRIGE BARRIERER

Kommunerne peger på, at der i varierende grad er barrierer i den sociale stofmisbrugsbehandling, der skyldes mangel på tilstrækkelige ressourcer.

I tabel 8.25 fremgår kommunernes vurdering af mangel på ressourcer i forhold til forskellige behandlinger. Det fremgår, at 55 pct. af kommunerne vurderer, at der i høj grad eller i nogen grad er mangel på ressourcer i forhold til at tilbyde udgående stofmisbrugsbehandling og støtte i eget hjem. I forhold til at tilbyde mere intensiv ambulant behandling/dagbehandling vurderer 35 pct. af kommunerne, at der i høj grad eller nogen grad er mangel på ressourcer, mens 20 pct. af kommunerne vurderer, at der mangler ressourcer i forhold til at tilbyde flere personer med stofmisbrug døgnbehandling. 25 pct. af kommunerne vurderer, at der i høj eller i nogen grad mangler ressourcer i forhold til at tilbyde målrettet efterbehandling og opfølgning på afsluttede behandlingsforløb.

TABEL 8.25

I hvilken grad vurderer kommunen, at der er mangel på ressourcer inden for nedenstående områder? Procent.

	Udgående behandling og støtte i eget hjem	Mere intensiv ambulant be- handling/dag- behandling	Døgnbehandling til flere personer med stofmisbrug	Målrettet efterbe- handling og opføl- gning på afsluttede behandlingsforløb
I høj grad	13	9	4	8
I nogen grad	42	26	16	17
I mindre grad	36	34	32	33
Slet ikke	9	31	48	42
Antal svar	76	74	73	76

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Ligeledes har kommunerne haft mulighed for at vurdere, om de mangler viden om effektive behandlingsmetoder. I tabel 8.26 fremgår det, at 69 pct. af kommunerne vurderer, at de ikke umiddelbart mangler viden om effektive behandlingsmetoder, og 16 pct. vurderer, at de overhovedet ikke mangler viden. 15 pct. svarer, at de i høj grad eller i nogen grad mangler viden om effektive behandlingsmetoder.

Af øvrige barrierer i den sociale stofmisbrugsbehandling nævner kommunerne blandt andet samarbejdet med psykiatrien. Derudover nævnes en barriere i forbindelse med manglende mulighed for koordination mellem de kommunale søjler. Flere kommuner nævner, at der er et problem forbundet med, at en helhedsorienteret indsats nødvendigvis vil medføre lang ventetid, når der skal inddrages flere myndighedsafdelinger. I denne forbindelse efterlyser en enkelt kommune en afklaring af, hvad

stofmisbrugsbehandling indebærer, og hvad den *ikke* indebærer, for at skabe klare rammer ved samarbejde med andre aktører. To kommuner angiver for store krav til registreringer og dokumentation som en barriere for at tilbyde god stofmisbrugsbehandling. Desuden nævnes følgende elementer hver især af en enkelt kommune som værende en særlig problematisk barriere for at udføre god stofmisbrugsbehandling: kravet om at levere en udredning på 14 dage, stigmatisering af personer med stofmisbrug, samarbejdet med praktiserende læger, den lovgivningsmæssige skillelinje ved 18 år, krav om tavshedspligt, manglende uddannelse i stoffer for støttepersoner for de unge personer med stofmisbrug, og manglende boliger og væresteder for unge personer med stofmisbrug.

En enkelt kommune vurderer, at stof- og alkoholbehandling med fordel kunne slås sammen på ministerielt plan. I dag er den kommunale behandling på disse to områder i mange tilfælde slået sammen, men denne kommune vurderer, at det indebærer problemer at skulle arbejde under to lovgivningsmæssige rammer.

TABEL 8.26

I hvilken grad mangler behandlingsstederne viden om effektive behandlingsmetoder? Procent.

	Andel af kommunerne
I høj grad	1
I nogen grad	14
Ikke umiddelbart	69
Overhovedet ikke	16

Anm.: N = 74.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

POTENTIALER

Vi har allerede berørt, i hvilket omfang kommunerne benytter borgernes pårørende som en ressource i behandlingsforløbet. For at vurdere, hvorvidt pårørende er et potentiale i forhold til at forbedre stofmisbrugsbehandlingen, har vi spurgt kommunerne, i hvilken grad det ville være hensigtsmæssigt at inddrage pårørende mere, end tilfældet er i dag.

Det fremgår af tabel 8.27, at 40 pct. af kommunerne angiver, at det altid eller ofte vil være hensigtsmæssigt at inddrage de pårørende mere i stofmisbrugsbehandlingen, end tilfældet er i dag. 46 pct. af kommunerne vurderer, at det af og til vil være hensigtsmæssigt at inddrage pårø-

rende mere, mens 14 pct. svarer, at de sjældent eller aldrig vurderer, at det ville være hensigtsmæssigt at inddrage pårørende mere.

TABEL 8.27

I hvilken grad vurderer kommunen, at det ville være hensigtsmæssigt at inddrage pårørende mere i behandlingsforløbet? Procent.

	Andel af kommunerne
Altid	5
Ofte	35
Af og til	46
Sjældent	13
Aldrig	1

Anm.: N = 79.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Som angivet i tabel 8.28 er der ikke stor sammenhæng mellem, i hvilken grad kommunerne allerede benytter pårørende, og i hvilken grad de vurderer, at det ville være hensigtsmæssigt at inddrage dem mere. Omkring 40 pct. af kommunerne vurderer, at det altid eller ofte vil være hensigtsmæssigt at inddrage de pårørende mere, uanset i hvilket omfang det allerede er tilfældet. 18 pct. af de kommuner, der altid eller ofte inddrager pårørende, vurderer, at det sjældent eller aldrig vil være hensigtsmæssigt, at de inddrages mere, hvorimod dette kun er tilfældet for 7 pct. af de kommuner, der i mindre grad benytter sig af pårørende i dag.

TABEL 8.28

I hvilken grad vurderer kommunen, at det ville være hensigtsmæssigt at inddrage pårørende mere i behandlingsforløbet? Fordelt på omfanget af nuværende inddragelse af pårørende. Procent.

Hvor ofte inddrages pårørende?	Altid/ofte	Af og til	Sjældent/aldrig	Samlet
Hvor ofte ville det være hensigtsmæssigt at inddrage de pårørende?				
Altid/ofte	42	40	18	100
Af og til/sjældent/aldrig	40	53	7	100

Anm.: N = 75.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Frivillige organisationer er en anden dimension, der kan inddrages i den sociale stofmisbrugsbehandling. Vi har bedt kommunerne vurdere, hvorvidt et stærkere samarbejde med frivillige organisationer vil forbedre indsatsmulighederne for særligt udsatte personer med stofmisbrug i kommunen.

Det fremgår af tabel 8.29, at 21 pct. af kommunerne vurderer, at der altid eller ofte vil være et potentiale for at inddrage frivillige organisationer, mens ca. 60 pct. af kommunerne vurderer, at dette af og til er tilfældet. Ca. 20 pct. vurderer, at frivillige organisationer aldrig eller sjældent vil forbedre indsatsmulighederne for særligt udsatte personer med stofmisbrug i kommunen.

TABEL 8.29

I hvilken grad vurderer kommunen, at et stærkere samarbejde med frivillige organisationer vil forbedre indsatsmulighederne for særligt udsatte personer med stofmisbrug? Procent.

	Andel af kommunerne
Altid	1
Ofte	20
Af og til	59
Sjældent	18
Aldrig	1

Anm.: N = 71.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

Endelig, i forhold til at forbedre visitationsprocessen, vurderer 88 pct. af kommunerne, at det er der ikke behov for. Det fremgår af tabel 8.30, at 7 pct. angiver, at visitationsprocessen kan forbedres ved at mindske de nuværende krav, mens 5 pct. vurderer, at organiseringen omkring visitationen bør omlægges.

Kommunerne har også haft mulighed for selv at angive andre muligheder og potentialer for forbedring af stofmisbrugsbehandlingen. Fire kommuner har knyttet en kommentar til visitationsprocessen. En af disse nævner, at man netop er ved at omlægge proceduren, da man oplevede et behov for et grundigere arbejde. En anden kommune efterlyser en akutindsats, der i særligt akutte tilfælde kan visitere til døgnbehandling. Endvidere nævner en kommune, at behandlingsgarantiens korte frist betyder, at behandlingen iværksættes på et spinkelt grundlag. Her anbefaler

pågældende kommune, at der i stedet indføres en udredningsgaranti, der potentielt kunne sikre, at flere kom i den rigtige behandlingsform tidligere.

TABEL 8.30

Vurderer kommunen, at visitationsprocessen bør forbedres? Procent.

	Andel af kommunerne
Omlæg organiseringen af visitation	5
I højere grad at følge borgerens ønske	0
Mindske nuværende krav	7
Nej	88

Anm.: N = 75.

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.

OMKOSTNINGER TIL SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette kapitel fremlægger vi resultaterne af vores undersøgelse af kommunernes omkostninger i forbindelse med den sociale stofmisbrugsbehandling i perioden 2008-2012. Undersøgelsen er baseret på kommunernes besvarelser af økonomiskemaet (se kapitel 3 for flere detaljer) og har dermed en deskriptiv karakter. Først beskriver vi udviklingen i nettoomkostninger, fordelt på kommunegrupper i forhold til antal indbyggere og antal personer i stofmisbrugsbehandling. Dernæst fokuserer vi på variationen i forhold til behandlingsintensitet og køb af behandling. Sidst i dette afsnit viser vi fordelingen af indtægter.

HOVEDRESULTATER

- Perioden er kendetegnet ved et fald i nettoomkostningerne til stofmisbrugsbehandling, både målt pr. indbygger og pr. person i stofmisbrugsbehandling.
- Der er stor variation i omkostningsniveauet pr. indbygger i landets kommuner.
- De fem største kommuner behandler hovedsageligt personer med et stofmisbrug på egne behandlingscentre, mens hovedstadens forstadskommuner hovedsageligt køber hos andre kommuner. De øv-

rige kommuner er mere jævnt fordelt mellem køb hos andre kommuner og køb hos private tilbud, men varetager selv størstedelen af behandlingen.

UDVIKLING I NETTOOMKOSTNINGER FOR KOMMUNERNE

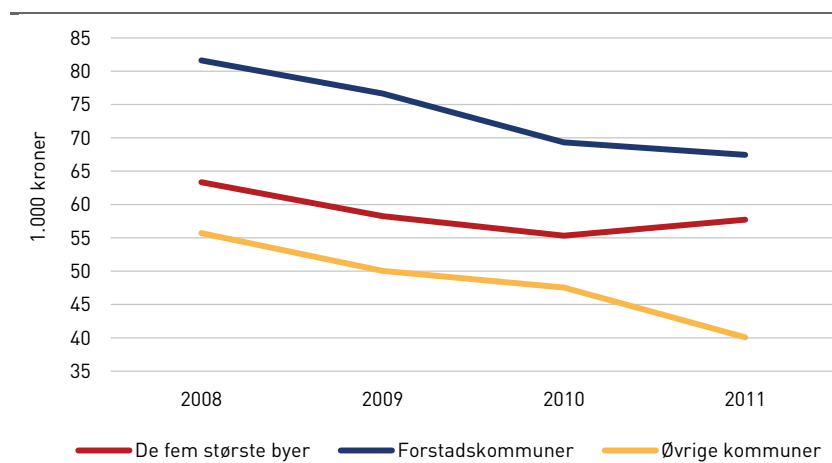
I dette afsnit beskriver vi udviklingen i nettoomkostninger til kommunernes sociale stofmisbrugsbehandling i perioden 2008-11/12. Vi viser dels nettoomkostninger i forhold til antallet af personer i stofmisbrugsbehandling og i forhold til kommunens befolkningstal. For at sikre sammenlignelighed i perioden er de nominelle omkostninger korrigeret med et løn- og prisindeks. Dette er beregnet som et simpelt gennemsnit af indeks over lønninger til offentligt ansatte og priser, begge som opgivet af Danmarks Statistik. Alle omkostninger er angivet i 2012-priser. Vi har i vores analyser undersøgt omkostningerne, fordelt på tre kommunekategorier: de fem største kommuner, forstadskommunerne og de øvrige kommuner. Som tidligere udgøres de fem største kommuner af København inklusive Frederiksberg, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg, forstadskommuner er kommuner omkring København/Frederiksberg, mens resten af landets kommuner er samlet i kategorien øvrige kommuner.

Vi har opgjort udviklingen i omkostningsniveauet pr. person i stofmisbrugsbehandling for perioden 2008-2011. På den lodrette akse fremgår nettoomkostninger (opgjort i 1.000 kr.) pr. person i stofmisbrugsbehandling, og ud ad den vandrette akse er tid. Det fremgår af figur 9.1, at nettoomkostninger pr. person i stofmisbrugsbehandling er faldende i perioden 2008-2011. Forstadskommunerne har i hele perioden de højeste nettoomkostninger pr. person i stofmisbrugsbehandling, men har i perioden oplevet et fald i nettoomkostninger pr. person i stofmisbrugsbehandling fra godt 81.000 kr. i 2008 til godt 67.000 kr. i 2011. De fem største kommuner har oplevet et fald frem til 2010, men i 2011 er omkostningerne steget igen til knap 58.000 kr. pr. person i stofmisbrugsbehandling. De øvrige kommuner har i hele perioden de laveste omkostninger. De har gennemsnitligt oplevet et fald i perioden fra 55.000 kr. pr. person i stofmisbrugsbehandling i 2008 til 40.000 kr. i 2011. Faldet i omkostninger pr. person i stofmisbrugsbehandling kan både hænge sammen med, at omkostningerne er blevet færre, eller at antallet af personer med

et stofmisbrug er steget i samme periode. Vi har derfor i figur 9.2 opgjort de gennemsnitlige omkostninger pr. indbygger i perioden 2008-2012.

FIGUR 9.1

Udviklingen i nettoomkostninger pr. person i stofmisbrugsbehandling. 1.000 kroner.



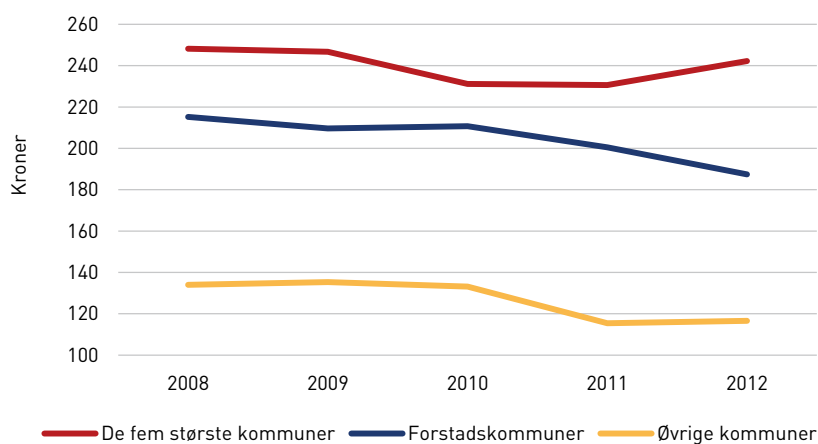
Kilde: Økonomiskema fra kommunerne samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

Af figur 9.2 fremgår det, at de fem største kommuner har væsentligt større nettoomkostninger til stofmisbrugsbehandling pr. indbygger end resten af landet. Udviklingen i perioden er karakteriseret ved et fald fra 2009 til 2010 og en stigning fra 2011 til 2012. Samlet er niveauet dog lavere i 2012 end i 2008. For forstadskommunerne er tendensen mere entydig med et fald fra ca. 215 kr. pr. indbygger i 2008 til knap 190 kr. pr. indbygger i 2012. De øvrige kommuner ligger niveaumæssigt langt under de to andre kategorier, og også for denne gruppe er perioden kendetegnet ved et fald i nettoomkostninger pr. indbygger. I 2008 var nettoomkostningerne pr. indbygger i de øvrige kommuner i gennemsnit ca. 136 kr. pr. indbygger, mens de i 2012 er lige under 120 kr. pr. indbygger.

Omkostningsniveauet i forhold til antal indbyggere tager ikke højde for forskellene i kommunernes belastningsgrad. Men på basis af figur 9.1 og figur 9.2 ser det ud til, at omkostningsniveauet i perioden 2008-2012 er blevet lavere, samtidig med at omkostninger til den sociale stofmisbrugsbehandling pr. person i stofmisbrugsbehandling ligeledes er faldet.

FIGUR 9.2

Udviklingen i nettoomkostninger pr. indbygger. Kroner.



Kilde: Økonomiskema til kommunerne samt registeroplysninger fra Danmarks Statistik.

BEHANDLINGSOMKOSTNINGER, FORDELT PÅ INTENSITET OG UDBYDER

I dette afsnit viser vi, hvordan omkostningerne til den sociale stofmisbrugsbehandling fordeles sig i forhold til behandlingstilbud og behandlingsintensitet. Først viser vi kommunernes omkostninger, fordelt på ambulansbehandling og døgnbehandling, og siden viser vi kommunernes omkostninger til behandling på hhv. egne behandlingscentre, køb hos andre kommuner og køb hos private udbydere. Endelig fremlægger vi vores sidste analyse separat for hhv. døgnbehandling og ambulansbehandling. Sidst i afsnittet afdækkes kommunernes indtægter, forbundet med stofmisbrug, hvilket udgøres af salg af behandlingsydelser til andre kommuner og statstilskud. Alle disse analyser er udelukkende baseret på kommunernes regnskabsoplysninger for 2012 som opgjort i økonomiskemaet. Det er dermed kun de 88 kommuner, der har svaret på dette, der indgår i dette afsnit. Som tidligere vises tallene separat for de tre kommunegrupper samt samlet for hele landet.

BEHANDLINGSOMKOSTNINGER, FORDELT PÅ DØGNBEHANDLING OG AMBULANT BEHANDLING²⁵

En stor del af variationen i nettoomkostninger i kommunerne kan skyldes varierende grader af døgnbehandling. Vi viser i tabel 9.1 andelen af de samlede behandlingsomkostninger, der går til hhv. døgnbehandling og ambulantly behandling/dagbehandling for 2012.

Som vist i tabel 9.1 er omkostningsniveauet for de fem største kommuner og hovedstadens forstadskommuner langt højere end for de øvrige kommuner. Den sidste kolonne angiver døgnbehandlingens andel af de samlede behandlingsudgifter i procent.

TABEL 9.1

Behandlingsomkostninger, fordelt på døgnbehandling og ambulantly behandling pr. indbygger. Kroner og procent.

Kommunegruppe	Døgnbehandling, kr.	Ambulantly behandling, kr.	Døgnbehandlingens andel af samlede behandlingsudgifter. Procent.
De fem største kommuner	39	254	13
Forstadskommuner	9	201	4
Øvrige kommuner	24	87	21
Hele landet	26	143	15

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

Det fremgår endvidere af tabel 9.1, at forstadskommunerne skiller sig ud, ved at en væsentlig lavere andel af behandlingsomkostningerne går til døgnbehandling. Således bruger forstadskommunerne kun 4 pct. af de samlede behandlingsomkostninger til døgnbehandling, mens den tilsvarende andel for de fem største kommuner er 13 pct. De øvrige kommuner bruger mere end en femtedel af behandlingsomkostningerne på døgnbehandling. Til trods for det generelt meget lave omkostningsniveau bruger disse kommuner væsentligt flere kr. pr. indbygger på døgnbehandling, end hvad tilfældet er for forstadskommunerne.

²⁵ Kommunerne har opgivet en mindre del af behandlingsomkostningerne som "anden behandlingsintensitet", hvilket ikke er medtaget i dette afsnit.

BEHANDLINGSOMKOSTNINGER, FORDELT PÅ EGNE TILBUD, KØB HOS ANDEN KOMMUNE ELLER PRIVATE TILBUD²⁶

Kommunerne kan tilbyde stofmisbrugsbehandling på egne behandlingscentre eller købe det hos private udbydere eller andre kommuner. Dette afsnit afdækker fordelingen i kommunernes behandlingsomkostninger mellem de tre måder at varetage behandling på.

tabel 9.2 Tabel 9.2 viser, at 85 pct. af alle behandlingsomkostninger bliver brugt på stofmisbrugsbehandling på egne behandlingscentre for de fem største kommuner. Dertil købes en del behandlingsydelser af private aktører, mens der næsten ikke købes behandling hos andre kommuner. For forstadskommunerne går hovedparten af behandlingsomkostningerne til køb hos andre kommuner. En tredjedel varetages af egne behandlingscentre. For de øvrige kommuner er egne behandlingscentre den største leverandør af behandlingstilbud, mens det samlede køb af behandling hos andre kommuner er ca. lige så stort som det samlede køb hos private leverandører.

TABEL 9.2

Fordeling af behandlingsomkostninger på kommunalt tilkøb, privat tilkøb eller eget behandlingscenter pr. indbygger. Kroner og procent.

Kommunegruppe	Køb af anden offentlig behandling, kr.	Køb af privat behandling, kr.	Drift af egne behandlingscentre, kr.	Drift af egne behandlingscentres andel af samlede behandlingsudgifter. Procent.
De fem største kommuner	1	44	254	85
Forstadskommuner	119	22	68	33
Øvrige kommuner	16	21	79	69
Hele landet	22	27	124	72

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

DØGNBEHANDLING, FORDELT PÅ UDBYDER

I dette afsnit opdeles døgnbehandling separat på de tre udbyderkategorier. Tabellerne viser andelen af de samlede omkostninger til døgnbehandling for de tre kommunekategorier.

²⁶ I modsætning til det foregående afsnit er ”anden behandlingsintensitet” medtaget i dette afsnit, hvorfor de samlede behandlingsomkostninger afviger i mindre grad fra dem, der blev præsenteret i foregående afsnit.

I tabel 9.3 er døgnbehandlingsomkostningerne geografisk fordelt på udbyder. For de fem største kommuner og forstadskommunerne foregår stort set al døgnbehandling i privat regi. Denne post er også langt den største for de øvrige kommuner, men disse kommuner bruger derudover samlet 8 mio. kr. på køb af døgnbehandling hos andre kommuner og 10,5 mio. kr. til døgnbehandling på egne behandlingscentre.

TABEL 9.3

Fordeling af omkostninger til døgnbehandling. 1.000 kroner.

Kommunegruppe	Køb af offentlig døgnbehandling	Køb af privat døgnbehandling	Drift af egen døgnbehandling
De fem største kommuner	-	56.214	726
Forstadskommuner	322	4.266	695
Øvrige kommuner	8.205	64.840	10.518
Hele landet	8.527	125.320	11.939

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

AMBULANT BEHANDLING, FORDELT PÅ UDBYDER

Ligesom i afsnittet ovenfor med døgnbehandling opdeles behandlingsomkostningerne til ambulantly behandling i tabel 9.4 særskilt på udbyder. Denne opdeling af, hvem der varetager den ambulantly behandling, opgøres i tabel 9.4 for de tre kommunegrupper samt for hele landet.

TABEL 9.4

Fordeling af udgifter til ambulantly behandling. 1.000 kroner.

Kommunegruppe	Køb af offentlig ambulantly behandling	Køb af privat ambulantly behandling	Drift af egen ambulantly behandling
De fem største kommuner	886	8.522	365.526
Forstadskommuner	68.606	8.829	38.801
Øvrige kommuner	44.651	8.559	255.645
Hele landet	114.143	25.910	659.972

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

Det fremgår, at de fem største kommuner næsten udelukkende benytter egne tilbud til ambulantly stofmisbrugsbehandling. For forstadskommunerne går størstedelen af omkostningerne til ambulantly behandling til køb af offentlig behandling hos andre kommuner. De øvrige kommuner bru-

ger ca. 300 mio. kr. på ambulansbehandling. Af disse går knap 83 pct. til drift af egne behandlingscentre.

INDTÆGTER

I tabel 9.5 viser vi kommunernes indtægter til stofmisbrugsbehandling, inddelt i *Salg til andre kommuner*, *Statstilskud* og *Anden indtægt* på kommunegrupper. Det fremgår, at de fem største kommuner med 71 mio. kr. modtager ca. tre fjerdedele af det samlede statstilskud. Statstilskud gives til kommuner med særlige udfordringer på et givet område, samt til kommuner, der har midlertidige projekter (fx satspuljeprojekter). Forstadskommunerne står for størstedelen af det samlede salg til andre kommuner. Samlet har de øvrige kommuner med knap 29 mio. kr. en lidt større indtægt fra salg af stofmisbrugsbehandling end de fem største kommuner.

TABEL 9.5

Indtægter vedrørende stofmisbrugsbehandling, fordelt geografisk. I 1.000 kroner.

Kommunegruppe	Salg til andre kommuner	Statstilskud	Anden indtægt	Samlede indtægter
De fem største kommuner	25.560	71.275	11.270	108.101
Forstadskommuner	70.242	10.957	540	81.739
Øvrige kommuner	28.791	13.628	5.297	47.717
Hele landet	124.593	95.860	17.107	237.557

Kilde: Økonomiskema fra kommunerne.

LITTERATUR

- ”Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service” (BEK nr. 430 af 30/04/2014).
- Benjaminen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:19.
- Bjerger, B. & K. Frederiksen, K. (2014): *Kommunernes mulighedsrum – Hvordan nås og fastholdes alkohol- og stofbrugere i den kommunale behandling?* I Thylstrup, B., Hesse, M., Pedersen, M.U. & Frederiksen, K. (red.): *Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (1999): *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lisbon: EMCDDA, december 1999.
- Hesse, M., B. Thylstrup & M.U. Pedersen (2014): *Introduktion*. I: B. Thylstrup, M. Hesse, M.U. Pedersen & K. Frederiksen (red.): *Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

- Regeringen (2016): *10 mål for social stabilitet – Fordi alle kan*. Social- og Indenrigsministeriet 2015/16:3. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Socialministeriet (2011): *VEJ. nr. 10 af 15/02/2011. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5 til serviceloven)*. København: Socialministeriet.
- Socialstyrelsen (2016): *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015): *Narkotikasituationen i Danmark 2015 – Nationale data*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thylstrup, B. (2012): *God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres?* Center for Rusmiddelforskning.
- Thylstrup, B. & M. Hesse (2012): ”Hvordan ser det ud under og efter døgnbehandling?” *STOF*. 19: 66-71.
- Thylstrup, B. & M. Hesse (2014): *Screening og udredning*. I: B. Thylstrup, M. Hesse, M.U. Pedersen & K. Fredriksen (red.): *Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Thylstrup, B., M. Hesse, M.U. Pedersen & K. Fredriksen (red.) (2014): *Misbrugsbehandling. Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2015

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kiergaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation

- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119- 284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119- 286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119- 294-0. Pris: 120,00 kr.
- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaasiuutitut tunngasut kinguaasiuutitigullu innarlüisarnertit qitünnegarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige*

- lande og etniske danskere.* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119-306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af foged-sager og udsættelser i perioden 2007-13.* 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119-309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119-311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning.* 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119-312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier.* 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013.* 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss & J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA.* 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkarpavut. NAKuusap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne.* 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til*

- styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år.* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Gronlændere i Danmark. En registerbaseret kortlægning.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 321-3. Netpublikation.
- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner & R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livs kvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre.* 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119- 324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119- 330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever.* 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial Function and Health in Veteran Families - A Gap Map of Publications within the Field.* 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling.* 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlers og borgeres erfaringer.* 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.

- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & S.C. Winter: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119-342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:42 Lausten, M., S. Frederiksen, R.F. Olsen, A.A. Nielsen & T.T. Bengtsson: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – del II. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-343-5. e-ISBN: 978-87-7119-344-2. Pris: 120,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge*. 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015*. 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119-347-3. Pris: 270,00 kr.
- 15:45 Christensen, G., R.C.H. Jørgensen & M.R. Larsen: *Erfaringer med at ændre socialt mix i udsatte boligområder. Evaluering af brugen af anvisnings- og udlejningsredskaber som led i Landsbyggefondens 2006-10-midler*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-348-0. e-ISBN: 978-87-7119-349-7. Pris: 200,00 kr.
- 15:46 Mehlsen, L., M.T. Jensen, A.-M.K. Jørgensen, R.E. Wendt & G. Christensen: *Effektfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet. En systematisk forskningsoversigt, nr. 1 af 4*. 112 sider. ISBN: 978-87-7119-350-3. e-ISBN: 978-87-7119-351-0. Pris: 110,00 kr.
- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbrin-*

- gelsler. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1.* 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune.* 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.
- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Vel-færdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparathed. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.

- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014*. 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.
- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et konsopdelt arbejdsmarked. Udviklingstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysiske, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af MultifunC. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd*. 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.

KAPACITETEN I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Denne rapport afdækker en række aspekter af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. På baggrund af registerdata og data fra Stofmisbrugsdatabasen beskriver rapporten udviklingen blandt personer med et registreret stofmisbrug fra 2008 til 2013. Den belyser bl.a. antallet af personer med registreret stofmisbrug, deres karakteristika, hvor mange der modtager social stofmisbrugsbehandling, samt hvordan det går efter endt behandling.

Derudover beskrives kommunernes organisering og ressourceforbrug i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen. Rapporten indeholder også kommunernes vurdering af barrierer og muligheder for forbedringer i den sociale stofmisbrugsbehandling.

Analyserne i rapporten viser bl.a., at der er sket en stigning i antallet af personer med et registreret stofmisbrug, men kommunerne vurderer samtidig, at mange personer med et stofmisbrug ikke efterspørger behandling.

Rapporten er iværksat på foranledning af Socialstyrelsen.