

4

MISBRUG AF RUSMIDLER I ET PRAKSISPERSPEKTIV

FELIX VENNDT OG TINE HORN

Dette kapitel beskæftiger sig med rusmiddelbehandling og misbrug ud fra et kommunalt perspektiv. Mere specifikt er kapitlet motiveret af at undersøge misbrug og dets konsekvenser, samt hvordan rusmiddelbehandlingen er organiseret i Randers Kommune, og hvilke indsatser der tilbydes. I kontekstafsnittet beskrives de ændringer, som Strukturreformen i 2007 har haft på rusmiddelbehandlingen og dens position.

I det følgende beskrives Rusmiddelcenter Randers og dets behandlingstilgang, metoder og indsatser. Her bliver det tydeligt, at en faseinddelt behandling med fokus på målsætning og tidsafgrænsning er blevet implementeret for at højne effekten og kvaliteten af behandlingen. Screeningsværktøjerne Addiction Severity Index (ASI) og UngMap benyttes i kortlægningen og vurderingen af borgernes alkohol- og stofmisbrugsproblemer. Det fremgår af beskrivelsen, at behandlingen i Rusmiddelcenter Randers er funderet på evidensbaserede metoder såsom motiverende interview (MI), kognitiv adfærdsterapi (KAT), familieorienteret rusmiddelbehandling og recovery-orienteret rehabilitering. Herefter følger en gennemgang af behandlingsindsatserne i Rusmiddelcentret, der bl.a. omhandler indsatser som fremskudt indsats, håndholdt indsats til udsatte unge ml. 15 og 21 år, mobilteam og indsatser på tværs. Gennemgangen viser, hvordan Rusmiddelcentret må favne bredt for at indfange kompleksiteten og den varierende belastningsgrad hos målgruppen. Formålet med dette kapitel er at give læseren et indblik i en mellemstor kommune som Randers, og hvordan rusmiddelbehandlingen konkret har materialiseret sig her.

ORGANISATORISKE RAMMER

I forbindelse med Strukturreformen, der trådte i kraft per 1.1.2007, hvor 271 kommuner blev omdannet til 98, og de 13 amter nedlagt til fordel for fem nye regioner (Greve m.fl. 2008: 12), er der sket en mærkbar decentralisering af såvel alkohol- som stofmisbrugsbehandlingen (Thylstrup m.fl. 2014: 14), men tillige en recentralisering, idet der kræves målbare og dokumenterbare resultater af de offentligt ansattes arbejde (Pedersen 2011: 210-211).

Nationalt har der været et øget fokus på at udvikle kvaliteten af rusmiddelbehandlingen via fokus på brugen af evidensbaserede metoder og ikke mindst på effekten af behandlingen. Målstyring, effektstyring, guidelines, audit, benchmarking m.m. er udtryk for nye styringspraksisser på dette område.

Sundhedsstyrelsen har lavet kliniske retningslinjer for anbefalinger i forhold til alkoholbehandling, og Socialstyrelsen har udarbejdet Nationale Retningslinjer for god stofmisbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsen 2015a; Socialstyrelsen 2016). Formålet med de nye retningslinjer er at højne og ensarte kvaliteten af rusmiddelbehandlingen, som ellers har været kendetegnet ved svært målbare ydelser og produkter (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 117). Det, at alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen er kommet ind i en kommunal kontekst, har ændret den position, rusmiddelbehandlingen har fået. Indsatserne over for borgerne kan nu i højere grad løses på en mere kvalificeret måde i nærmiljøet og i tæt samspil med de almindelige tilbud (Thylstrup m.fl. 2014: 66). Der er kommet langt mere samspil med kommunale frontmedarbejdere og dermed også flere helhedsorienterede indsatser i kommunerne.

Det er forskelligt, hvordan de enkelte kommuner har organiseret deres rusmiddelbehandling. I nogle kommuner er stof- og alkoholbehandling to adskilte enheder, i andre kommuner dækker rusmiddelcentret både stof og alkohol. I Randers Kommune blev alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen f.eks. placeret i samme bygning i 2011, men fik først fælles institutionsledelse i 2013.

MISBRUG SOM ET SOCIALT PROBLEM

I Danmark er der et stort forbrug af alkohol, om end det falder i disse år. Sundhedsstyrelsen vurderer, at 860.000 drikker over de anbefalede genstandsgrænser. Af de 860.000 vurderer Sundhedsstyrelsen, at 147.000 er afhængige

af alkohol, og at 122.000 børn vokser op i en familie med alkoholproblemer (Sundhedsstyrelsen 2016: 25).

I forhold til stofmisbrug, så er det hashmisbrug, der er det mest fremtrædende stof i Randers som så mange andre steder i Danmark. Man har tidligere vurderet, at der er 33.000, som har et stofmisbrug i Danmark, heraf 11.000, hvor rusmidlet er hash (Sundhedsstyrelsen, 2015b: 9). Tallet er ikke blevet justeret i flere år, og andelen af dem, der er afhængige af hash, er angiveligt langt større. Hvor antallet af personer med et misbrug er stigende, er antallet af personer med et misbrug i behandling nogenlunde konstant. Derudover bliver behandlingssystemet i disse år udfordret af nogle væsentlige forandringer i stofmisbrugskulturen, hvor antallet af misbrugere af opioider falder i modsætning til et stigende antal yngre hash- og kokainmisbrugere. Dette har også været en fremtrædende tendens i Randers Kommune (*Stofbladet* 2016).

Rusmidler, der ikke er alkohol, er defineret som illegale stoffer og beroligende medicin, benzodiazepiner. De illegale stoffer inddeles ofte i disse hovedgrupper:

- Cannabis (hash, skunk mv.)
- Centralt stimulerende stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy mv.)
- Opioider (heroin og opium mv.)
- Andre rusmidler (beroligende medicin, hallucinogener som svampe, LSD, khat, inhalater mv.)

Studier viser, at misbrug ikke kun skal forstås som et biologisk fænomen, men i høj grad også som et socialt problem (Pedersen & Kolind 2010: 9). Misbrug af rusmidler udgør et socialt problem i samfundet, og den måde, det vurderes og sanktioneres på, er stærkt afhængigt af den kulturelle kontekst (ibid.). Der er også samfundsmæssige omkostninger forbundet med misbrug. Analyser viser, at alene danskernes alkoholoverforbrug hvert år koster 13 mia. kr. i sundhedsudgifter, manglende indtjening, sociale ydelser og ulykker (KORA 2014: 6).

Misbrug er et problem, der forårsager menneskelig lidelse, og afhængighed af rusmidler har den konsekvens, at det enkelte menneske ikke længere har kontrol over indtaget af rusmidler. Det betyder, at familier går i opløsning, fordi ægtefællen ikke længere kan holde til at være en del af misbruget, og at børnene har trivselsproblemer og på sigt kan udvikle mere alvorlige proble-

mer som psykiske problemer eller egne misbrugsproblemer. For unge, der har et forbrug af hash, kan det betyde, at de ikke får en ungdomsuddannelse og oplever problemer i deres ungdomsliv. Deres forudsætninger for at blive vel-fungerende voksne er truede.

En del af de unge, vi møder på rusmiddelcentrene, har ikke været i stand til at tage en ungdomsuddannelse eller at holde fast i et job. Det er unge, som har psykiske og sociale problemer, og deres hashforbrug er ofte startet som selvmedicinering, dvs. at hash dæmper de symptomer, de kan have i form af uro, tankemylder mv. For mange af disse unge er forbruget af rusmidler ikke deres største problem. Man kan sige, at for denne gruppe af socialt belastede unge skygger de problemer, der er direkte forbundet med afhængighed af alkohol og/eller illegale stoffer, endnu ikke over de psykiske og sociale problemer, de også har.

Hvis ikke forbruget af rusmidler ophører eller reduceres, vil de problemer, der er et produkt af afhængigheden, senere blive de mest synlige, og de tidligere psykiske og sociale problemer, der fandtes før afhængigheden, vil sløres. Behandlingen på rusmiddelcentrene er derfor en chance for at få fat i de unge, der ved siden af deres problematiske forbrug af rusmidler har massive psykiske og sociale problemer (Pedersen & Kolind 2010: 217).

INDGANGEN TIL MISBRUGSBEHANDLING I RANDERS KOMMUNE

Indgangen til Rusmiddelcenter Randers er Åben Rådgivning, hvor man som borger kan møde op uden forudgående aftale. Borgeren bliver mødt af en venlig sekretær, som viser borgeren til rette og tilbyder kaffe, te eller vand. Denne funktion er vigtig, da dørtrinnet til Rusmiddelcentret kan være svært at træde ind over. Borgeren har ofte tænkt i et stykke tid, om det er nødvendigt at møde op i rusmiddelcentret, og kan opleve det skamfuldt, at det er nødvendigt. Dette hænger sammen med den samfundsmæssige tabuisering, som omgiver misbrug. Ifølge den norske psykolog og terapeut Frid Hansen er tabuisering kulturens måde at gøre noget til et ikke-tema på. Det er noget, vi ikke vil se, ikke vil høre, ikke vil røre ved. Men når vi tabubelægger et problem, forbliver det uløst, i stedet for at vi taler om forbruget af rusmidler, på godt og ondt (Wiborg 2007: 1).

I den Åbne Rådgivning er formålet netop at afvæbne denne skam ved at møde borgeren på en respektfuld og ikke-dømmende måde og afklare borgere-
rens rusmiddelproblematik samt informere om centrets behandlingstilbud. Af-
hængigt af hvordan borgeren har det, kan det være relevant at afdække følgende:

- Rusmønster aktuelt og tidligere
- Eventuel tidligere behandling, og hvordan den blev oplevet
- Psykisk komorbiditet (samtidig forekomst af psykisk lidelse og misbrug)
- Behovet for abstinensbehandling.

Den viden, der kommer ud af afdækningen sammen med borgeren, er vigtig for at kunne vurdere, hvilken behandlingsindsats der skal igangsættes. Borge-
rens aktuelle eller tidligere rusmønster siger noget om, hvor belastet borgeren
er af sit misbrug. Hvis borgeren har været i behandling før, skal vi bruge de
gode og dårlige erfaringer, borgeren har, så vi ikke planlægger en gentagelse
af noget, der ikke var virkningsfuldt for borgeren. Er der et samtidigt misbrug
og en psykisk lidelse, er det vigtigt, at der tages højde for dette i behandlin-
gen. Det kan være, at der er behov for psykiatrisk udredning og henvisning
til psykiatrien. I tilfælde af åbenlyse abstinenser opfordres der til abstinensbe-
handling, idet det kan reducere og fjerne de fysiske abstinenssymptomer og
understøtte afholdenhed i en kortere eller længere periode.

ASI

Hvis borgeren siger ja til et behandlingsforløb, bliver der aftalt tid til en kort-
lægningssamtale med udgangspunkt i skemaet Addiction Severity Index
(ASI). Samtalen tager ca. halvanden time, og efterfølgende bliver borgeren
og behandleren enige om, hvad der er de væsentligste problemstillinger. ASI
måler på misbrugsproblemer, fysisk og psykisk sundhed, sociale faktorer, kri-
minalitet, arbejde og forsørgelse. ASI består af et semi-struktureret interview.
I Danmark og resten af Europa anvendes EuropASI, der er en let tilpasset
europæisk udgave af den amerikanske oprindelige ASI (Stofmisbrugsdataba-
sen 2016). En række kommuner benytter sig af ASI, men ikke alle.

Formålet med ASI er at få spurgt til hele borgerens situation og ikke kun
det, der opleves helt aktuelt. Beskrivelsen af borgerens problemstillinger kom-
mer på en visitationskonference – her sikres det, at der f.eks. er opmærksom-

hed på eventuelle børn under 18 år, og det vurderes, om der skal laves en underretning til familieafdelingen. Borgeren tilknyttes en behandler, der tager kontakt til borgeren.

UNGMAP

UngMap er det instrument, der bruges til screening af unge under 18 år. UngMap inkorporerer den unges netværk som et meget afgørende element for misbrugsadfærd hos unge. Desuden indgår spørgsmål vedr. ADHD, traumatiske begivenheder (mobning, overgreb, PTSD) og social modenhed (YPI). UngMap tager 20-30 min. at udarbejde. UngMap er oprindeligt udviklet af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, og Center For Rusmid-delforskning har videreudviklet på screeningsredskabet (Center for Rusmid-delforskning & SFI 2016). I begge kortlægninger anvendes WHO's diagnose-kriterier. Borgeren vurderer sig selv i forhold til kriterierne:

- Trang – fysisk eller psykisk oplevet trang til alkohol
- Svækket evne til at styre indtagelsen og til at standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer eller alkoholindtagelse for at ophæve eller undgå disse
- Toleransudvikling – stigende forbrug over en længere periode
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

Kriterierne for afhængighed af medicin og/eller hash er enslydende. Siger man ja til tre af de seks kriterier, har man udviklet afhængighed.

Hvis borgeren har udviklet afhængighed, betyder det, at det er meget vanskeligt at opnå kontrol over alkohol eller stoffer:

1. Man oplever trang, og at tankerne kredser om, hvornår man igen kan indtage alkohol eller stoffer.
2. Man har mistet kontrollen, selvom man har truffet en beslutning om at drikke mindre eller slet ikke indtage noget.
3. Man oplever abstinenssymptomer både af fysisk og psykisk karakter, og det vanskeliggør borgerens ophør af alkohol eller stoffer.
4. Der er en øget tolerans, dvs. at man skal indtage mere for at opnå samme effekt som tidligere.

5. Alkohol eller stoffer bliver dominerende i hverdagen, og aftaler overholdes ikke, arbejdet forsømmes, eller andre praktiske ting bliver ikke gjort pga. alkohol.
6. Endelig drikker man videre eller fortsætter stofmisbruget, selvom man kender de negative konsekvenser ved at fortsætte.

Det er vigtigt at få afklaret, om borgeren har udviklet afhængighed, for det kan fortælle noget om, hvor belastet borgeren er af sit alkohol- eller stofproblem.

Det kan være svært at forstå, hvad det vil sige at være afhængig. Her er et kig ind i Peters historie, som beskriver afhængighed:

Peter er 47 år har et godt job, bor i hus med kone og barn. En øl efter arbejde bliver over tid til to og tre. Han begynder at drikke stærke øl, og han starter med at drikke i bilen på vej hjem. Flasker bliver hurtigt et problem, og han køber vodka i flade flasker, fordi de er nemme at have på sig, uden at det kan ses. Peters kone siger fra og stiller krav om, at han skal gøre noget ved sit alkoholproblem. Peter opsøger alkoholbehandlingen, men er ikke motiveret for at ændre sit forhold til alkohol. Han fortæller sin kone, at han går i behandling, men han er ikke i stand til at følge et forløb. Peters situation bliver værre og værre, han kan se det, men magter ikke at gøre noget ved det, i stedet drikker han mere og mere. Tiltagende løgne, han gemmer alkohol, siger nej til sociale arrangementer, han er irriteret og har dårlige tanker om sig selv. Han fortsætter med at drikke. Peter bliver skilt, mister sit job og mister kontakten til sin datter.

Hver morgen vågner Peter med abstinenser og siger til sig selv: „I dag vil jeg ikke drikke“. Efter et kvarter kan han ikke længere holde fast. Han forklarer sig selv, at det er farligt at have abstinenser, og han må drikke lidt. Kl. 7 går han ned i Brugsen i bagerafdelingen. Efter de har pakket to rundstykker, beder han dem om at hente to kyllinger (snaps) i kiosken, som ikke er åben endnu. Han sætter sig i parken, læser avis og drikker de to kyllinger „for at blive menneske“. Efter noget tid er han i stand til at gå hen i en anden kiosk og købe de næste

to kyllinger. Han går hjem, drikker kyllingerne i løbet af formiddagen, ved middagstid går han igen i Brugsen og køber en flaske vodka. Han drikker den halve vodka i løbet af de næste tyve minutter. Han drikker af flasken, og dette beskriver Peter som et væsentligt udtryk for den deroute, han er i gang med, han drikker ikke længere af glas. Da han har drukket vodkaen, går han i et andet supermarked og køber Masterbrew og mere vodka. Han har nu totalt kontroltab og drikker, til han får blackout. Næste morgen vågner han med abstinenser.

Peter har været indlagt til afrusning 39 gange over de seneste to år, han vil virkelig gerne være ædru, men drikker, så snart han udskrives. Han sidder fuldstændig fast i sit drikkemønster, og det samme udspiller sig dag efter dag. Han er ulykkelig.

BESKRIVELSE AF MISBRUGSBEHANDLINGEN

Denne beskrivelse af misbrugsbehandlingen i Rusmiddelcenter Randers er delt i tre afsnit: et første afsnit om retningslinjer for behandlingen, et andet afsnit om metoder i behandlingen og et tredje afsnit om, hvordan behandlingen er organiseret. Det fremgår af beskrivelsen, at misbrugsbehandlingen er evidensbaseret, nuanceret og velorganiseret. Misbrugsbehandlingen i Randers Kommune foregår i nærmiljøet og i tæt samspil med de øvrige tilbud og frontmedarbejdere i kommunen.

RETNINGSLINJER: FASEINDDALT BEHANDLING

I Danmark har der ikke været tradition for tydelighed på, hvad vi som behandlingsinstitutioner kan anbefale borgere, der har udviklet afhængighed af alkohol og stoffer.

Med inspiration fra den engelske sundhedsstyrelses retningslinjer for god alkoholbehandling, Nice Guidelines, og implementering af disse i Center for Alkoholbehandling i Aarhus Kommune, har Rusmiddelcenter Randers indført en faseinddelt behandling med fokus på alkohol og/eller stofmålsætning i forhold til målgrupper. Når valget faldt på Nice Guidelines, var det, fordi England var gået foran og havde foretaget den største og grundigste undersøgelse

af effekt og omkostninger ved alkoholbehandling nogensinde. I 2011 udgav den engelske sundhedsstyrelse Nice Guidelines for alkoholbehandling. Nice Guidelines skelner mellem tre målsætninger:

- reduceret forbrug
- skadesreduktion
- afholdenhed

Nice Guidelines anbefaler, hvilke målgrupper der er fagligt belæg for at anbefale hvad til.

Fase 1

Det anbefalede mål for en borger, som er afhængig, og som ikke har svære komplekse problemer ud over afhængighed, såsom signifikant psykiatrisk og fysisk komorbiditet (f.eks. depression eller alkoholrelaterede leversygdomme), er afholdenhed. Hvis borgeren ikke opfylder tre af WHO's seks kriterier for afhængighed og således ikke har udviklet afhængighed, bliver personen anbefalet reduceret forbrug. I fase 1 arbejdes der med alkohol- og stofmålsætning, ambivalens og motivation for forandring. Partneren kan inddrages i forløbet for at nå frem til, om borgerens målsætning er en, partneren kan acceptere. Parret kan således få hjælp til at tale sammen om, hvilken betydning alkohol eller stoffer har i deres relation. For at kunne fortsætte til fase 2 skal borgeren have truffet en beslutning om enten reduktion eller afholdenhed.

Fase 2

Her arbejdes der med at ændre forholdet til alkohol eller stoffer. Konkret arbejdes der med trang og håndtering af denne, med højrisikosituationer, med det levede liv, og hvad borgeren ønsker at opnå med at være afholdende. Dette foregår i gruppe eller individuelt. Hvis borgeren i fase 2 ændrer sin målsætning fra at være afholdende til at have et reduceret forbrug, tilbydes personen et forløb på op til fem samtaler i fase 2 med temaer, der peger på, hvordan borgeren kan håndtere sin situation, og afprøvning af, om målet, at drikke reduceret, er en realistisk målsætning. Borgere, der gennemfører fase 2, kan fortsætte i:

Fase 3

Efterbehandling. Her arbejdes der med tilbagefaldsforebyggelse, højrisikosituationer samt vedligeholdelse af målsætning. Efterbehandling foregår både individuelt og i gruppe.

Flexforløb

Borgere med et samtidigt misbrug og psykisk lidelse tilbydes flexforløb, som rummer skadesreducerende tiltag og helhedsorienterede tilbud i samarbejde med de mange samarbejdspartnere, centret har. Disse borgere kan have en svær personlighedsforstyrrelse, en psykisk lidelse eller komplekse sociale problemer. Der arbejdes f.eks. med periodevist reduceret forbrug, med at øge stabilitet samt undgå forværring af borgerens situation. Behandlingen vil hovedsageligt bestå af individuelle samtaler.

BEHANDLINGSMETODER

Behandling i Rusmiddelcenter Randers tager afsæt i de metoder, der i disse år er mest evidens for:

- Motiverende interview (MI)
- Kognitiv adfærdsterapi (KAT)
- Familieorienteret rusmiddelbehandling
- Recovery-orienteret rehabilitering

Motiverende interview (MI)

I MI arbejder man med at fremkalde personens egne argumenter og gode grunde til at lave en forandring. Det handler om at finde ud af, hvilke forandringer personen selv er motiveret for. MI er en evidensbaseret samtalemethode og er udviklet af to psykologer, William R. Miller og Stephen Rollnick, i begyndelsen af 1980'erne (Rosdahl 2013: 19). Metoden har vist sig særlig virksom ved samtaler om ændring af livsstil, f.eks. ved samtaler om rygestop, kostændringer i forbindelse med vægttab, alkoholoverforbrug og stofmisbrug mv.

Ofte er grunden til, at en person ikke ændrer adfærd, at man sidder fast i en ambivalent tilstand, at man både vil ændre og ikke ønsker at ændre. Mange mennesker kender det i forbindelse med væsentlige ændringer i livsstilen som f.eks. vægttab, rygning eller andre livsstilsændringer. De fleste, der starter i be-

handling, kommer med ambivalente følelser. MI fokuserer gerne på at afklare eller løse denne ambivalens via ambivalensudforskning eller værdisamtaler.

Ambivalens er helt naturlig, når man står over for at skulle lave komplekse forandringer, og her er et par eksempler på, hvad behandleren kan sige til borgeren:

- „Det er helt naturligt at være i tvivl, når man skal lave en så stor forandring som den, du går og overvejer. Hvis du har lyst, kan vi i de næste par samtaler tale lidt mere om de overvejelser, du har gjort dig.“

eller:

- „Hvilke tanker har du gjort dig om at lave forandring, inden du kom her?“

eller:

- „Hvordan forestiller du dig, at dit liv vil se ud, når du har gennemført din forandring?“

Værdisamtaler er en anden måde at arbejde med ambivalensen på. Værdier er overordnede, vejledende principper for, hvordan personen ønsker at leve sit liv. Ved at udforske værdier får man nogle referencepunkter, og man kan holde den nuværende tilstand op imod den ønskede tilstand: „Du har fortalt mig, at en vigtig værdi for dig er at være nærværende i forhold til dine nærmeste. Hvordan spiller rusmidler ind i den sammenhæng?“ Værdiudforskning kan være med til at skabe nye, ændringsrelaterede tanker, følelser og prioriteringer, som hjælper personen til at afklare ambivalensen.

MI er en god metode og tilgang i den første fase af et behandlingsforløb, hvor der arbejdes med at afklare og måle graden af motivation for ændring. Kognitiv adfærdsterapi bruges i fase 2 af behandlingen, hvor der mere målrettet arbejdes med at ændre personens forhold til alkohol og stoffer. Der arbejdes i behandlingen med den forandring, borgeren ønsker for sit liv. Det kan være at beholde sit job, bevare relationen til børnebørnene eller ønsket om at blive en bedre ægtefælle. Det er det, borgeren ser på den anden side af behandlingsforløbet, der skal trække forandringen, også når det bliver svært.

Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

KAT er en veldokumenteret og effektiv metode for mennesker med misbrugsproblemer. Metoden blev udviklet af Aaron T. Beck i begyndelsen af 1960'erne som en struktureret, tidsbegrænset og nutidsorienteret psykoterapi for depression. Siden dengang har metoden vist sig virkningsfuld i forhold til andre psykiske lidelser og målgrupper, herunder til personer med alkohol- og stofmisbrug (Beck 2007: 13-14). Metoden har fokus på de negative tanker, der aktiveres i særlige højrisikosituationer. Tankerne medfører nedsat oplevelse af kompetence og en øgning af de positive forventninger til rusen. Denne mentale „lås“ er den psykologiske afhængighed, som hos de fleste er meget stærk og selvforstærkende, når den først er i gang.

KAT hjælper med at få øje på dette mønster hos personen og er med til at få sat ord på det, herunder også de kropslige reaktioner, der følger med. Desuden arbejdes der med at udvikle strategier mod den afhængige tankegang, og der opbygges nye værdier for et liv uden afhængighed.

Familieorienteret rusmiddelbehandling

Et misbrugsproblem påvirker altid de nære relationer, særligt samlever og børn. Misbruget vil i større eller mindre grad have forstyrret familiens samspil (roller, ansvar, kommunikation, trivsel) og have forstyrret den enkeltes mulighed for en positiv udvikling socialt og psykisk. Formålet med et behandlingsforløb er, at borgeren og hans familie sammen kan få den nødvendige hjælp og støtte til at genfinde en sund måde at fungere på som familie. I denne proces stabiliseres og normaliseres familiens dagligdag. I behandlingen introduceres der til hjemmeopgaver, hvor familien skal genoptage aktiviteter, samtaler med hinanden og hjælpe børnene med lektier. I behandlingen har alle mulighed for at blive hørt og bidrage til den fælles forandringsproces.

Ofte er der store tabuer forbundet med at have et misbrug, og det er helt afgørende for familiens trivsel, at tabuet brydes, og at børnene bekræftes i det, de godt ved. Ved at inddrage de pårørende understøttes det, at også de pårørende får mulighed for at opnå den støtte, de behøver for ikke på sigt at udvikle psykiske, sociale eller misbrugsproblemer. Det kan foregå ved individuelle samtaler, hvor den pårørende får mulighed for at arbejde med sine særlige problemer.

I den familieorienterede rusmiddelbehandling suppleres metoderne MI og kognitiv adfærdsterapi med systemisk metode. Her ses individet som no-

get, der er en del af et større familiesystem. I systemteorien ansues problemer og symptomer som interpersonelle og ikke individuelle: Når et problem opstår hos en deltager i systemet, ses problemet ikke som isoleret hos det enkelte individ, men som et udtryk for en fastlåsthed i systemet. Måden, hvorpå deltagerne i systemet fungerer, relaterer sig til og kommunikerer med hinanden, har indflydelse på, om et problem kan opstå og/eller blive opretholdt.

I systemisk tænkning opereres der ikke med en simpel årsag-virkningssammenhæng, men med et væld af faktorer, der er indbyrdes forbundet med hinanden. Det kan derfor være formålsløst at forsøge at udrede årsagen til et problem, og derfor vil man i stedet fokusere på her og nu-situationer med det formål at inspirere til nye forståelser og dermed nye handlemuligheder. Grundlæggende for systemisk tænkning er, at familien som system selv rummer løsningen på sine problemer (Aarhus Kommune 2009: 10-11).

Oftest starter et behandlingsforløb med, at den, der har misbrugsproblemet, møder i Rusmiddelcentret for at få hjælp. Her spørger behandleren til familien for at få viden om, hvordan familiesituationen er. Noget af det, behandleren siger, kan være:

- „Vi ved, at når der er et misbrugsproblem, så forstyrrer det familiens dagligdag. Hvordan mon det har påvirket jeres familie?“
- „Hvad tror du, din samlever vil mene om din alkoholmålsætning? Hvad kan det få af betydning for jer?“
- „Hvis din kone havde hørt dig fortælle om, hvordan du oplever, at din afhængighed har udviklet sig, hvad tror du så, at hun ville sige?“
- „Den episode, hvor I voksne skændtes sådan, hvordan var det for børnene? Kan du huske, hvad de gjorde?“

Det er afgørende, at misbrugsproblemet adresseres og holdes i front. Det kan være misbruget, der gør, at et barn bliver udadreagerende eller mistrives. Hvis ikke man som professionel får fat i misbrugsproblemet, endsige opdager, at der er et misbrugsproblem, er der risiko for, at barnet ender med at blive problembærer og ikke får den hjælp, det har behov for.

I denne indsats er det væsentligt at få etableret et godt samarbejde med familieafdelingen i kommunen, fordi der vil være familier, der i tillæg til rusmiddelbehandlingen har brug for en indsats fra familieafdelingen for at sikre børnenes udvikling.

RECOVERY-ORIENTERET REHABILITERING

I Randers Kommune er der fokus på recovery-orienteret rehabilitering, og den tilgang er også styrende i Rusmiddelcentrets arbejde. Recovery vedrører borgerens unikke proces i retning af at „komme sig“ helt eller delvist oven på et alkohol- eller stofmisbrug, psykisk sygdom osv., og rehabilitering er den indsats, de professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkeltes recovery-proces. Recovery-orienteret rehabilitering baserer sig på borgerens hele livssituation og henviser til en målrettet, tidsbestemt og koordineret indsats. I tilgangen tages der udgangspunkt i følgende værdier:

Personorientering: Det enkelte menneske først – „[...] intet menneske kan reduceres til en diagnose, til symptomer eller funktionsnedsættelser, men ethvert menneske må mødes som en unik og særlig person med en livshistorie, konkrete problemer og også forhåbninger og drømme“ (Aarhus Kommune 2016).

Personinvolvering: „Nothing about us without us“ (ibid.) – man kan ikke tilrettelægge behandling eller støtte for mennesker, det enkelte menneskes egne erfaringer og præferencer må inddrages. Dette gælder på individniveau, men også i forhold til planlægning, implementering og evaluering af indsatsen, hvor erfaringseksperisen anerkendes på linje med professionelle kvalifikationer.

Selvbestemmelse: Handler om valgmuligheder. At kunne træffe afgørelser i eget liv er en fundamental menneskeret, som mange mennesker med et misbrug eller en psykiatrisk diagnose oplever sættes ud af kraft i deres møde med systemet. Værdien er et opgør med tanken om, at personer „visiteres“ til tilbud, og ideen om, at mennesker må affinde sig med valget mellem en behandling, de ikke ønsker, eller ingenting.

Potentiale for udvikling: Deri ligger håbet om, at alle har mulighed for at vokse og gro, og at ingen skal affinde sig med at være sat ud på et sidespor, kategoriseret som et håbløst tilfælde. Forestillingen er et opgør med de, nogle gange velmente, men altid undertrykkende, begrænsende forestillinger og lave forventninger, som mange borgere med misbrug eller psykiatriske diagnoser oplever den dag i dag.

Målet med den recovery-orienterede indsats i Rusmiddelcentret er at styrke det enkelte menneskes ressourcer og evne til at handle på egne vegne, og indsatsen skal tilrettelægges i et tæt samarbejde med borgeren og/eller med dennes netværk med henblik på, at borgeren opnår en – for den enkelte – meningsfuld rolle som ligeværdig medborger (Aarhus Kommune 2016).

ORGANISERING AF BEHANDLINGSINDSATSERNE I RUSMIDDELCENTER RANDERS

Indsatsen i Rusmiddelcentret er specialiseret i individuel og gruppebehandling, ungeteamet, familieteamet, behandling af børn og unge i misbrugsfamilier (BRUS), fremskudte indsatser, medicinsk behandling og mobilteamet. Derudover er der en række funktioner, der går på tværs.

Individuel behandling

Den individuelle behandling består af individuelle samtaler med alkohol- eller stofafhængigheden i centrum. Her arbejdes primært med afsæt i metoderne MI, KAT og familieorienteret rusmiddelbehandling. Individuelle samtaler tilbydes både i fase 1 og 2, og pårørende kan deltage. I MI er målet at afklare borgerens ambivalens, konsolidere motivation med henblik på beslutning om forandring, og via KAT understøttes borgerne i at få redskaber til at håndtere trang, risikosituationer samt tilbagefald.

Gruppebehandling

Gruppebehandling sker med afsæt i metoderne psykoedukation, MI, KAT samt mindfulnessbaseret tilbagefaldsforebyggelse. Gruppebehandling tilbydes både i fase 1, 2 og 3, og pårørende kan deltage. I udgangspunktet henvises der til gruppebehandling på baggrund af en udarbejdet behandlingsplan og visitationsafgørelse.

Derudover er der også nogle inklusions- og eksklusionskriterier for de enkelte gruppeforløb, som endeligt afgør, hvorvidt borgeren er omfattet af målgruppen for gruppebehandling eller ej. Et vigtigt inklusionskriterium er f.eks., at borgeren oplever sig parat til at kunne indgå i en gruppesammenhæng og kan møde stabilt. Et eksempel på et eksklusionskriterium kunne være, at borgeren mangler empathiske evner, er grænseoverskridende i sin adfærd og derfor ikke kan indgå i en gruppesammenhæng.

Ungeteamet

Rusmiddelcentret har målrettede indsatser til unge med et behandlingskrævende forbrug af hash og andre stoffer. Her arbejder fem behandlere med behandlingsforløb til unge mellem 15 og 25 år. Udgangspunktet for behandlingen vil ofte være, at det er andre end den unge selv, der mener, at der er et problem. Det kan være forældre, en lærer, en praktikvejleder mv. Dette kan give et lidt udfordrende udgangspunkt for et behandlingsforløb, da den unge ikke nødvendigvis selv synes, der er et problem. Ofte vil det være omgivelserne, der begynder at se konsekvenserne af et forbrug af hash. Det kan være, at den unge begynder at udeblive i skolen eller har andre mere eller mindre udtalte trivselsproblemer. Den unge vil ofte opleve, at omverdenens bekymring for lige netop hashforbruget er overdrevet. De unge oplever, at de har et forbrug, og det kan de godt styre. De gider ikke at snakke om hash, for det gør alle voksne omkring dem og ofte på en moraliserende måde.

Når de unge møder op i Rusmiddelcentret mere eller mindre frivilligt, er det derfor vigtigt at møde dem fordomsfrit og nysgerrigt for at forstå, hvilken rolle og funktion hash har haft i deres liv. Først når vi forstår det, kan vi anerkende det og begynde at udforske, om der kunne være andre muligheder end at ryge hash. Det er en balance ikke at gå for hurtigt frem, men samtidig at få lavet et forløb, der ikke er alt for langt, for de unge er svære at fastholde i behandlingen.

Behandlerne skal ikke være ung med de unge, men have stor viden om ungdomsliv, og hvad det er for ting, der optager unge. Behandlerne skal interessere sig for, hvad ungdomsforskere har af viden om unge mv. Der skal være et godt fagligt netværk at trække på, så behandleren kan få sat ind med de tiltag, der er nødvendige. Det kan være at forhindre, at der opstår alvorlige sociale problemer som en konsekvens af hashforbruget, at den unge bliver smidt ud af skole/uddannelse osv. Det kan være at forhindre, at den unge bliver sat ud af sin lejlighed, og dermed forhindre hjemløshed, og det kan være at arbejde med genetablering af forholdet til forældrene. Der vil være et tæt samarbejde med jobcentret, familieafdelingen, evt. egen læge, forældre, mentor mv. Formålet med samarbejdet er, at alle aktører ved, hvad de andre arbejder med, samt at koordinere indsatsen tidsmæssigt, så den unge kan håndtere de tiltag, der sættes i værk.

Behandling af børn og unge i misbrugsfamilier (BRUS)

BRUS er et gratis samtaletilbud til børn og unge i alderen 0-25 år, der vokser op i familier med rusmiddelproblemer. Tilbuddet findes i 11 midtjyske kommuner. Formålet med indsatsen er at sikre, at de børn og unge, der vokser op i familier med rusmiddelproblemer, kan få hjælp så tidligt som muligt, så de ikke senere i livet udvikler psykiske, sociale eller misbrugsproblemer. Forskning i udsatte børn peger nemlig på, at en tidlig opsporing og en tidlig indsats er afgørende for at sikre barnet en god udvikling. Indsatsen foregår både individuelt og i gruppe (Projekt BRUS 2016).

Særlig håndholdt indsats for at sikre en god overgang fra barn til voksen

Indsatsens formål er at sørge for at give udsatte unge ml. 15-21 år et sammenhængende forløb på tværs af indsatserne på børn/ungeområdet og voksenområdet. Målet er, at de unge hjælpes på rette vej, så de bliver i stand til at gennemføre en uddannelse eller at komme i ordinær beskæftigelse inden for et-to år.

10-15 udsatte unge tilbydes håndholdt og koordineret indsats og får direkte bistand i forhold til at mestre hverdagslivet, hjælp til at påbegynde og fastholde uddannelse og job, støtte til at indgå i evt. misbrugsbehandling og bistand til at få og fastholde egen bolig. Der vil være en særlig koordinering af forløbene.

Fremskudte indsatser

Rusmiddelcentret varetager fremskudte indsatser med henblik på tidlig opsporing af både unge og voksne med rusmiddelproblemer. Vi ved, at det for nogle borgere kan være svært selv at tage et initiativ og opsøge Rusmiddelcentret. Den fremskudte indsats bygger bro og gør vejen kortere til behandling. Fremskudte indsatser kan foregå på jobcentret, produktionsskolen, i regionspsykiatrien og mange andre steder. Målet med den fremskudte indsats er at møde borgeren dér, hvor han er, dvs. det er en brobyggende funktion til Rusmiddelcentret, der samtidig kan være med til at opspore borgere med problemer med rusmidler tidligere, end hvis de selv skulle have søgt behandling. En sidegevinst er, at den fremskudte behandler kan være sparringspartner for de medarbejdere, der er på stedet. Medarbejderne på stedet vil via den fremskudte behandler opnå kompetencer til selv med tiden at kunne identificere borgere med rusmiddelproblemer.

Mobilteamet

En del borgere har så alvorlige stof- og alkoholproblemer, at der er behov for at etablere en anden form for behandling. Et mobilteam er ikke et akutteam. Alkohol- og stofproblemer er ikke opstået akut og kan ikke løses akut. Opgaven for et mobilteam er at yde rusmiddelbehandling til en gruppe svært belastede borgere med misbrugsproblemer, der har haft alvorlige følger. Det er meget væsentligt, at det er behandling, der er i fokus. Der skal være specialviden om misbrug, afhængighed og fysiske og psykiske skader, og der skal være viden om, hvilke behandlingstiltag der er relevante at sætte ind med hvornår, og ikke mindst viden om, hvilke hjælpemuligheder der i øvrigt er.

Udgangspunktet er, at de mest belastede borgere er svære at hjælpe og fastholde i almindelig ambulant behandling og derfor har brug for en anden type indsats end den traditionelle. Formålet med indsatsen er at motivere og støtte borgeren i at være afholdende/stoffri i længere perioder og dermed opnå kortere perioder med indtag af alkohol og/eller stoffer. Der skal arbejdes med at opnå stabilitet i borgerens situation, så det bliver muligt at indlede behandling.

En del af indsatsen er at hindre yderligere forværring af misbruget og starte behandling i eget hjem, på sygehus eller på bosteder. Mobilteamet er et tilbud om hjælp til at fastsætte mål for forandring, følge borgeren i afprøvning samt evaluering og justering af målene.

Medicinsk behandling

Medicinsk behandling i form af substitutionsbehandling kan tilbydes opioidafhængige borgere, som ønsker at erstatte deres illegale forbrug af heroin med buprenorphin eller metadon. Den medicinske behandling med buprenorphin eller metadon påbegyndes og følges op af Rusmiddelcentrets læge. Derudover kan der også være tale om medicinsk behandling med antabus og trangdæmpende behandling med acamprosac og naltrexon. Borgere med alkoholafhængighed kan også tilbydes abstinensbehandling med klopoxid. Medicinsk behandling anbefales altid i kombination med samtalebehandling (social behandling).

Indsatser på tværs i kommunen

Ud over behandling af den enkelte borger har Rusmiddelcentret også en vigtig opgave i at understøtte indsatser andre steder. Det kan være i forhold til

jobcentret, hvor sagsbehandlerne kan trække på Rusmiddelcentrets viden om rusmidler og afhængighed.

Rusmiddelcentret deltager i det tværfaglige samarbejde, der etableres omkring den enkelte borger for at sikre en helhedsorienteret indsats. Det betyder, at der ses på borgerens hele situation og ikke kun rusmiddelproblemet. Det gør det mere sandsynligt, at der kan findes bæredygtige løsninger, når der ikke er et ensidigt fokus på borgerens situation. Rusmiddelcentret har desuden lavet en Rusmiddelplan, som mere overordnet beskriver, på hvilke områder der er behov for indsatser i forhold til rusmidler, og sikrer et tværkommunalt fokus på alkohol og stoffer.

FORANDRINGSPERSPEKTIVET I INDSATSEN

I Rusmiddelcentret er vi bevidste om, at forandring ikke foregår i en stabil, lineær proces. Skiftende motivation er en del af enhver forandring, ligesom tilbagefald er noget, der naturligt forekommer. Denne forståelse af motivation beror på to psykologer, James Prochaska og Carlo Diclementes, arbejde med udvikling af Forandringscirklen – en model, som beskriver de stadier, ethvert menneske gennemgår, når der skal laves en forandring. Hvert stadium forløber over en vis tid og omfatter en bestemt række udfordringer for borgeren og opgaver for behandleren, der skal afsluttes for at kunne fortsætte til næste stadium (Diclemente m.fl. 2008: 42).

Det er krævende at gennemgå store forandringer, og det kan tage tid. Undervejs i forandringsprocessen bevæger man sig ofte frem og tilbage mellem de forskellige stadier. Mange borgere oplever forandringsprocessen som svær og fyldt med ambivalente følelser. Derfor er det også behandlerens opgave at være den, der støtter, motiverer og holder fast i, at forandring er svær – men kan lade sig gøre. Ud over at behandlingen foregår i et samarbejde med den enkelte borger, sker den også i tæt kontakt med det netværk, der omgiver borgeren, det være sig partner, familie samt det professionelle netværk. Rusmiddelbehandling kan være en del af et samlet rehabiliteringsforløb.

I forhold til effekten af behandlingen, dvs. i hvor høj grad borgerne formår at reducere eller stoppe deres misbrug, viser de seneste nationale tal fra Danmarks Statistik, at andelen, som afslutter behandlingsforløb i stofmisbrugsbehandling med ophørt eller reduceret forbrug, er 43 % på landsplan. I forhold til borgere, der afslutter et behandlingsforløb i alkoholbehandling, viser

samme måling fra 2014, at 38 % opnår afholdenhed eller reduceret forbrug (Danmarks Statistik 2014).

Her er et eksempel på et rehabiliteringsforløb, som illustrerer forandringsperspektivet i indsatsen:

Christian, en ung fyr på 20 år med et problematisk hashmisbrug, møder op i rusmiddelcentret til Åben Rådgivning sammen med sin støttekontaktperson, bevilget som efterværn efter § 76 i serviceloven. Christian ryger dagligt ml. fire og fem gram hash, hvilket giver ro på tankerne samt hjælper ham med hans ADHD-problematik. Christian har et ønske om et hashstop, men hans tiltro til forandring er lav. Christian får tid til en visitationssamtale, og derudover underskrives der et samtykke vedr. samarbejde med hans støttekontaktperson og AOF, hvor han går til dagligt.

Efter visitationssamtalen bliver Christian henvist til psykiatrisk udredning ved Rusmiddelcentrets psykiater ift. ADHD-problematikken og opstart af medicinsk behandling. Derudover får Christian plads i Motivationsgruppen, en gruppe til borgere med alkohol- eller hashmisbrug. Gruppens formål er bl.a. at opbygge vigtighed og tiltro samt afklare ambivalens over for forandring, så borgerne kommer frem til en afklaring om, hvilken type forandring de vil lave. Christian bliver i gruppen mødt ud fra den motiverende samtale, en åben, autonomiunderstøttende og samarbejdsorienteret tilgang, og Christian får rum til at dele sine tanker og ønsker om forandring.

I gruppen kommer Christian selv frem til en beslutning om totalt ophør af hashmisbruget, og en stopdato bliver aftalt. Sideløbende med behandlingen er der hele tiden fokus på samarbejdet med Christians støttekontaktperson og AOF. Støttekontaktpersonen sørger for at understøtte Christian i hans hverdag, med fokus på en sund livsstil, træning og aktiviteter, og hjælper ham med at huske sine aftaler. Christian giver udtryk for, hvordan han mærker en øget tiltro samt større glæde, aktivitet og opmærksomhed i sin hverdag. Christian er fortsat afholdende og har været hashfri i 2 ½ måned. Han er overgået til fase 2, hvor der er fokus på kognitive tanke- og handlestrategier samt

fastholdelse af målsætning. Christian er derudover påbegyndt medicinsk behandling med strattera for sin ADHD og oplever god effekt af dette. Det er målet, at Christian skal overgå til mindfulnessbaseret tilbagefaldsforebyggelse i gruppe. Efter endt gruppe overflyttes Christian til fase 3 – som er efterbehandling – med henblik på vedligeholdelse af forandring og udskrivning.

Casen om Christian er et godt eksempel på en tidsfokuseret, koordineret, vidensbaseret og rehabiliterende indsats, som har været funderet på borgerens hele livssituation og beslutninger med inddragelse af borgeren selv og relevante fagfolk.

OPSAMLING

Dette kapitel har primært undersøgt rusmiddelbehandling i et kommunalt perspektiv set ud fra Rusmiddelcenter Randers. Sekundært har kapitlet undersøgt konteksten for rusmiddelbehandling i dag og det faktum, at alkohol- og stofmisbrugsbehandling er kommet ind i en kommunal kontekst med Strukturreformen i 2007, og hvordan det har ændret den position, rusmiddelbehandlingen har fået.

Det viser sig, at indsatserne i højere grad nu varetages på en mere kvalificeret måde, i nærmiljøet og i tæt samspil med de almindelige tilbud og frontmedarbejdere i kommunerne. I afsnittet om, hvilke sociale problemer indsatsen i Rusmiddelcentret skal løse, fremgår det, at alkohol- og stofmisbrugsproblemer og særligt et stigende hashmisbrug blandt unge er omdrejningspunktet for indsatserne i Rusmiddelcentret. Det viser sig, at misbrug af rusmidler både kan forstås som et biologisk fænomen og udgør et socialt problem i den måde, det vurderes og sanktioneres på.

Undervejs i kapitlet er metoder og behandlingsindsatser i Rusmiddelcenter Randers blevet belyst for at give et indblik i en praksis inden for rusmiddelområdet. Afslutningsvis er forandringsperspektivet illustreret via et eksempel på et rehabiliteringsforløb, som viser, hvordan forandring kræver helhedsorienterede og sammenhængende indsatser med fokus på at arbejde med borgerens barrierer for at reducere/stoppe forbruget af rusmidler. Det

fremgår, at samarbejdet med andre aktører er et afgørende element for at sikre, at indsatsen i Rusmiddelcentret lykkes.

REFLEKSIONSSPØRGSMÅL

- Er det et socialt problem at have et misbrug?
- Er afhængighed en sygdom?
- Skal hash legaliseres eller ej?

LITTERATUR

- Beck, Judith S. (2007): *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk Forlag.
- Diclemente, Carlo C., Norcross, John C. & Prochaska, James O. (2008): *Varig forandring*. Haderslev: Forlaget Sydgården.
- Greve, Carsten, Højlund, Holger & Pedersen, Dorthe (2008): *Genopfindelsen af den offentlige sektor – ledelsesudfordringer i reformernes tegn*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Mik-Meyer, Nanna & Villadsen, Kaspar (2007): *Magtens former*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, Mads Uffe & Kolind, Torsten (2010): *Unge, rusmidler og sociale netværk*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitetsforlag.
- Pedersen, Ove Kaj (2011): *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rosdahl, Gregers (2013): *Den motiverende samtale i teori og praksis*. København: Munksgaard.
- Thylstrup, Birgitte, Frederiksen, Kirsten, Hesse, Morten & Pedersen, Mads Uffe (2014): *Misbrugsbehandling – organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitetsforlag.
- Wiborg, Annette (2007): Spørg alkoholikeren – har du børn hjemme? *Børn & Unge*, (14): 1.

INTERNETKILDER

- Center for Rusmiddelforskning & SFI (2016): *Ungmap – misbrug*. Kan findes på: psy.au.dk
- Danmarks Statistik (2014). Kan findes på: dst.dk
- Kommunernes Landsforening (2012): *En styrket misbrugsbehandling*. København: Kommunernes Landsforening. Kan findes på: kl.dk
- KORA (2014): *Samfundsmæssige omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug*. København: Kora. Kan findes på: kora.dk
- Projekt BRUS (2016): *Projekt BRUS*. Kan findes på: projektbrus.dk
- Socialstyrelsen (2016): *Samlede anbefalinger til den sociale stofmisbrugsbehandling*. Kan findes på: socialstyrelsen.dk
- Stofbladet (2016): Tidsskrift for stofmisbrugsområdet, nr. 27, vinter 2016. Kan findes på: stofbladet.dk
- Stofmisbrugsdatabasen (2016): *EuropASI*. Kan findes på: stofmisbrugsdatabasen.dk
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Forebyggelsespakke – Alkohol*. Kan findes på: sundhedsstyrelsen.dk
- Sundhedsstyrelsen (2015a): *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed*. Kan findes på: sundhedsstyrelsen.dk
- Sundhedsstyrelsen (2015b): *Narkotikasituationen i Danmark 2015 – Nationale data, 2015*. Kan findes på: sst.dk
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Alkohol i Danmark 2015. Vaner, skader på andre og holdninger*. Kan findes på: sundhedsstyrelsen.dk
- Aarhus Kommune (2009): *Familien i alkoholbehandling – metoder og inspiration fra Alkoholbehandlingen i Aarhus*. Aarhus: Socialforvaltningen i Aarhus Kommune, Alkoholbehandlingen, Forsorg og Misbrug. Kan findes på: aarhus.dk
- Aarhus Kommune (2016): *Værdier i Recovery-orientering*. Kan findes på: aarhus.dk

