

11:05

FORSKNING OM TVANG I MISBRUGSBEHANDLING

EN KORTLÆGNING FORETAGET AF SFI CAMPBELL

METTE DEDING (RED.)

KØBENHAVN 2011
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

FORSKNING OM TVANG I MISBRUGSBEHANDLING. EN KORTLÆGNING FORE-
TAGET AF SFI CAMPBELL
Afdelingsleder: Mette Deding
Afdelingen SFI CAMPBELL

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7119-004-5

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Hedda Bank
Netpublikation

© 2011 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.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	5
	SAMMENFATNING	7
1	FORMÅL OG METODE	13
	Formål med kortlægningen	13
	Metode	14
	Oversigt over processen	18
2	BAGGRUND	19
	Misbrugere	19
	Omfang og karakter af behandlingstilbud i Danmark	23
	Lovgivning om tvang i Norden	34

3	OVERORDNET BESKRIVELSE AF FUNDNE STUDIER	39
4	EFFEKTSTUDIER	49
	Effektvurderingen	50
	Resultater af effektstudierne	52
	Samlet vurdering	59
5	SVENSKE STUDIER	61
	Oversigt over de svenske studier	62
	Svensk forskningsoversigt fra 2010	64
6	NORSKE STUDIER	69
	Den norske model	70
	Erfaringer på institutionsniveau	74
	Erfaringer fra udøvere af tvang	76
	Erfaringer fra modtagere af tvangsbehandling	80
	Generelle erfaringer	82
	Resultater af tvang	85
	Sammenfatning af positive og negative erfaringer fra Norge	86
	BILAG	89
	LITTERATUR	95
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2010	107

FORORD

Denne kortlægning indeholder et overblik over viden om brugen af tvang i forbindelse med behandling af stof- og alkoholmisbrugere. Kortlægningen inkluderer både studier, hvis formål er at undersøge effekten af tvang, og studier, der kvantitativt og/eller kvalitativt evaluerer tvangstiltag. Kortlægningen er foretaget efter principperne i Campbell-metoden, hvilket vil sige, at vi har lagt stor vægt på, at den er systematisk og dokumenteret. Der er dog mere strikse begrænsninger på søgningen til kortlægningen i forhold til et fuldt Campbell-review, idet der på grund af kortlægningens tidsramme er søgt i færre databaser og i en begrænset tidsperiode. Endvidere indeholder kortlægningen ikke en effektvurdering af det fundne materiale.

Kortlægningen er udført af SFI Campbell, hvor en lang række medarbejdere har bidraget til opgaven. Anne-Marie Klint Jørgensen og Pia Vang Hansen har arbejdet med litteratursøgningerne. Simon Helth Filges, Anne-Sofie Due Knudsen og Madina Saidj har screenet de fundne referencer. Rikke Nøhr Christensen, Ida Wandahl og Krystyna Kowalski har bidraget med tekst til kortlægningen. Projektleder Mette Deding har ligeledes bidraget til at skrive rapporten. Rapporten er finansieret af Socialministeriet.

København, marts 2011

JØRGEN SØNDERGAARD

SAMMENFATNING

Formålet med denne kortlægning har været at skabe et overblik over viden om brugen af tvang i forbindelse med behandling af stof- og alkoholmisbrugere. Vi har således gennemført en systematisk litteratursøgning i internationale forskningsdatabaser efter litteratur, der omhandler tvang i forbindelse med misbrugsbehandling – det være sig tvangstilbageholdelse versus decideret tvangsbehandling. I praksis har det vist sig, at det ikke er muligt at skelne mellem de to begreber, og i kortlægningen omtaler vi derfor generelt emnet som tvangsbehandling.

I forbindelse med kortlægningen har der været særligt fokus dels på viden fra de nordiske lande og dels på viden fra effektstudier. Desuden har der været særligt fokus på tvangsbehandling i forhold til gravide misbrugere. Rapporten indeholder derfor både den generelle kortlægning og tre yderligere kapitler, der går mere i dybden med resultater fra hhv. studier, der omhandler sammenhængen mellem tvangsbehandling og udfald for misbrugerne, resultater fra Sverige samt et særskilt kapitel om de norske erfaringer med tvang, der for nylig er evalueret i to rapporter.

METODE

Kortlægningen er baseret på en systematisk søgning efter studier, der handler om a) tvang i forbindelse med b) behandling af c) misbrugere. Søgeperspektivet har været meget bredt, og vi har hverken taget stilling

til definitionen af tvang, definitionen af behandling eller definitionen af misbrug. Tvang kan således godt have taget form af tvangstilbageholdelse, hvis det er i forbindelse med et behandlingstilbud, mens rene fængselsstraffe ikke er medtaget. Til gengæld har det været vigtigt, at alle tre kriterier har været opfyldt. Mange studier af tvang handler eksempelvis om tilbageholdelse af psykisk syge, som ikke er misbrugere og derfor ikke falder inden for målgruppen for kortlægningen.

Søgningen er foretaget i internationale forskningsdatabaser og i de nordiske nationalbibliografier på engelsk, dansk, svensk og norsk. Endvidere har vi søgt efter ikke-publiceret litteratur på dansk, svensk og norsk. Tidsmæssigt har vi afgrænset søgningen til perioden 1990-2010. Søgningen resulterede i godt 17.000 referencer, som er screenet i forhold til, om alle tre inklusionskriterier er opfyldt (tvang, behandling og misbrug). I alt 70 studier opfyldte alle tre kriterier og danner dermed grundlaget for kortlægningen. De inkluderede studier er derefter kodet i forhold til en række forskellige parametre som land, målgruppe, type af misbrug og studiedesign.

RESULTATET AF DEN GENERELLE KORTLÆGNING

Overordnet er langt den største del af det fundne materiale fra USA (45 ud af 70 studier). Dette har selvfølgelig betydning for, i hvilken grad materialet kan generaliseres, idet den amerikanske kontekst på mange måde er anderledes end den danske. Vi har dog også fundet en del studier fra Sverige (17), der sammen med to norske studier danner udgangspunkt for diskussionen om tvang i en nordisk kontekst. Det skal i den forbindelse bemærkes, at der ikke er fundet studier fra de øvrige nordiske lande.

Yderligere viser det sig, at den overvejende del af materialet er relativt nyt – 51 af 70 studier er fra 2000 og frem. En tidsmæssig afgrænsning af søgningen indebærer den risiko, at man overser væsentligt materiale, fordi det er ældre end afgrænsningen. Men med så stor overvægt af nyere studier i denne kortlægning vurderer vi, at denne risiko ikke er betydningsfuld.

Et af kortlægningens formål er at vurdere tvang i forhold til på den ene side typen af misbrug (stoffer og/eller alkohol) og på den anden side typen af misbruger. I forhold til typen af misbrug har langt de fleste studier ikke skelnet mellem stof- og alkoholisbrug, men i praksis handler langt det meste af materialet om stofmisbrug. Et resultat er således, at

selvom tvangen principielt kan anvendes både i forhold til stof- og alkoholmisbrugere, er alkoholmisbrugere underrepræsenterede. Hvorfor det er sådan, er en problematik i sig selv, som der ikke er fundet et klart svar på.

I forhold til målgruppe/type af misbruger har vi haft særligt fokus på at identificere studier, der handler om gravide misbrugere. Tvangsproblematikken er særlig i forhold til denne gruppe, fordi misbruket kan skade det ufødte barn. I forhold til de gravide misbrugere kan det være særlig alvorligt, at alkoholmisbrugere er underrepræsenterede blandt klienterne, idet alkohol er mere skadeligt og har langvarige negative konsekvenser for fostret.

Forældre og unge er to andre målgrupper, vi har fokuseret på. I forhold til forældre bruges børnene i nogle tilfælde som tvangsobjekter på den måde, at forælderen går i behandling for sit misbrug for at undgå, at barnet bliver fjernet. Hverken i forhold til denne målgruppe eller i forhold til børn/unge har vi dog tilstrækkeligt med materiale til for alvor at kunne beskrive de overordnede tendenser.

I forhold til studiedesign indeholder kortlægningen materiale af meget forskellig karakter – fra randomiserede lodtrækningsforsøg til kvalitative studier. De studier, der angiver at se på sammenhænge mellem tvang og forskellige udfald for misbrugerne (lodtrækningsforsøg, andre studier med kontrolgruppedesign samt forskningsoversigter, der omtaler sådanne studier), har vi set nærmere på.

EFFEKTSTUDIER

Som nævnt har vi set nærmere på de studier i kortlægningen, der angiver at se på forskellige sammenhænge mellem tvang og effekten i forhold til misbrugerens, fx i form af et mindsket misbrug. Det drejer sig om fem randomiserede lodtrækningsforsøg (alle fra USA), 28 studier der anvender andre kvantitative metoder (23 fra USA og fem fra andre lande), samt ni forskningsoversigter, der i større eller mindre omfang inkluderer kvantitative resultater.

Det skal understreges, at disse kvantitative studier ikke er blevet kvalitetsvurderet som led i kortlægningen. Vi har således ikke taget stilling til, hvor valide og generaliserbare resultaterne er, men bruger alene studierne til at referere, hvilke typer af analyser der er lavet på området, og hvilke emner analyserne fokuserer på. Kapitlet om effektstudier inde-

holder derfor ikke en effektvurdering af, hvorvidt tvang virker i forbindelse med behandling af misbrugere.

Ser man på de fundne kvantitative studier, har disse da også meget forskellig karakter. En del af studierne omhandler tvangsbehandling, der foregår som en del af det juridiske system, hvor tvangsbehandlingen fungerer som alternativ til straf. Denne straf kan være en fængselsstraf, men kan også være en trussel om, at børn bliver tvangsfjernet. Andre studier omhandler tvangsbehandling uden for det juridiske system, fx hvor misbrugere i tvangsbehandling sammenlignes med misbrugere i frivillig behandling.

Overordnet giver studierne indtryk af, at der i nogle tilfælde kan opnås positive resultater ved brug af tvang, men omvendt også at tvang ikke i alle tilfælde virker bedre end frivillig behandling, samt at tvangen i nogle tilfælde kan have en direkte negativ effekt. Det er ikke muligt på det givne grundlag præcist at vurdere, hvilke kriterier der skal være til stede, for at tvang kan være effektiv, fordi materialet er så heterogent. Men dette understreger netop, at en tvangsintervention er uhyre kompleks, og at eventuel succes afhænger af mange forskellige aspekter. Vi kan dog trække følgende elementer frem:

- Misbrugere i tvangsbehandling lader til at være i behandling i længere tid end frivillige deltagere
- Tvangsbehandling, der kædes sammen med tilknytning til en arbejdsplads, lader til at være succesfuld
- Motivation for behandling er meget vigtig, og denne kan både hænge positivt og negativt sammen med tvangselementet

SVENSKES STUDIER

Kortlægningen har haft særligt fokus på studier fra de nordiske lande. I praksis har dette dog indskrænket sig til en del studier fra Sverige samt evalueringen af den norske tvangslovgivning. Dette afsnit omhandler derfor kun svenske studier, herunder særligt en svensk forskningsoversigt fra 2010.

Sverige har en længere tradition for tvangsbehandling end de øvrige nordiske lande og har flere misbrugere i tvangsbehandling. Desuden har der i Sverige været mere fokus på evaluering af behandlingen. Flertallet af studierne af tvangsbehandling i Sverige peger i positiv retning, men peger samtidig på, at mange elementer skal være til stede for at sikre et

positivt udfald, som fx en kvalificeret udredning, et struktureret behandlingsindhold og en langsigtet og kvalificeret efterbehandling. Derudover er sociale netværksfaktorer som familie og selvhjælpsgrupper centrale faktorer. Enkelte svenske studier peger dog på, at tvangsbehandlingen ikke giver bedre resultater end frivillig behandling.

NORSKE STUDIER

Den norske tvangslovgivning er evalueret i to rapporter fra det norske Rokkansentret i 2009 og 2010. Evalueringerne er yderst grundige og sætter fokus på mange forskellige aspekter af tvangsbehandlingen. Af hovedpunkter kan vi nævne, at mange socialarbejdere oplever tvangsparagrafferne ambivalent – på den ene side giver paragrafferne nogle muligheder i forhold til misbrugere, som ellers ikke ville komme i behandling, men på den anden side er der store både praktiske og etiske overvejelser forbundet med tvangen. Vurderingen er, at mange misbrugere oplever en positiv udvikling under opholdet på behandlingsinstitutionen, og at muligheden for at kunne anvende tvang er positiv, særligt i forhold til gravide misbrugere. Implementering er en meget væsentlig faktor, hvor det i praksis har været vanskeligt at have de rette pladser til rådighed på det rigtige tidspunkt. Derudover er der store krav til professionismen omkring tvangsbehandlingen – det gælder både beslutningen, selve tvangsanbringelsen (er politiet fx med), kvaliteten af opholdet under behandlingen, udskrivelsen og efterbehandlingen. Rapporten inddrager også misbrugernes eget perspektiv – her beskriver den dels, hvordan mange opfatter tvangsanbringelsen som et stort indgreb i den personlige frihed, dels den oplevede mangelfulde kvalitet af behandlingen.

Samlet understreger de norske erfaringer, at der kan være positive elementer forbundet med tvangsbehandlingen af misbrugere, men at dette kræver et samspil mellem mange komplicerede faktorer. Fx kan det i forhold til gravide misbrugere være vanskeligt at sikre ledig akutkapacitet de rigtige steder. En forudsætning for et positivt resultat er desuden et godt samarbejde mellem forskellige myndigheder og behandlingssteder.

PERSPEKTIVERING

Som denne kortlægning har vist, er der både internationalt og i de nordiske lande eksempler på, at tvangsbehandling af misbrugere kan give posi-

tive resultater. Det er dog også klart, at det positive resultat er afhængigt af samspillet mellem mange faktorer, herunder implementeringen og kvaliteten af (efter)behandlingen samt socialarbejdernes opbakning. Materialet i kortlægningen har ikke dannet grundlag for en decideret effektvurdering, og det er derfor ikke muligt umiddelbart at vurdere, hvilke faktorer der er nødvendige for et positivt resultat. Det står dog klart, at tvangsbehandlingen kan medføre et negativt resultat, hvis nødvendige faktorer som fx høj kvalitet i behandlingen ikke er til stede.

FORMÅL OG METODE

Formålet med denne kortlægning er at bidrage med et overblik over den eksisterende forskning om anvendelse af tvang i behandling af stof- og alkoholmisbrug. Ud over det generelle overblik indeholder kortlægningen en mere dybdegående analyse af effektforskningen på området samt af den forskning, der er foregået i Norden, specielt med fokus på evalueringen af tvangslovgivningen i Norge.

I dette kapitel beskrives først formålet med kortlægningen og derefter den metode, kortlægningen bygger på.

FORMÅL MED KORTLÆGNINGEN

Kortlægningen omhandler personer med misbrugsproblemer (både i forhold til stoffer og alkohol), der enten bliver tvangstilbageholdt til behandling eller er i en anden form for tvangsbehandling. Særligt er der fokus på gravide misbrugere.

Kortlægningen har en relativt bred problemstilling og har således en mere undersøgende karakter. Kortlægningens mål er at afdække området ved at kortlægge den tilgængelige viden på området, samt at sammenfatte denne viden på en overskuelig måde. Dette gøres på en systematisk og dokumenteret måde, således at det står klart, hvordan der er søgt, hvad der er søgt efter, samt hvordan det fundne materiale er be-

handlet. Kortlægningen indeholder en oversigt over alle de fundne studier inden for den relevante afgrænsning samt nærmere vurderinger af de dele af materialet, der mere specifikt omfatter effektstudier, samt studier fra de nordiske lande. Kortlægningen vurderer også, om der er basis for et Campbell-review inden for området, hvor målet er en decideret syntese af effektstudier inden for en mere snæver problemstilling.¹

Resultatet af kortlægningen er opdelt i fire dele:

- Del 1: En overordnet beskrivelse af de studier, som er inkluderet i kortlægningen
- Del 2: En nærmere beskrivelse af effektstudier om tvangsbehandling
- Del 3: En nærmere beskrivelse af studier fra Sverige
- Del 4: Et resume af den norske evaluering af tvangsparagrafferne i den norske lovgivning

METODE

I dette afsnit gennemgår vi kort de principper, som kortlægningen er foretaget efter. Første del omhandler definitionen af målgruppen og interventionen. Anden del omhandler litteratursøgningen, mens tredje del omhandler den såkaldte screening af de studier, der er fremkommet ved litteratursøgningen.

AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPE OG INTERVENTION

I kortlægningen inkluderer vi misbrugere i bred forstand, dvs. at vi ikke på forhånd opstiller kriterier for fx typen af og graden af misbrug. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at 'misbrug' ikke er en entydig størrelse, og at der i forskerverdenen langt fra er enighed om en definition. Nogle klassifikationsredskaber anvender betegnelsen 'misbrug'², mens andre tager afstand fra denne betegnelse pga. ordets tvety-

1. Et systematisk Campbell-review er til forskel fra en kortlægning kendetegnet ved en mere afgrænset problemstilling, en mere omfattende litteratursøgning, mere stringente metodologiske krav til studiedesign samt en omfattende international kvalitetssikringsproces (se www.campbellcollaboration.org eller www.sfi-campbell.dk).

2. Som fx den nuværende Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), først udviklet af American Psychiatric Association i 1954, der inddrager sociale kriterier ud over mentale og fysiske kriterier.

dighed og i stedet anvender betegnelsen 'problematiske brug' ('harmful use' eller 'hazardous use')³. For at tage højde for dette har vi anvendt en række synonymer for misbrug i litteratursøgningen.

I forhold til interventionen er fokus i denne kortlægning sat på misbrugsbehandling, hvor der anvendes en grad af tvangstilbageholdelse og/eller tvangsbehandling. Misbrugsbehandlinger er forskelligartede og kan rangere fra medicinske behandlinger som substitutionsbehandling til psykosociale behandlinger. Der findes et bredt spektrum af psykosociale behandlinger, fx kognitiv terapi og adfærdsterapi samt kombinationer heraf, psykodynamiske, eksistentielle, terapeutiske 'communities' og programmer som Minnesota- og 12-trins-programmet. Behandlingerne kan desuden være individuelle, i grupper eller en kombination af de to. Som udgangspunkt har vi inkluderet alle behandlingstyper, psykosociale såvel som medicinske og offentlige såvel som private.

Endelig gælder det i forhold til tvangselementet, at vi har inkluderet alle former og grader af tvang, der er henvist via lovgivning eller anden statslig instans i forbindelse med en tilbageholdelse og/eller behandling af et stof- eller alkoholmisbrug.

LITTERATURSØGNING

Søgningen er udført systematisk. Alle processer er dokumenteret og kan reproduceres. I dokumentationen indgår en gennemarbejdet søgestrategi, gemte søgehistorier med tydelig angivelse af dato for udførelse, hvilke databaser der er benyttet, hvilke tidsperioder der er søgt i samt oversigt over søgeresultater fra de enkelte databaser. Der er udarbejdet en overblikfigur for flowet i søgeprocessen. Både artikler og bøger er søgt.

Der er søgt i de internationale litteraturdatabaser SocINDEX PsycINFO og PubMed. Herudover er der søgt i nordiske nationalbibliografier: DanBib/bibliotek.dk, LIBRIS, BIBSYS/Norart. Via Google og OpenSIGLE er der søgt efter 'grå litteratur' (dvs. upubliceret litteratur, webkilder, rapporter fra offentlige myndigheder, der ikke opsamles af nationalbibliografier m.m.). Grå litteratur er søgt for at undgå publikations-bias.⁴

3. Som fx den nuværende International Statistical Classification ICD-10 udviklet af World Health Organisation (WHO), der kun er baseret på mentale og fysiske kriterier.

4. Undersøgelser viser, at publicerede studier ofte vil vise større effekt end ikke-publicerede studier.

Søgningen i de internationale litteraturlister er udført med en kombination af kontrollerede emneord og fritext. Søgningen er udført med tidsmæssig afgrænsning fra 1990-2010. Der er sprogafrænset til engelsk, dansk, norsk og svensk.

I Google er der tidsmæssigt afgrænset fra 1990-2010 samt til norsk, svensk og dansk. Der er kun søgt efter grå litteratur, som kan hentes elektronisk. Der er desuden gennemgået litteraturlister fra relevante kilder.

Et eksempel på søgestrategi er søgningen i PubMed, som findes i Bilag 1.

SCREENING OG KODNING

Resultatet af litteratursøgningen er et stort antal studier, der ikke alle er relevante for kortlægningen, og som derfor er sorteret fra. Næste skridt i processen har derfor været at screene de fundne studier. Screeningen sikrer, at de studier, der er inkluderet i kortlægningen, alle fokuserer på den relevante indsats, hvilket i dette tilfælde er studier, der omhandler tvangstilbageholdelse og tvangsbehandlingsindsats for stof- og alkoholmisbrug. Alle studier, der handler om en sådan indsats, er inkluderet – fx kvalitative studier, effektstudier og systematiske og narrative forskningsoversigter. Derimod har vi ekskluderet studier, hvor tvang ikke indgår direkte som element i en behandling – fx målgruppeanalyser og risikoanalyser.

Den primære screening er foretaget på baggrund af titel og abstrakt ved hjælp af tre screeningsspørgsmål af én person (screenings-spørgsmålene er tilpasset efter en pilotscreening foretaget af to personer). Et studie er kun inkluderet i kortlægningen, hvis alle tre kriterier er opfyldt. De specifikke screeningsspørgsmål er:

- Handler studiet om stofmisbrugere og/eller alkoholmisbrugere?
- Handler studiet om behandling af misbrug?
- Indgår tvang i en eller anden form som element i studiet?

Det skal bemærkes, at der ikke altid er nok oplysninger i titel og abstrakt til at vurdere inklusion/eksklusion. I disse tilfælde er hele studiet vurderet i fuldtekst (dvs. hele artiklen) ud fra de samme screeningsspørgsmål.

Den afsluttende del af screeningen har været at fremskaffe alle inkluderede referencer i fuldtekst. Nogle af disse referencer har der været

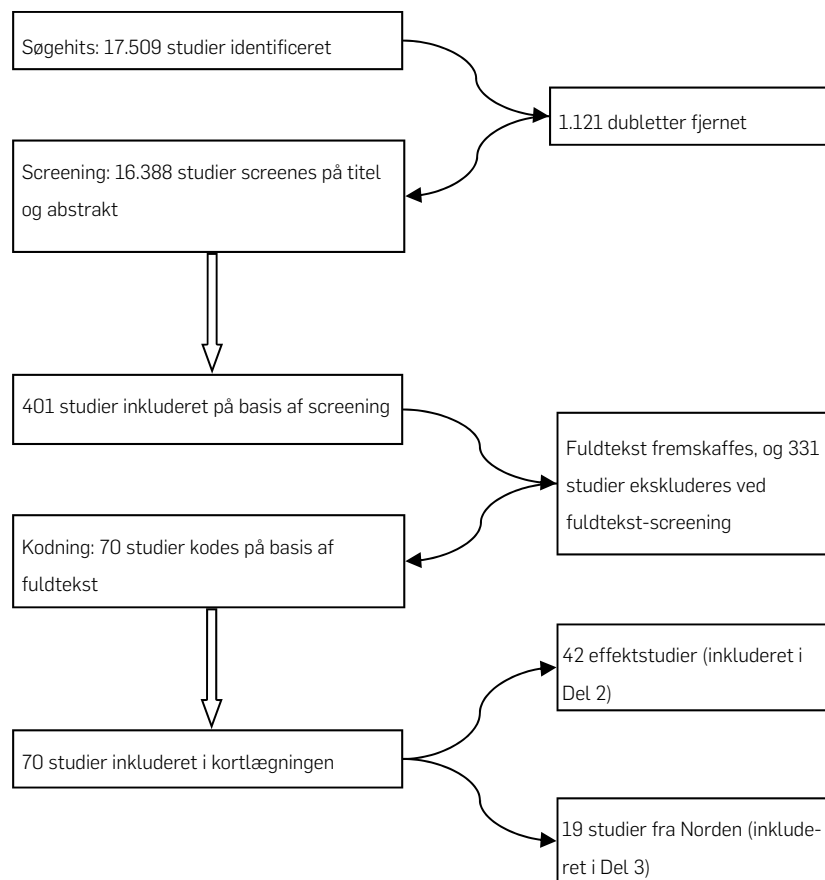
direkte onlineadgang til via SFI's bibliotek, mens andre referencer er blevet hjembestilt. Hjembestilling kan tage meget lang tid, og vi har været nødt til at sætte en skæringsdato for, hvornår referencer er blevet inkluderet. På skæringsdatoen – den 15. september 2010 – var ni studier ikke hjemkommet, og de er derfor ikke screenet.

OVERSIGT OVER PROCESSEN

Nedenstående figur illustrerer forløbet fra søgning til kortlægning.

FIGUR 1.1

Processen fra søgning til kortlægning.



Anm.: Grundet sammenkørslen af mange databaser er antallet af søgehits og screenede referencer omtrentlige.

BAGGRUND

Misbrug af stoffer eller alkohol har belastende personlige, sociale, familiemæssige, helbredsmæssige og samfundsmæssige konsekvenser. Misbrugsproblemer bliver sat i forbindelse med en lang række problemer som fx vold, kriminalitet, prostitution, helbredsproblemer, sammenbrud af familier og personlige relationer, eksklusion fra arbejdsmarkedet og hjemløshed. Vægten af samfundsmæssige omkostninger har medført en stigende interesse for effektive behandlingstilbud. I den sammenhæng er der ligeledes sat fokus på den mulige effekt af tvangstilbageholdelse og -behandling, især i forhold til gravide misbrugere, inspireret af lovgivningen i Norge og Sverige. I dette kapitel bliver baggrunden for området kort ridset op.

MISBRUGERE

Misbrugere er en broget gruppe med variation i blandt andet misbrugets art og graden af afhængighed, psykisk sundhed, sociale netværk, kriminalitet, socioøkonomisk baggrund og årsagen til misbruget. En misbruger kan fx være et relativt velfungerende ungt menneske med et problematisk hashmisbrug, en opiat-afhængig misbruger med massive sociale problemer, en psykisk sårbar person med alkoholmisbrug eller en erhvervsaktiv person med et misbrug af alkohol, kokain eller lignende stoffer.

Hertil kommer, at blandingsmisbrug er et meget almindeligt stofmisbrugsmønster (Benjaminsen et al., 2009; EONN, 2009). Ligeledes er det meget almindeligt, at misbrugere også har psykiske problemer, hvilket er en særlig problematik i behandlingen.

STOF- OG ALKOHOLMISBRUGERE I DANMARK

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) kan en misbruger defineres ved, at vedkommende indtager et givet rusmiddel i et sådant omfang, at vedkommendes afhængighed fører til:

- Mærkbare psykiske forstyrrelser
- Nedsat fysisk sundhed
- Ødelagte menneskelige relationer
- Manglende evne til at fungere socialt og økonomisk

Prævalensen af misbrugere i Danmark kendes i sagens natur ikke eksakt, men er skønnet for henholdsvis stofmisbrugere og alkoholmisbrugere.

STOFMISBRUG

Sundhedsstyrelsen har estimeret antallet af stofmisbrugere i Danmark i henholdsvis 1996, 1998, 2001, 2003 og 2005. Estimatet inkluderer personer over 18 år, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Estimatet omfatter såvel hashmisbrugere som misbrugere af centralstimulerende stoffer som opioider. Estimatet indeholder dog ikke personer med et eksperimenterende stofforbrug, men kun personer med et mere vedvarende stofmisbrug. Estimatet er udarbejdet efter retningslinjer fra det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA, og følger dermed den europæiske standard for gennemførelse af sådanne estimater.

Som det fremgår af tabel 2.1, har antallet af stofmisbrugere været støt stigende i perioden fra 1996 og til 2005. Således estimerede Sundhedsstyrelsen, at der i 1996 var 20.300 misbrugere i Danmark (± 1.600), mens estimatet for 2005 lød på 27.000 (± 1.600). Tallene fra Sundhedsstyrelsen er relativt gamle, men udviklingen er tilsyneladende fortsat siden. Således skønnes det i regeringens handleplan mod narko fra oktober 2010, ”Kampen mod narko II”, at antallet af stofmisbrugere i Danmark i

2009 er steget til 33.000. Endvidere er antallet af narkorelaterede dødsfald steget fra 239 i 2008 til 276 i 2009 (www.im.dk).

TABEL 2.1

Skøn over antallet af stofmisbrugere i Danmark, afrundede tal.

	1996	1998	2001	2003	2005
Skønnet antal	20.300	24.400	25.400	26.400	27.000
95-procents-konfidensinterval	±1.600	±1.900	±1.800	±1.600	±1.600

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2006a; Sundhedsstyrelsen, 2010a.

Tabel 2.2 viser antallet af stofmisbrugere, der i perioden 2000-2006 har påbegyndt behandling for deres stofmisbrug. Også her er udviklingen i retning af et stigende antal stofmisbrugere i behandling, og specielt i 2003 skete der en voldsom stigning. Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, at langt flere mænd (ca. 75 pct.) end kvinder (ca. 25 pct.) er i behandling for stofmisbrug.

TABEL 2.2

Antallet af stofmisbrugere, der i perioden 2000-2006 har påbegyndt behandling i hele landet.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mænd	3.314	3.220	3.231	3.929	4.022	3.961	4.122
Kvinder	1.033	988	998	1.205	1.190	1.267	1.304
I alt	4.347	4.308	4.229	5.134	5.212	5.228	5.426

Anm.: Den samme misbruger kan optræde flere gange i denne tabel.

ALKOHOLMISBRUG

Alkoholmisbrug er på nogle måder lidt sværere at definere, fordi alkohol – i modsætning til de fleste misbrugsstoffer – er en lovlig substans. Der skelnes derfor mellem tre grader af alkoholproblemer, henholdsvis storforbrug, skadeligt forbrug og alkoholafhængighed, hvor misbrugeren som udgangspunkt er den alkoholafhængige. Ifølge WHO defineres alkoholmisbrug ud fra følgende kriterier:

- 'Craving', det vil sige et tvangsmæssigt ønske om at drikke
- Kontroltab, dvs. at man ikke kan stoppe med at drikke, når man først er begyndt
- Fysiske abstinenser
- Toleranceudvikling med behov for stadig større mængder alkohol for at opnå samme effekt
- Mindsket interesse for andre aktiviteter eller et stort forbrug af tid på at skaffe alkohol
- Fortsat drikkeri på trods af kendskab til skadelige følger

Antallet af alkoholmisbrugere er estimeret af Statens Institut for Folkesundhed til ca. 140.000 på baggrund af tal fra Sundheds- og sygehusundersøgelsen (SUSY) fra 2005. Dette estimat er dog muligvis i underkanten, fordi prævalensen af alkoholforbrug (og usund livsstil generelt) som regel er højere blandt ikke-deltagere end blandt deltagere i sådanne undersøgelser (se Hvidtfeldt et al., 2008). Endvidere har overlæge Finn Zierau fra alkoholenheden på Hvidovre Hospital lavet en alternativ beregning af antallet af alkoholfafhængige i Danmark og finder, at antallet af alkoholfafhængige er noget højere – ca. 200.000-250.000 (Sundhedsstyrelsen, 2004).

Et andet mål for omfanget af alkoholmisbruget i Danmark er antallet af alkoholrelaterede indlæggelser på landets sygehuse. I 2003 var antallet af indlæggelser på somatiske afdelinger med alkoholrelaterede hoveddiagnoser 17.109 og antallet af alkoholrelaterede indlæggelser på psykiatriske afdelinger og visse behandlingshjem 11.229 (ibid.). Endvidere har knap 35.000 borgere været registreret som modtagere af medicinsk og/eller offentligt finansieret behandling for overforbrug af alkohol i løbet af 2008 (Sundhedsstyrelsen, 2010b).

GRAVIDE STOF- OG ALKOHOLMISBRUGERE

Et særligt fokusområde i denne kortlægning er gravide misbrugere. Hvert år bliver ca. 160-170 hårdt belastede misbrugere mødre til børn, som er svært skadede af morens alkohol- eller stofmisbrug under graviditeten (Methling, 2004). Fælles for børn født af alkohol- og stofmisbrugere er, at de ofte har abstinenser de første måneder af deres liv. Men en afgørende forskel er, at børn af stofmisbrugere typisk gradvist kommer i bedring, mens mange børn af alkoholikere derimod er skadet for livet

(Familieprojektet, 2010). Alkoholskader er således den hyppigste årsag til medfødt mental retardering i den vestlige verden (alkohol.dk, 2010).

Kvindelige stofmisbrugere får omtrent lige så mange børn som kvinder i befolkningen generelt, men får ca. dobbelt så mange provokerede aborter. Blandt de levendefødte børn er der ca. tre gange større dødelighed blandt misbrugerens børn, særligt i de to første leveår, sammenlignet med den øvrige befolkning⁵ (Sex & Samfund, 2004). Ifølge Sundhedsstyrelsen bliver der årligt registreret 50-100 børn med medfødte abstinenser som følge af moderens narkotikamisbrug og 5-15 børn med diagnosen føtal alkoholsyndrom (FAS). Sundhedsstyrelsen vurderer imidlertid, at det reelle antal af børn født med FAS er større, fordi diagnosen er vanskelig at stille korrekt ved fødslen. Visse symptomer ved FAS viser sig således først ved 3-12-årsalderen (Strandberg-Larsen et al., 2006). Overlæge May Olofsson, der er leder af alkoholambulatoriet på Hvidovre Hospital, vurderer, at 75-100 børn hvert år bliver født med FAS, mens hjemmesiden alkohol.dk vurderer, at der i Danmark hvert år fødes mere end 400 børn med diagnosen ”svær alkoholskade”.

OMFANG OG KARAKTER AF BEHANDLINGSTILBUD I DANMARK

I dette afsnit beskrives kort den typiske behandling for henholdsvis stof- og alkoholmisbrug i Danmark. Siden kommunalreformen i 2007 er det kommunerne, der har haft ansvaret for forebyggelse og behandling af stof- og alkoholmisbrug.

STOFMISBRUG

Behandling af stofmisbrug finder sted i såvel kommunalt som privat regi. Kommunen har pligt til at iværksætte en behandling inden for 14 dage, efter at misbrugeren har henvendt sig med ønske om behandling (Serviceloven, § 101). Som led i behandlingen skal der i samarbejde med misbrugeren udarbejdes en behandlingsplan. Den lægelige behandling er bestemt i Sundhedslovens § 142. Normalt starter behandlingen ambu-

5. Tallene stammer fra en registerundersøgelse af graviditeter blandt stofmisbrugere i behandling i Danmark 1990-2001.

lant, dvs. at misbrugereren møder op på et behandlingssted og får hjælp fra bl.a. læger, psykologer, socialrådgivere og pædagoger. Lægen på centret vil fx typisk ordinere metadon til heroinmisbrugere. Behandlingen vil normalt vare fra fire måneder til et år, og mange har brug for efterfølgende behandling i form af selvhjælpsgrupper, psykoterapi og samtalegrupper for at afhjælpe abstinenser (Dagens Sundhed, 2010).

Stofmisbrugere har ofte også andre mere eller mindre omfattende sociale problemer, relateret til bl.a. forsørgelse, helbred, bolig, kriminalitet eller kontakt til eventuelle børn. En effektiv behandling må således nødvendigvis tage højde for andre relevante aspekter end selve misbruget. Socialt udsatte stofmisbrugere er omfattet af Servicelovens § 141 stk. 2, der omhandler et obligatorisk tilbud om en social handleplan. Misbrugereren har pligt til at modtage tilbuddet om en handleplan, men kan selv vælge, hvorvidt han eller hun ønsker at gøre brug af tilbuddet (Lauridsen et al., 2010).

Behandling af stofmisbrugere foregår mange steder. Den seneste opdatering af Sundhedsstyrelsens liste over behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere viser, at der i juli 2010 på landsplan var registreret 259 behandlingsinstitutioner (Sundhedsstyrelsen, 2010c).

BEHANDLINGSINTENSITET

Inden for behandling af stofmisbrug skelnes mellem tre forskellige behandlingsformer:

- Ambulant behandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling

Dertil kommer brugere, der modtager ad hoc-samtaler, dvs. samtaler sjældnere end hver 14. dag. Døgnbehandling foregår på døgnbehandlingsinstitutioner, mens dagbehandling og ambulant behandling typisk foregår på lokale misbrugscentre. Ofte vil misbrugerens behandlingsforløb bestå af en kombination af de nævnte metoder for på bedst mulig vis at imødekomme misbrugerens behov og dermed optimere mulighederne for en succesfuld behandling. Ifølge SFI's undersøgelse "Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark" fra 2009 modtager ca. 44 pct. af stofmisbrugerne ad hoc-samtaler, 40 pct. modtager ambulant behandling, 7 pct. modtager dagbehandling, mens 10 pct. modtager døgnbehandling

(Benjaminsen et al., 2009). Det er dog ikke ensbetydende med, at denne fordeling kan generaliseres, idet den kan hænge sammen med den ind-samlingsmetode, der ligger til grund for undersøgelsen. Målsætningen med behandlingen er grundlæggende at hjælpe misbrugeren til at opnå og opretholde stoffrihed (Misbrugscentret, 2010).

Ambulant behandling er karakteriseret ved lav intensitet i forhold til de to øvrige behandlingsmetoder og er ofte bygget op omkring den skadesreducerende tilgang til misbrugsbehandlingen. Ambulant behandling betyder ofte, at misbrugeren møder op på behandlingsstedet 2-8 gange om måneden. Ambulant behandling kan være understøttet af substitutionsbehandling og er ofte et individuelt behandlingsforløb, der omfatter rådgivning, samtaleforløb eller lignende. Et ambulant behandlingstilbud tilpasses individuelt til den enkelte misbrugers behov og kan derfor variere meget.

Dagbehandling defineres af Servicestyrelsens stofmisbrugsindberetning VBGS (Ventetid og overskridelse af BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere) som et behandlingstilbud, der fx foregår:

- 3-5 gange om ugen i mere end 2 timer pr. gang
- 2 dage i over 2 timer og 2 dage i under 2 timer (Lauridsen et al., 2010)

Dagbehandling kan foregå i enten privat eller kommunalt regi og er ofte mere gruppeorienteret end den ambulante stofmisbrugsbehandling. Dagbehandling bygger på aktiviteter, projektføreløb, individuelle samtaler og gruppesamtaler, undervisning, aktivering og sociale støttetilbud. Ud over selve dagbehandlingen kan tilbuddet endvidere bestå af for- og efterbehandling. Det behandlingsmæssige sigte er i reglen at opnå stoffrihed. Selvom dagbehandlingen er et intensivt forløb, så griber denne behandlingsform mindre ind i misbrugers hverdag end døgnbehandling. Det betyder, at han eller hun forbliver i sin hverdag og dermed kan opretholde kontakt til netværk, arbejdsplads m.v. (ibid.).

I døgnbehandling bor stofmisbrugeren på institutionen, og behandlingen er mere intensiv sammenlignet med både ambulant behandling og dagbehandling. Døgnbehandling retter sig mod den gruppe af stofmisbrugere, der har brug for at komme væk fra det vante miljø og de vante sociale relationer for at fokusere på behandlingen. Behandlingen bygger på aktiviteter som fx afrusning, udredning, information, under-

visning, samtaler, gruppearbejde, arbejdsstræning og udvikling eller generhvervelse af sociale kompetencer. Varigheden af forløbet varierer fra sted til sted, og nogle behandlingssteder tilbyder korte forløb af ca. 3 måneders varighed, dog ofte suppleret med et længere opfølgende behandlingsforløb. Andre behandlingssteder tilbyder forløb på 6-12 måneder eller endnu længere. Et døgnbehandlingsforløb indledes ofte med ambulantly behandling og vil typisk blive efterfulgt af udslusning og efterbehandling (Lauridsen et al., 2010).

Ofte efterfølges de forskellige behandlingstyper af efterbehandling. Formålet med efterbehandling er at opretholde de fremskridt, som misbrugeren har opnået gennem behandlingen, og dermed forebygge, at misbrugeren får tilbagefald. En efterbehandling indebærer, at behandlingsintensiteten nedtrappes, og at elementer af behandlingen efterhånden ophører. Efterbehandlingen er en ganske central del af misbrugsbehandlingen og har som regel en afgørende betydning for, om misbrugeren oplever tilbagefald efter endt behandling.

BEHANDLINGSTYPER

Man skelner mellem fire hovedtyper af behandling for stofmisbrug, hvad enten det foregår inden for rammerne af ambulantly behandling, dag- eller døgnbehandling. Disse typer inkluderer henholdsvis 1) substitutionsbehandling, 2) psykologsamtaler, 3) samtaler med andet personale (primært socialpædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker) samt 4) gruppebehandling.

Ifølge Benjaminsen et al. (2009) modtager 76 pct. af brugerne substitutionsbehandling, 25 pct. modtager psykologsamtaler, 77 pct. modtager samtaler med andet personale, mens 20 pct. deltager i gruppebehandling. I den nævnte undersøgelse identificerer 34 procent af brugerne desuden fritidsaktiviteter som en væsentlig del af behandlingen, selvom dette ikke er defineret som en del af behandlingen (ibid.).

Substitutionsbehandling vil typisk bestå af metadonbehandling, men kan også være udlevering af anden substitutionsmedicin som fx Subutex eller Suboxone. Substitutionsbehandling er målrettet stofmisbrugere, der har et længerevarende misbrug af illegale stoffer bag sig. Der skal endvidere være forsøgt anden behandling, fx ambulantly eller døgnbehandling, før man bevilger substitutionsbehandling. Formålet med substitutionsbehandling er at stabilisere misbrugerens hverdag samt at skabe grundlag for videre behandling med henblik på at bringe stofmis-

bruget til ophør eller i det mindste under kontrol. Formålet er også at mindske de fysiske, sociale og psykiske skader samt give misbrugeren en højere livskvalitet. Misbrugeren i substitutionsbehandling bør samtidig modtage psykosocial støtte. Læger, der er ansvarlige for substitutionsbehandling, skal afgive månedlige indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

De tre andre behandlingstyper følger ikke lige så specifikke retningslinjer som substitutionsbehandling, og behandlingernes udformning varierer derfor fra kommune til kommune. Overordnet set er formålet med behandlingerne at skabe kontakt og yde information til misbrugeren samt at motivere til forandring. Det kan fx ske i psykologsamtaler ved at definere de psykologiske problemstillinger, som forhindrer, at misbrugeren kan få udbytte af stofbehandling, og at finde metoder til i samarbejde med misbrugeren at løse disse problemstillinger (Københavns Kommune, 2010).

BEHANDLINGSMÅL

Hovedparten af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark har skadesreduktion eller -minimering som behandlingsmål. Det betyder, at stofmisbrugsbehandlingen har fokus på at reducere de sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske skader som følge af stofmisbruget og altså ikke nødvendigvis sigter mod stoffrihed som mål for behandlingen. Målsætningen med skadesreduktionen er nærmere bestemt, at misbrugeren opnår kontrol med sit misbrug og dermed undgår yderligere social de-route og opnår større livskvalitet. Det kan måske være med til indirekte at bringe misbrugeren tættere på stoffrihed. Baggrunden for princippet om skadesreduktion er den erkendelse, at nogle stofmisbrugere hverken kan eller ønsker at blive stoffri, og dette behandlingsmål inkorporerer således brugernes ressourcer og ønsker for deres behandling. Andre behandlingsmål kan være stoffrihed samt reduktion og stabilisering af forbrug. Reduktion og stabilisering af forbruget kan relatere sig til både forbruget af illegale stoffer og substitutionsmedicin (Sørensen et al., 2009).

ALKOHOLMISBRUG

Behandling for alkoholmisbrug foretages af både kommunerne selv og private organisationer som eksempelvis Blå Kors og KFUM's Sociale Arbejde. Derudover tilbyder en række private behandlingssteder behand-

ling for alkoholmisbrug, blandt andet efter den såkaldte Minnesota-model. Der er ingen offentligt godkendt alkoholbehandling i Danmark. Alkoholbehandling er ofte en kombination af medicinsk/farmakologisk behandling og psykosocial behandling. Den medicinske behandling kan bl.a. være med antabus, der dæmper alkoholtrangen. Den psykosociale behandling er et overordnet begreb, der dækker over forskellige behandlingsformer baseret på samtalerapi. Kognitiv terapi er den mest velbeskrevne behandlingsmetode inden for alkoholbehandling.

Ifølge hjemmesiden hope.dk er der i alt 120 organisationer, institutioner m.v., der tilbyder behandling for alkoholmisbrug, henholdsvis ambulante behandling, dagbehandling, døgnbehandling, alkoholambulatorier og alkoholafrusning. Nogle steder tilbyder mere end én af de nævnte behandlingsformer. 79 steder tilbyder ambulante behandling, 59 steder tilbyder dagbehandling, 30 tilbyder døgnbehandling, 37 kan karakteriseres som alkoholambulatorier, og 4 steder er afrusningssteder. Alkoholikere har dog også andre muligheder end direkte behandling, og i alt 360 steder i landet har tilbud til alkoholfhængige, enten i form af førnævnte behandlingsmuligheder eller i form af væresteder, rådgivning, varmestuer, herberger, krisecentre mv. (Hope Netværket, 2010).

BEHANDLINGSINTENSITET

Ifølge Sundhedslovens § 141 har enhver borger ret til vederlagsfri alkoholbehandling. Borgeren har dog ikke ret til selv at vælge, hvilken form for behandling han eller hun skal have. Der må maksimalt gå 14 dage, fra en borger henvender sig til kommunen, til vedkommende kommer i behandling. Det kræver en faglig visitation at vurdere, hvilken type behandlingstilbud der er mest velegnet til den enkelte borger. I Danmark findes tre typer af behandlingstilbud for alkoholmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2008):

- Ambulant behandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling

Ambulant behandling foregår typisk i offentligt regi (ofte på alkoholambulatorier), mens dag- og døgnbehandling foregår i privat regi. Det er som regel ambulante misbrugsbehandling, der tilbydes ifølge § 141. Den ambulante behandling vil ofte forløbe således, at misbrugeren i begyndel-

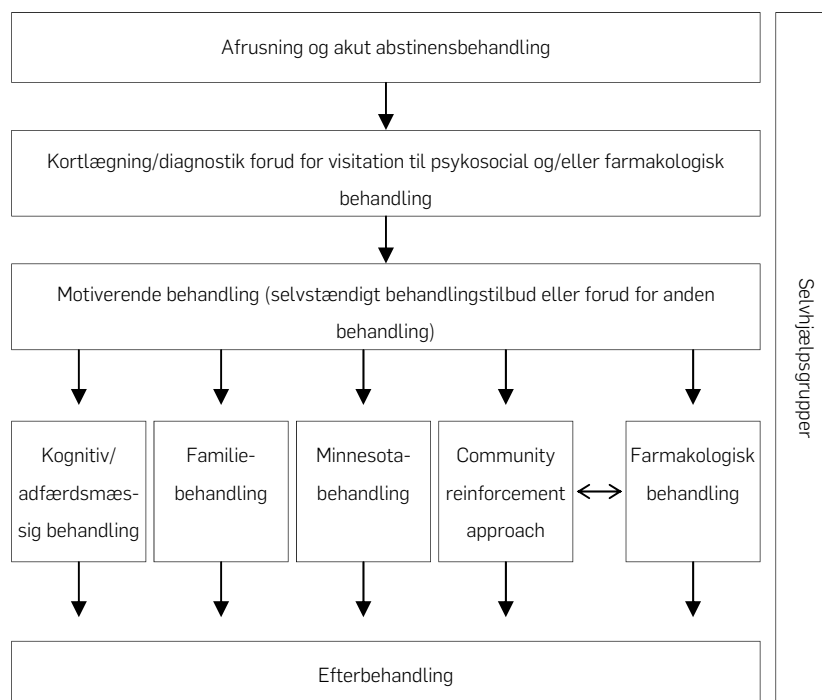
sen møder i ambulatoriet forholdsvis hyppigt, måske dagligt eller flere gange ugentligt, hvorefter hyppigheden nedtrappes, efterhånden som forløbet skrider frem. Dagbehandling forløber over en periode på fx seks uger, hvor misbrugerens hver dag møder op på behandlingsstedet i et bestemt tidsrum, mens misbrugerens indlægges på et behandlingssted i en periode på fx 6 uger ved døgnbehandling. Hovedparten af alkoholbehandlingen i Danmark foregår ambulant.

BEHANDLINGSTYPER

Karakteren af behandlingstilbuddene varierer fra sted til sted, men rummer, som nævnt, for det meste både medicinske og psykosociale elementer. Over 50 pct. af alkoholmisbrugerne har samtidig en psykisk diagnose, hvilket blandt andet omfatter angstlidelser, depression, svære personlighedsforstyrrelser, ADHD eller PTSD. Alkoholafhængige med en dobbeltdiagnose har en dårligere prognose end patienter med kun alkoholmisbrug.

FIGUR 2.1

Oversigt over behandlingsforløb for alkoholmisbrugere.



Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2006b.

OVERSIGT OVER BEHANDLINGSFORLØB

Figur 2.1 (Sundhedsstyrelsen, 2006b) skitserer, hvorledes alkoholbehandlingen kan være opbygget. Alkoholbehandling er ofte opbygget af flere basiselementer, henholdsvis akut behandling og afrusning, kortlægning og diagnostik forud for planlægning af behandlingen, psykosocial behandling, farmakologisk behandling, selvhjælpsgrupper samt efterbehandling. Figuren illustrerer et behandlingsforløb, der kan foregå som ambulante behandling, dagbehandling eller døgnbehandling.

Som det fremgår af figur 2.1, optræder forskellige behandlingselementer på forskellige tidspunkter i alkoholbehandlingen, og det er desuden ikke alle elementer, der optræder i alle behandlingsforløb, idet antallet af elementer afhænger af en individuel vurdering. Desuden er der på nogle tidspunkter flere valgmuligheder, det gælder fx i forbindelse

med den psykosociale behandling, der kan foregå enten som gruppebehandling eller individuel behandling.

Deltagelse i selvhjælpsgrupper kan foregå sideløbende med den øvrige behandling eller som en del af efterbehandlingen. Også den farmakologiske behandling kan foregå sideløbende med den psykosociale behandling.

Den ambulante behandling består i høj grad af samtaler, herunder afklarende samtaler, motiverende samtaler, information om alkohol og afhængighed samt forebyggelse af tilbagefald. Behandlingen vil ofte være understøttet af medicin (Alkohol.htk, 2010). De fleste steder vil misbrugereren blive tilset af en læge og evt. en psykiater for at klargøre, om der også er psykiatriske lidelser, der kræver behandling.

Dagbehandling kan bestå af forskellige former for psykosocial behandling, deltagelse i eksterne AA-møder (Anonyme Alkoholikere), familiebehandling, efterbehandling og farmakologisk behandling.

Døgnbehandling foregår ofte som Minnesotabehandling, der tager udgangspunkt i Anonyme Alkoholikers 12 trin. Minnesota-behandlingen bygger på teorien om, at alkoholisme er en livslang sygdom, og at livslang afholdenhed derfor er det eneste behandlingsmål. Det problematiske ved døgnbehandling er, at misbrugereren skal sætte sit liv på standby, mens behandlingen finder sted, og derfor er nødsaget til at fortælle omgangskreds, arbejdsplads m.v. om misbruget. Varigheden af et døgnforløb ligger typisk på mellem 8-12 uger (Sundhedsstyrelsen, 2008). Gennem de seneste to årtier er det offentliges samlede forbrug af døgnpladser halveret, og samtidig er den ambulante behandling blevet opgraderet og gjort til hovedstrategi, flere steder suppleret med dagbehandling.

En udbredt holdning er, at døgnbehandling virker langt bedre end ambulante behandling (Dansk MisbrugsBehandling, 2010). Den ambulante behandling har dog også vist positive effekter, især over for de alkoholafhængige, der er på arbejdsmarkedet og har et ikke-drikkende netværk. Døgnbehandling er derimod tilsyneladende især effektiv ved behandling af de alkoholikere, der er allersværest belastede og har brug for mere intensiv behandling. Det kan fx være alkoholafhængige, som ikke har noget netværk eller har et netværk bestående af alkoholikere, alkoholafhængige med dobbeltdiagnoser eller alkoholafhængige uden for arbejdsmarkedet. Svagheden ved døgnbehandling er, at alkoholikeren her befinder sig i et gunstigt miljø, hvor det er let at forblive ædru. Derimod

er det ofte meget vanskeligt at forblive ædru efter behandlingen, når alkoholikeren er tilbage i eget hjem (Sundhedsstyrelsen, 2006b).

Ambulant behandling har den store fordel, at man forbliver i sin dagligdag og dermed i den 'sfære', hvor alkoholproblemet skal løses. Det betyder, at man får hjælp og støtte til at foretage de nødvendige ændringer, og man bliver fx trænet i strategier for, hvordan man begår sig i situationer, hvor der drikkes alkohol. I den ambulante alkoholbehandling bliver man således umiddelbart bedre rustet til at fortsætte et liv uden alkohol efter endt behandling, sammenlignet med døgnbehandling. Ifølge Sundhedsstyrelsen er succesraten ved ambulant behandling på højde med succesraten ved døgnbehandling for 90 procent af klienterne, og den ambulante behandling koster under det halve (ibid.).

BEHANDLINGSMÅL

Målet for behandlingen er varierende og kan enten være total afholdenhed eller blot, at misbrugereren opnår et kontrolleret alkoholforbrug. Minnesotamodelen er et eksempel på en behandling, der har total afholdenhed som mål, idet modellen bygger på den filosofi, at alkoholisme er en sygdom, og at livslang afholdenhed derfor er det eneste mål. Andre rehabiliteringsprogrammer har derimod som mål bl.a. at lære misbrugereren at udvikle færdigheder til at mestre sine følelser uden at drikke, samt at opbygge et nyt ikke-drikkende netværk (Lægehåndbogen, 2009).

TVANG I FORBINDELSE MED BEHANDLING AF STOF- OG ALKOHOLMISBRUG HOS GRAVIDE I DANMARK

Ovenstående gennemgang af hhv. stofmisbrugs- og alkoholbehandling dækker udelukkende over frivillig behandling, idet tvangsbehandling ikke som udgangspunkt er mulig ifølge dansk lovgivning. Siden 2007 har kommunerne dog haft pligt til at tilbyde gravide stofmisbrugere at fastholde dem med tvang, og det samme tilbud har siden sommeren 2008 været gældende for gravide alkoholmisbrugere. Der er tale om såkaldt frivillig tvang. Det er i dag ikke muligt at tilbageholde en gravid alkohol- eller stofmisbruger mod hendes vilje, man må blot håbe på, at hun ønsker at samarbejde. Ønsker den gravide misbruger ikke at samarbejde, er der ingen anden mulighed end at lade stå til, hvilket kan have fatale konsekvenser for fosteret.

Den 1. august 2009 åbnede landets første landsdækkende tilbud for gravide alkoholmisbrugere. Her tager man udgangspunkt i en kontrakt med den gravide alkoholmisbruger, hvis hun forsøger at afbryde behandlingen: ”Tilbageholdelse [kan] ske, når der er begrundet formodning om, at den gravide alkoholmisbruger vil afbryde den aftalte behandling” (Sundhedsloven, § 141b og § 141c) (Retsinformation, 2008). Tilbuddet er et selvstændigt og individuelt tilpasset tilbud af en varighed på op til seks måneder.

Meningerne om værdien af at anvende tvang over for gravide misbrugere er delte. May Olofsson er overlæge og leder af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos børn og har i over 30 år arbejdet med gravide misbrugere. Hun påpeger, at man gennem gode behandlingstilbud kan nå ca. 95 procent af de gravide misbrugere, men at der er en lille restgruppe, som det er meget svært at nå ad frivillig vej. May Olofsson mener derfor, at det bør være muligt at anvende regulær tvang, på samme måde som det er en mulighed i psykiatrien (Vaaben, 2009). Ligeledes efterspørger mange af dem, der har daglig kontakt med de gravide misbrugere, lovgivning på området, som gør det muligt at tvangsindlægge de gravide misbrugere.

Mads Uffe Pedersen, leder af Center for Rusmiddelforskning på Aarhus Universitet, er imidlertid bekymret ved tanken om at anvende regulær tvang i forbindelse med misbrugsbehandling. Han forklarer, at behandlerkulturen i Danmark ikke er indrettet til tvangsbehandling, og at mange behandlere vil være modstandere af det. Han frygter, at indførelse af mulighed for tvangsbehandling i Danmark vil betyde, at nogle af de gravide alkoholmisbrugere vil afholde sig fra at søge hjælp af frygt for følgerne (ibid.). Dette kan i sidste ende have den konsekvens, at flere børn fødes med skader som følge af morens misbrug.

Tove Nielsen, der i ca. 15 år har arbejdet på værestedet Reden i Odense, frygter ikke, at de gravide misbrugere skræmmes væk, men argumenterer omvendt for, at antallet af gravide misbrugere, der vil komme frem og få hjælp under graviditeten, er højere end antallet af gravide, der bliver skræmt væk af systemet. Hun påpeger, at gravide misbrugere, ligesom alle andre kvinder, elsker deres børn og gerne vil gøre det bedste for dem. Og hun understreger, at tvangsindlæggelsen nødvendigvis skal understøttes af anden behandling og støtte (Rytter, 2009).

Formanden for Børns Vilkår, John Aasted Halse, mener, at gravide misbrugere skal stilles over for et valg mellem på den ene side at

underkaste sig tvangsbehandling eller på den anden side at få foretaget tvangsabort (Methling, 2004b).

Der er i Danmark fem døgnpladser i forbindelse med tvangsbehandling af gravide, og der er her mulighed for at indgå kontrakter om ufrivillig tilbageholdelse, men muligheden bliver i dag ikke benyttet. Ifølge Benjaminsen et al. (2009) skyldes dette en generel skepsis blandt behandlingsledere, da det strider imod det frivillighedsprincip, som mange behandlingsledere mener, er afgørende for en god stofmisbrugsbehandling (Benjaminsen et al., 2009).

LOVGIVNING OM TVANG I NORDEN

I dette afsnit opridses kort, hvordan lovgivningen i Sverige og Norge forholder sig til brugen af tvang over for alkohol- og stofmisbrugere – og der sammenlignes med de danske forhold. Vi indleder dog med et par overvejelser over definition af tvang.

TVANG

Når vi i denne kortlægning taler om tvang, er der som udgangspunkt tale om formel tvang via de sociale myndigheder, men som misbrugeren frivilligt kan have indgået i. I princippet kan tvang være mere eller mindre frivillig eller ufrivillig. Der er forskellige definitioner og grader af tvang på tværs af lande og forskellige behandlingstilbud (Fagan, 2004; Klag et al., 2005). Der kan være tale om henvisning til en tvangstilbageholdelse og/eller tvangsbehandling, fx en behandlingsdom (et legalt 'mandat') eller anden statslig instans (formelt 'mandat'). Tvang kan fx indebære et valg mellem en tvangsbehandling eller fængsel, eller imellem behandling eller det at miste sociale ydelser.

Arbejdsgivere kan også udøve formel tvang, hvor en medarbejder med misbrugsproblemer får et valg mellem behandling eller afsked. Der kan også være tale om uformel tvang fra pårørende. Dertil kan misbrugerens egne subjektive oplevelser af tvangselementet i en tvangstilbageholdelse eller -behandling være varierende, fx hvor en misbruger ikke oplever en tvangstilbageholdelse som tvang (Ekendahl, 2009; Klag et al., 2005).

Tvangselementet kan indebære en tvungen tilbageholdelse på et døgnbehandlingssted eller på et mindre restriktivt sted fx et dagbehand-

lingssted. Eller der kan være tale om tvangsbehandling på et ambulat sted. Behandlinger kan foregå i offentligt eller privat regi. På nuværende tidspunkt er der i Danmark mulighed for at anvende kontrakter om ufrivillig tilbageholdelse i døgnbehandling, dog skal kontrakten indgås frivilligt. Trods forskellige typer og grader af tvang er fællesnævneren, at misbrugereren i større eller mindre grad skal give samtykke til at være underlagt en ufrivillig tvangstilbageholdelse.

DEN SVENSK LOVGIVNING

Loven om alkohol (Alkoholistlagen) blev indført i Sverige i 1916 og bar præg af en opfattelse af alkoholisme som en sygdom. I 1982 blev loven afløst af en ny lov om pleje af misbrugere, Lag om vård av missbrukare (LVM), der blev udvidet til at gælde flere slags misbrugere. I LVM er der mulighed for tvangsbehandling uden individets samtykke. Det bør bemærkes, at tvangsbehandling som regel tages i brug under forudsætning af, at frivillig behandling ikke kan tilpasses, samt at de, som tvangsindlægges, er en selektiv gruppe med alvorlige problemer. Kriterierne for tvangsbehandling forholder sig til misbrugerens sundhedstilstand: 1) at misbrugereren udsætter sin fysiske/psykiske sundhed for alvorlig fare, 2) at misbrugereren løber en åbenbar risiko for at ødelægge sit liv, og 3) at misbrugereren kan frygtes at skade sig selv eller nærtstående. Disse kriterier er tilstrækkelige som grundlag for også at tvangsbehandle gravide misbrugere, og derfor eksisterer der i Sverige ingen særlig lovgivningsmæssig mulighed for at tvangsbehandle gravide misbrugere af hensyn til barnets sundhed (Gerdner et al., 2010). I kapitel 5 ser vi nærmere på resultater af tvangslovgivningen i Sverige.

DEN NORSKE LOVGIVNING

Per 1. januar 2004 gennemførte Norge en rusreform, hvorved misbrugsbehandling blev en specialistbehandling overført fra at være fordelt mellem tre forvaltningsniveauer (stat, amt og kommune) til staten, i form af fem regionale såkaldte 'helseforetagender'.

I Norge er både frivillige tiltag og tvangsindlæggelse over for misbrugere samlet i socialtjenesteloven. Siden 1993 har man kunnet tilbageholde misbrugere med eller uden eget samtykke i en behandlingssinstitution i op til tre måneder (§ 6-2), og i 1996 kom en tilføjelse til loven om tvangsbehandling af gravide misbrugere (§ 6-2a). Paragraffen giver

mulighed for, at gravide misbrugere kan tilbageholdes på institution uden eget samtykke under hele graviditeten. Fosteret er den såkaldte 'primærklient' for socialtjenesten, og fokus på fosteret gør, at der er færre betænkeligheder med at bruge tvang, hvis det er nødvendigt. Det er vigtigt at præcisere, at tilbageholdet for både gravide og ikke-gravide misbrugere ikke sigter mod tvangsbehandling, men mod undersøgelse og tilrettelæggelse af behandling (Lundeberg et al., 2009). Flere oplysninger om den norske model findes i kapitel 6.

DEN DANSKE LOVGIVNING

Behandlingssteder i Danmark har siden henholdsvis 2007 og 2008 haft pligt til at tilbyde både gravide stofmisbrugere og gravide alkoholmisbrugere at tilbageholde dem med tvang. Behandlingsstederne er pålagt at tilbyde den gravide misbruger en kontrakt om tvangsbehandling. Det er op til det enkelte behandlingssted at vurdere, om de vil tilbyde en lignende kontrakt til ikke-gravide stofmisbrugere. I praksis benyttes mulighederne for tvang dog meget sjældent, hverken over for stofmisbrugere eller gravide misbrugere.

I Danmark findes der i dag ingen lov om brugen af tvang over for ikke-gravide alkoholmisbrugere.

SAMMENLIGNING AF LOVGIVNINGEN I DANMARK, SVERIGE OG NORGE

Selvom både svenske, norske og danske love lægger vægt på individuel selvbestemmelse, har alle tre lande vedtægter, der berettiger tvangsindgreb i den sociale lovgivning. Til trods for, at lovgivningen historisk set har lignet hinanden i de tre lande, har der været voksende forskelle siden 2. verdenskrig: Sverige praktiserer den mest omfattende lovgivning vedrørende tvangsindgreb ved at legalisere omfattende brug af tvang mod voksne misbrugere, i Danmark er tvang næsten fraværende, mens Norge ligger midt mellem med en sociallov, der berettiger interventioner mod voksne og gravide misbrugere (Nilssen, 2004; Nilssen, 2007).

De lovgivningsmæssige forskelle bærer præg af forskellige opfattelser af, hvad målsætningen for misbrugsbehandling er. I Sverige og Norge er målsætningen med behandlingen af misbrugsproblemer et totalt ophør ('a drug-free society'), mens et sådant mål i Danmark er blevet

anset som uopnåeligt, hvorfor de danske tiltag i højere grad end i Norge og Sverige er målrettet skadesreduktion (WHO, 1999: 111-116).

Diskussionen om brug af tvang over for misbrugere fortsætter ikke kun i Norden, men i mange lande, og WHO har beskæftiget sig med emnet på globalt plan. I flere lande er der fremsat lovforslag om tvang, som har medført en omfattende debat, fx i England, hvor et lovforslag om tvangsbehandling blev fremsat i Parlamentet i 2005. For nylig kom emnet på dagsordenen igen med et forslag fra det britiske indenrigsministerium om, at stofmisbrugere, der nægter behandling, skal fratages bistandshjælp (BBC, 2010). Tvang over for misbrugere vækker generelt stor emotionel debat og diskussion om etiske betænkeligheder – også i udlandet, hvor mange vestlige lande står over for samme problemstilling.

OVERORDNET BESKRIVELSE AF FUNDNE STUDIER

I dette kapitel præsenterer vi resultatet af litteratursøgningen. Det samlede materiale består af i alt 70 studier, som er præsenteret i tabel 3.1. Hvert enkelt studie er blevet kodet, hvilket vil sige, at relevante oplysninger er trukket ud af studiet. I praksis er dette gjort ved at udfylde et kodningsark med specifikke spørgsmål om bl.a. målgruppe og behandlingstype i det omfang, dette er oplyst i studiet (se Bilag 2). Kodningsarket er blevet justeret efter en pilottest foretaget af flere personer og er herefter foretaget af én person for hvert studie.

I det følgende beskriver vi karakteren af de studier, som er inkluderet i kortlægningen. Beskrivelsen i dette kapitel er på et overordnet niveau, mens vi i de følgende kapitler går dybere ned i studier af effekter samt studier fra de nordiske lande.

TABEL 3.1

Oversigt over fundne studier om tvang ved behandling af stof- og alkoholmisbrug.

Forfatter	År	Land	Målgruppe	Interventionens fokus	Studiedesign
Andersson	1998	Sverige	Unge	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
André	2003	Brasilien	Voksne	Begge	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Barnett	2006	USA	Unge	Alkoholmisbrug	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Bergmark	2004	Sverige	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Berkowitz	1996	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Bjurner	1992	Sverige	Voksne	Stofmisbrug	Kval. eval.
Bourquin-Tièche	2001	Schweiz	Voksne	Alkoholmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Brecht	1993	USA	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Brecht	2005	USA	Voksne	Stofmisbrug	RCT
Broadstock	2008	-	Voksne	Begge	Systematic Review
Broner	2005	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Brown	2001	USA	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Clark	2009	USA	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Desland	1992	Australien	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Desmond	1996	USA	Voksne	Stofmisbrug	RCT
Ekendahl	2009	Sverige	Voksne	Alkoholmisbrug	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Farabee	1998	-	Voksne	Begge	Review
Finch	2003	UK	Voksne	Stofmisbrug	Kval. eval.
Friedmann	2003	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Gerdner	1991	Sverige	Voksne	Begge	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Gerdner	1996	Sverige	Voksne	Begge	Kvant. eval. kun eftermåling
Gerdner	1997	Sverige	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Gerdner	2010	Sverige	Voksne	Begge	Review
Goldberg	1996	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol

(Fortsættes)

TABEL 3.1 (FORTSAT)

Forfatter	År	Land	Målgruppe	Interventionens fokus	Studiedesign
Gregoire	2004	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Hiller	1996	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Hiller	1998	USA	Voksne	Begge	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Hohman	2003	USA	Gravide	Begge	Non-RCT m. kontrol
Howard	1996	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Kelly	2004	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Klag	2005	Australien	-	Stofmisbrug	Review
Larsson	1999	Sverige	Voksne	Begge	Kval. eval.
Larsson	2008	Sverige	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Larsson-Kronberg	2005	Sverige	Voksne	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Lawental	1996	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Lichtenwalter	2010	<i>Ikke nævnt</i>	Voksne	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Lincourt	2002	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Lindahl	2010	Sverige	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Loneck	1996	USA	Voksne	Begge	Kvant. eval. kun eftermåling
Lundeberg	2009	Norge	Gravide ¹	Begge	Kval. eval.
Lundeberg	2010	Norge	Gravide ¹	Begge	Kval. eval.
Martin	2000	USA	Voksne	Alkoholmisbrug	Non-RCT m. kontrol
Miller	2000	USA	-	Begge	Review
Nishimoto	2001	USA	Voksne	Begge	RCT
Norland	2003	USA	Voksne	Begge	Review

(Fortsættes)

TABEL 3.1 (FORTSAT)

Forfatter	År	Land	Målgruppe	Interventionens fokus	Studiedesign
Undersma	2009	USA	Gravide	Begge	Non-RCT m. kontrol
Perron	2007	USA	Voksne	Begge	Kvant. eval. kun eftermåling
Polcin	2001	USA	-	Begge	Review
Prendergast	2008	USA	Voksne	Stofmisbrug	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Rittner	2000	USA	Forældre	Begge	RCT
Ritvo	2008	USA	Gravide	Stofmisbrug	Review
Sallmén	1999	Sverige	Voksne	Alkoholmisbrug	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Shearer	2002	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Snyder	2009	USA	Voksne	Begge	Review
Soliman	2009	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Statens Institutionsstyrelse (SiS)	2000	Sverige	Voksne	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Statens Institutionsstyrelse (SiS)	2002	Sverige	Voksne	Begge	Kval. eval.
Strauss	2001	USA	Voksne	Begge	Kval. eval.
Strauss	2001	USA	Voksne	Begge	Kvant. eval. m. før- og eftermåling
Terlecki	2010	USA	Voksne	Alkoholmisbrug	Kval. eval.
Walker	2008	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Weisner	2009	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Westerlund	1991	Sverige	Voksne	Begge	Kval. eval.
White	2006	USA	Unge	Begge	RCT

(Fortsættes)

TABEL 3.1 (FORTSAT)

Forfatter	År	Land	Målgruppe	Interventionens fokus	Studiedesign
White	2008	USA	Unge	Begge	Non-RCT m. kontrol
Wiley	2004	USA	Voksne	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Worrall	2009	USA	Voksne	Stofmisbrug	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Wärmegård	2005	Sverige	Voksne	Begge	Kval./kvant. uden eval./effektmåling
Young	2002	USA	Voksne	Begge	Non-RCT m. kontrol
Young	2004	USA	Voksne	Stofmisbrug	Non-RCT m. kontrol

Anm.: Den samme forfatter kan optræde med forskellige studier.

1. De to norske evalueringer omhandler voksne og gravide – de er her medtaget under gravide, da denne kortlægning har specielt fokus på dette område.

TABEL 3.2

Fordelingen af studierne efter land.

Land	Antal	Land	Antal
USA	45	Brasilien	1
Sverige	17	Schweiz	1
Australien	2	Storbritannien/Nordirland	1
Norge	2	New Zealand	1

Anm.: Reviews kan indeholde studier fra flere lande, men er her tilføjet det land, som hovedfatteren er fra.

Tabel 3.2 viser fordelingen af studier på oprindelsesland. Den langt overvejende del af de studier, som vi har fundet frem til, stammer fra USA, hvor man har en lang tradition for at bruge tvangsbehandling som alternativ til fængselsstraf. Næsten to tredjedele af de inkluderede studier stammer således fra USA. Ligeledes har der i Sverige været en tradition for at anvende tvang i behandlingen af misbrugere, som beskrevet i kapitel 2, hvilket ligeledes har udmøntet sig i et antal publikationer.

TABEL 3.3

Fordelingen af studierne efter udgivelsesår.

År	Antal	År	Antal
1990	0	2000	4
1991	2	2001	6
1992	2	2002	4
1993	1	2003	5
1994	0	2004	5
1995	0	2005	5
1996	8	2006	2
1997	1		
1998	3		
1999	2		

Til gengæld er det meget begrænset, hvad der er fundet fra resten af verden, selvom tvang også anvendes i andre lande end USA og Sverige. Dette kan have flere årsager. For det første er hverken den forskningsmæssige tradition eller interessen i selve tvangselementet af misbrugsbehandling særligt stor. Dette gælder fx i Norge, hvor forskningen på området er meget begrænset, på trods af, at tvang har været en mulighed i misbrugsbehandlingen siden 1993 (undtagelsen er Lundeberg et al., 2009 og 2010, se kapitel 6). For det andet er der den problemstilling, at misbrugsproblemer ofte følges af psykiske lidelser, og at mange tvangsbe-

handlinger finder sted inden for rammerne af det psykiske behandlingssystem, hvor tvang er en helt anderledes ofte forekommende intervention. Det kan derfor være nemmere i det konkrete tilfælde at anvende tvang med udgangspunkt i den psykiske lidelse frem for i misbruget. Sådanne tilfælde vil dog ikke være inkluderet i denne kortlægning, som vi har afgrænset til at se på misbrugsbehandling.

Studierne fra Sverige og Norge danner udgangspunkt for diskussionerne i kapitel 5 og 6.

Som beskrevet i metodekapitlet er litteratursøgningen foretaget for perioden 1990-2010. De fundne studier fordeler sig over hele denne periode, se Tabel 3.3. Hovedvægten af stoffet er dog fra 2000 og frem, hvilket afspejler, at det er et forskningsfelt på vej frem. Det betyder samtidig, at risikoen for, at der er væsentlige studier, der ikke er inkluderet i kortlægningen på grund af den afgrænsede søgeperiode, er begrænset.

TABEL 3.4

Fordelingen af studierne efter behandlingens målgruppe.

Målgruppe	Antal
Voksne	57
Gravide	5 ¹
Forældre/forælder	1
Unge	4
Ikke nævnt	3

Anm.: I enkelte studier har det ikke været muligt at identificere målgruppen – disse studier er optalt under kategorien "Ikke nævnt".

1. De to norske evalueringer omhandler voksne og gravide – de er her medtaget under gravide, da denne kortlægning har specielt fokus på dette område.

Alle studier er kodet efter målgruppe. I oplægget til denne kortlægning var der særligt fokus på muligheden for tvangsbehandling af gravide, og derfor har vi kodet studier, som helt eller delvist handler om gravide misbrugere, under denne betegnelse. Af Tabel 3.4 fremgår det, at kun meget få studier har gravide som målgruppe – det gælder således kun for 5 ud af de 70 studier, mens langt den overvejende del af studierne retter sig mod voksne misbrugere. Det skal bemærkes, at studierne er kodet efter primær målgruppe – således er der umiddelbart kun ét studie, som handler om en intervention specifikt rettet mod forældre (Rittner, 2000). En nøjere gennemgang af materialet viser dog, at yderligere tre studier ligeledes i hvert fald delvist har et forældrefokus (Berkowitz, 1996; Hohman, 2003; Ondersma, 2009). Rittner (2000) ser på misbrugere, der

er henvist til behandling af børnemyndighederne, og hvor alternativet til tvangsbehandling er anbringelse af børnene (der påvises dog ingen forskel i resultaterne for misbrugere med og uden tvangsbehandling). Hovedfokus for Berkowitz (1996) er gravide misbrugere, men også andre kvindelige misbrugere med børn, hvor nogen deltager i tvangsbehandling, mens andre er i frivillig behandling. Resultatet af studiet er, at misbrugerne i tvangsbehandling i højere grad end frivillige deltagere gennemfører behandlingen. Hohman (2003) har ligeledes primært fokus på gravide, men ser også på forskellen mellem gravide misbrugere med en børnesag og andre gravide misbrugere. Resultatet her peger primært på demografiske forskelle mellem grupperne. Endelig kan vi nævne Ondersma (2009), der fokuserer på betydningen af eksternt pres for gravide misbruges motivation. I dette studie nævnes eksternt pres i form af truslen om at få fjernet eksisterende børn som en demotiverede faktor for kvinderne.

For de fem studier, der handler om behandling af gravide misbrugere, kan vi bemærke, at de to er norske evalueringer af den norske lovgivning om tvangsbehandling af misbrugere, hvor muligheden for at tvangsbehandle gravide indgår som 1 ud af 3 tvangsparagraffer. Disse resultater beskrives nærmere i kapitel 6. De øvrige tre er alle amerikanske studier, heraf to effektstudier.

TABEL 3.5

Fordelingen af studierne efter interventionens fokus.

Fokus	Antal
Stofmisbrug	14
Alkoholmisbrug	6
Både stof- og alkoholforbrug	50

I Tabel 3.5 er studierne opdelt efter, om interventionen primært er målrettet stofmisbrugere, alkoholmisbrugere eller begge grupper. Tabellen viser, at langt de fleste studier ikke skelner mellem misbrugets karakter, men inkluderer misbrugere, uanset om der sker misbrug af stoffer eller alkohol. Omvendt ser vi dog både i Sverige og Norge, at langt den overvejende del af tvangsbehandlingen foregår i forbindelse med stofmisbrug (se diskussion i kapitel 5 og 6).

TABEL 3.6

Fordelingen af studierne efter studiedesign.

Studiedesign	Antal
RCT	5
Non-RCT m. kontrol	28
Kvant. eval. m. før- og eftermåling	7
Kvant. eval. kun med eftermåling	3
Kval. eval.	9
Review	9
Kval./kvant. uden eval.-sigte/effektmåling	9

Anm.: Et studie kan benytte flere metoder end blot én – her er et studie listet op efter den primære metode.

Til slut i dette kapitel ser vi på fordelingen af studier på forskellige studiedesign (vist i Tabel 3.6). Studiedesignet giver information om studiets karakter og dermed målet med studiet. Nogle studier handler således om, hvorvidt tvangsbehandlingen har en effekt eller ej (RCT⁶ samt non-RCT med kontrolgruppe), mens andre evaluerer implementering eller anvendelse af tvangsparagraffer kvantitativt og/eller kvalitativt (kvantitativ evaluering med før- og eftermåling, kvantitativ evaluering kun med eftermåling, samt kvalitativ evaluering). Endvidere har vi inkluderet en række reviews, der sammenfatter litteratur inden for området (hvor både effektstudier og andre kvantitative og kvalitative studier kan være omfattet). Endelig har vi fundet et mindre antal studier, der hverken har et evaluerings- eller effektmålingsfokus.

Studier med RCT eller non-RCT med kontroldesign samt reviews, der omfatter effektmålingsstudier, danner udgangspunkt for diskussionen i kapitel 4.

6. Randomised Controlled Trials (Randomiserede Kontrollerede Forsøg).

EFFEKTSTUDIER

Formålet med dette kapitel er at gå mere i detaljer med de studier i kortlægningen, der ser på effekten af tvang i en eller anden form. Det drejer sig om fem randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), 28 studier, der anvender en anden statistisk metode til effektvurderingen, samt ni forskningsoversigter, der i et eller andet omfang inkluderer resultater om effekter. En oversigt over studierne findes i tabel 4.1.

TABEL 4.1

Oversigt over effektstudier af tvang ved behandling af stof- og alkoholmisbrug.

Forfatter	År	Studiedesign
Berkowitz	1996	Non-RCT m. kontrol
Bourquin-Tièche	2001	Non-RCT m. kontrol
Brecht	1993	Non-RCT m. kontrol
Brecht	2005	RCT
Broadstock	2008	Review
Broner	2005	Non-RCT m. kontrol
Brown	2001	Non-RCT m. kontrol
Clark	2009	Non-RCT m. kontrol
Desland	1992	Non-RCT m. kontrol
Desmond	1996	RCT
Farabee	1998	Review

(Fortsættes)

TABEL 4.1 (FORTSAT)

Forfatter	År	Studiedesign
Friedmann	2003	Non-RCT m. kontrol
Gerdner	1997	Non-RCT m. kontrol
Gerdner	2010	Review
Goldberg	1996	Non-RCT m. kontrol
Gregoire	2004	Non-RCT m. kontrol
Hiller	1996	Non-RCT m. kontrol
Hohman	2003	Non-RCT m. kontrol
Howard	1996	Non-RCT m. kontrol
Kelly	2004	Non-RCT m. kontrol
Klag	2005	Review
Larsson	2008	Non-RCT m. kontrol
Lawental	1996	Non-RCT m. kontrol
Lincourt	2002	Non-RCT m. kontrol
Lindahl	2010	Non-RCT m. kontrol
Martin	2000	Non-RCT m. kontrol
Miller	2000	Review
Nishimoto	2001	RCT
Norland	2003	Review
Ondersma	2009	Non-RCT m. kontrol
Polcin	2001	Review
Rittner	2000	RCT
Ritvo	2008	Review
Snyder	2009	Review
Shearer	2002	Non-RCT m. kontrol
Soliman	2009	Non-RCT m. kontrol
Walker	2008	Non-RCT m. kontrol
Weisner	2009	Non-RCT m. kontrol
White	2006	RCT
White	2008	Non-RCT m. kontrol
Young	2002	Non-RCT m. kontrol
Young	2004	Non-RCT m. kontrol

Anm.: Kun RCT, Non-RCT m. kontrol og reviews, der omhandler effekt, er medtaget.

EFFEKTVURDERINGEN

Identifikation af effekter er ikke en enkel opgave. Hovedspørgsmålet i forbindelse med effektmålingen er, hvordan det går modtagere af en intervention i forhold til, hvordan det ville være gået de samme personer, hvis de ikke havde modtaget interventionen. I dette tilfælde vil det sige, at vi gerne vil vide noget om effekten af tvangsbehandling af misbrugere i forhold til, hvis de ikke bliver tvangsbehandlet. Et oplagt problem ved dette er, at det ikke er muligt at observere de samme personer, både når de modtager interventionen – tvangsbehandlingen – og ikke modtager interventionen. Enhver effektmåling vil derfor sammenligne personer,

der modtager interventionen, med en sammenlignelig kontrolgruppe, der ikke modtager interventionen. I dette tilfælde betyder det, at man kan sammenligne en gruppe af misbrugere, der modtager tvangsbehandling, med en anden gruppe misbrugere, som ikke modtager behandling. Jo bedre kontrolgruppen er – dvs. jo mere den ligner interventionsgruppen – jo bedre bliver effektmålingen.

Kontrolgruppeproblemet kan løses på forskellig måde. En teoretisk rigtig måde at gøre det på er ved at gennemføre studiet som et randomiseret kontrolleret forsøg (også kaldet et lodtrækningsforsøg). I det randomiserede kontrollerede forsøg tager man udgangspunkt i en samlet gruppe af misbrugere, hvor det efter et tilfældighedsprincip afgøres, hvem der skal modtage tvangsbehandling, og hvem der ikke skal. Statistisk set vil forskellen på de to grupper i dette tilfælde kun være, om de har modtaget tvangsbehandling eller ej, og det er derfor forholdsvis enkelt at beregne effekten af tvangsbehandlingen. I vurderingen af randomiserede kontrollerede forsøg skal man dog være opmærksom på, at mange faktorer både ved planlægningen og implementeringen af forsøget har betydning for, om antagelsen om, at de to grupper er ens, holder.

I andre studier, som ikke bygger på kontrollerede randomiserede forsøg, anvendes forskellige statistiske metoder til at konstruere en kontrolgruppe, som kan bruges til at beregne effekten. Fælles for disse studier er, at interventionsgruppe og kontrolgruppe ikke som udgangspunkt er statistisk ens. Vurderingen af studiet bliver derfor i høj grad et spørgsmål om, hvor godt denne problemstilling er løst.

I forhold til en effektvurdering i en dansk kontekst er to faktorer særligt relevante. Den første faktor er studiets kvalitet, jf. bemærkningerne ovenfor. Problemstillingen er her, i hvor høj grad studierne resultater er pålidelige. Den anden faktor er studierne relevans i den danske kontekst. Studier kan således være gennemført i en kontekst så langt fra den danske, at resultaterne ikke bidrager til den store forståelse i dansk sammenhæng.

Derudover er to andre forhold vigtige i forhold til studierne sammenlignelighed. For det første er det vigtigt at være opmærksom på, at effekter nødvendigvis altid måles i forhold til noget andet. Alternativet til tvangsbehandling kan således være en anden behandling, ingen behandling eller muligvis en fængselsstraf. Det giver naturligvis ikke mening direkte at sammenligne effekter i forhold til forskellige alternativer. For det andet er der stor forskel på, hvad effekten er målt på – hvilket

resultat der er målet med tvangsbehandlingen. Målet kan således være at stoppe med misbruget, at nedsætte forbruget af stoffer eller alkohol, at forbedre misbrugerens helbred, at sikre det ufødte barn mod misbrugs-skader osv. Også her gælder det, at resultater ikke uden videre kan sammenlignes på tværs af forskellige studier.

Samlet er der derfor mange forskellige faktorer, der har betydning for vurderingen af materialet. En meget detaljeret gennemgang af hvert enkelt studie har ligget uden for rammerne af denne kortlægning, og studierne i kapitlet er derfor udelukkende udvalgt efter, at de selv beskriver at analysere en effekt. Det skal naturligvis tages i betragtning ved fortolkningen af resultaterne. I det følgende præsenterer vi kort essensen af de forskellige effektstudiers indhold.

RESULTATER AF EFFEKTSTUDIERNE

I dette afsnit ser vi nærmere på kortlægningens 42 effektstudier. For overskuelighedens skyld har vi opdelt dem i forskellige undergrupper.

RCT-STUDIER

I alt har kortlægningen identificeret fem RCT-studier, alle fra USA (Brecht, 2005; Desmond, 1996; Nishimoto, 2001, Rittner, 2000; White, 2006).

Brecht (2005) ser på misbrugere af metaamfetamin, som henvises til tvangsbehandling af det juridiske system. Formålet med undersøgelsen er primært at se på, om tvangselementet spiller ind på misbrugerens motivation for behandling, og studiet viser, at dette har en betydning, idet misbrugere, der kommer i behandling efter tvangsbestemmelsen, føler sig mere pressede end misbrugere, der kommer i behandling på andre måder. Dette har betydning, fordi misbrugerens motivation for at komme ud af sit misbrug er afgørende for behandlingens succes. Studiet understreger betydningen af at kombinere motivation med eventuelle tvangselementer af misbrugsbehandlingen.

Desmond (1996) sammenligner en gruppe af stofmisbrugere i tvangsbehandling i forhold til en gruppe af stofmisbrugere i frivillig behandling. Studiet indeholder ikke mange oplysninger om tvangens karakter, men et hovedresultat er, at misbrugerne i tvangsbehandling i gennemsnit er længere tid i behandling end misbrugere i frivillig behandling.

På grund af meget mangelfulde oplysninger i studiet er det dog vanskeligt at bruge resultaterne i en dansk kontekst.

Nishimoto (2001) ser på en gruppe misbrugere, der enten henvises til behandling fra eksempelvis lokale myndigheder eller hospitaler eller selv opsøger behandling. Et hovedresultat af dette studie er, at misbrugere er længere tid i behandling, hvis behandlingen er påtvunget af lokale juridiske myndigheder. Det samme gælder kvinder, der stadig har forældremyndighed over deres børn (i forhold til mødre, der har fået fjernet deres børn).

Rittner (2000) henvender sig til forældre, der henvises til behandling af børnemyndighederne. Tvangselementet består i, at alternativet til at acceptere behandling er, at børnene bliver tvangsfjernet. Behandlingen er en psykosocial behandling, og en relativt stor del af misbrugerne er afrikansk-amerikanere. Resultatet i studiet er, at der ikke er forskel på misbrugere i interventionsgruppen og kontrolgruppen i forhold til fremtidigt misbrug.

Den sidste RCT, vi har inkluderet, er White (2006). Dette studie er noget anderledes end de øvrige, idet det handler om unge studerende, der gribes i stofmisbrug på skolens område. Studiet sammenligner tvungen deltagelse i en motiverende samtale med en skriftlig påtale, men finder ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.

NON-RCT-STUDIER FRA USA

I denne gruppe finder vi 23 studier af forskellig karakter.

Berkowitz (1996) er en undersøgelse af et amerikansk behandlingstilbud til gravide misbrugere eller misbrugere med børn, hvoraf nogle er henvist ved tvang, mens andre deltager frivilligt. Projektet var et pilotprojekt, hvor behandlingstiden kunne variere meget, men overordnet viser studiet, at kvinder, der har modtaget tvangsbehandling, har haft større succesrate med behandlingen, både i forhold til gennemførelse af behandlingen og i forhold til et reduceret misbrug.

Brecht (1993) omhandler en spørgeskemaundersøgelse blandt misbrugere i metadonbehandling. Deltagerne er inddelt i tre grupper med lille, mellem og høj grad af tvangselement i behandlingen. Formålet var at belyse, om deltagere i tvangsbehandling får dårligere resultat af behandlingen sammenlignet med frivillige deltagere, hvilket ikke viser sig at være tilfældet. Det skal bemærkes, at selvom dette studie er fra 1993, stammer data fra 1970'erne.

Broner (2005) er en kvasi-eksperimental undersøgelse af misbrugere, der i stedet for at forblive i fængsel tvinges til tvangsbehandling. Studiet finder, at deltagerne i tvangsbehandlingen klarer sig bedre end misbrugere, der forbliver fængslet. Deltagerne bruger således mindre tid i fængsel, kommer oftere i gang med behandlingsforløb uden for fængselsregi og mindsker misbruget.

Brown (2001) ser på betydningen af efterbehandling for misbrugere, der har været i tvangsbehandling eller i anden type behandling. Studiet finder dog ingen forskel i efterbehandlingens betydning for de to grupper.

Clark (2009) sammenligner tvangsdeltagere og frivillige deltagere i stofmisbrugsbehandling på en række forskellige behandlingssteder med varierende indhold af behandlingen. Studiet inkluderer kun kvinder. Studiet viser, at kvinderne i tvangsbehandling har bedre resultater i forhold til misbrug og psykiske problemer end frivillige deltagere.

Friedman (2003) ser på sammenhængen mellem hvilken instans, der henviser misbrugeren til tvangsbehandlingen, og hvor mange nye misbrugere der er i behandling. Studiet finder, at dette varierer i nogen grad, men det er uklart, hvilken rolle tvangselementet spiller i denne sammenhæng.

Goldberg (1996) er et studie af kvinder, der er blevet pågrebet, mens de har kørt bil i påvirket tilstand. Kvinderne er enten blevet dømt til tvangsbehandling eller er kommet i fængsel. Denne undersøgelse sætter fokus på kvindernes forhold til deres børn, som ofte er dårligt. Dette gælder både for kvinder i tvangsbehandling som for de fængslede kvinder.

Gregoire (2004) sammenligner fem forskellige ambulante behandlingsprogrammer for stof- og alkoholmisbrugere, hvor tvangselementet spiller en forskellig rolle. Gregoire finder generelt, at tvangselementet i behandlingen har positiv betydning for deltagernes motivation og villighed til at forandre deres situation.

Hiller (1996) undersøger dømte, der modtager tvangsbehandling som alternativ til fængselsstraf. Undersøgelsen viser umiddelbart, at deltagerne i tvangsbehandlingen klarer sig bedre efterfølgende end almindeligt fængslede, både hvad angår fremtidig beskæftigelsessituation og tilbagefald til kriminalitet. Det understreges dog, at opfølgningen i studiet kun er på kort sigt, og at de gode resultater ikke nødvendigvis holder på længere sigt.

Hohman (2003) er ligeledes et studie af gravide misbrugere, hvor alternativet til tvangsbehandling for den gravide enten er fængselsstraf eller tvangsfjernelse af barnet afhængigt af, hvorfra den gravide er henvist til behandling. Studiet finder nogle forskelle mellem gravide henvist fra det kriminelle system eller fra børneværnet, men resultatet er mindre stærkt, fordi data oprindeligt er indsamlet til et andet formål.

Howard (1996) undersøger succesraten hos ambulante behandlingssteder med forskellig andel af tvangsdeltagere. Resultaterne peger på, at behandlingssteder med flere tvangsdeltagere har større succes med behandlingen end behandlingssteder med få tvangsdeltagere.

Kelly (2004) sammenligner misbrugere, der er dømt til tvangsbehandling i det kriminelle system, med misbrugere, der er anbefalet behandling af det kriminelle system (men ikke tvangsbehandlede), samt med misbrugere, der er frivilligt i behandling. Alle deltagere i undersøgelsen er krigsveteraner. Kelly finder klart, at misbrugerne i tvangsbehandling har bedre udbytte af behandlingen end andre misbrugere både i forhold til selve behandlingsforløbet og i forhold til resultater efter behandlingen. Studiet er dog hæmmet af målgruppen, idet man ikke med sikkerhed kan overføre resultater fra krigsveteraner med misbrug til andre typer af misbrugere.

Lawental (1996) er en undersøgelse af et behandlingsprogram, der er knyttet til arbejdspladsen. Både stof- og alkoholmisbrugere får valget mellem at deltage i ambulante behandling eller døgnbehandling eller at miste deres arbejde. Dette sammenlignes med en gruppe medarbejdere, der frivilligt går i gang med et behandlingsforløb. Resultatet er, at interventionsgruppen har en markant højere sandsynlighed for at gennemføre behandlingen, og det lader til, at kombinationen af tvang og muligheden for at bevare jobbet er et godt incitament til at gennemføre behandlingen.

Lincort (2002) sammenligner to forskellige ambulante behandlinger, hvor motiverende samtaler indgår i den ene. Deltagerne er henvist til behandlingen fra forskellige instanser, og forskellige tvangselementer har indgået i denne henvisning. Undersøgelsen viser et bedre udbytte af den behandling, der også inkluderer motiverende samtaler, men det er dog uklart, hvilken betydning tvangselementet har for dette resultat.

Martin (2000) ser på alkoholikere i ambulante medicinske alkoholbehandling, hvor nogle er tvangsdeltagere, mens andre deltager frivilligt. Studiet viser, at tvangsdeltagerne har omtrent dobbelt så stor deltagelses-

rate ved de ambulante møder som de frivillige deltagere. Det skal dog bemærkes, at antallet af observationer er meget begrænset.

Ondersma (2009) ser på tvangsbehandling for gravide misbrugere sammenlignet med en gruppe i frivillig behandling. Alternativet for den gravide kvinde til at deltage i behandlingen er fængselsstraf, at barnet bliver fjernet, eller at hun selv bliver sat ud af sin bolig. Studiet finder klart bedre resultater for de gravide i tvangsbehandling, både i forhold til deltagelse i behandling og i forhold til et mindsket forbrug af alkohol og/eller stoffer. Antallet af deltagere i studiet er dog lille, og generaliserbarheden er derfor begrænset.

Shearer (2002) undersøger modstand mod behandling for en gruppe misbrugere, der modtager behandling som en del af deres prøveløsladelse, nogle som tvang og andre frivilligt. Shearer finder, at modstanden mod behandling er større i gruppen af tvangsdeltagere sammenlignet med gruppen af frivillige deltagere.

Soliman (2009) undersøger forskellen på behandlingssteder for ikke-voldelige kriminelle, der modtager ambulante behandling frem for fængselsstraf. Soliman finder, at behandlingsstederne varierer både med hensyn til andelen af tvangsdeltagere og med hensyn til elementerne i behandlingen (fx i forhold til fokus på juridiske og psykiske aspekter).

Walker (2008) ser på forskellige behandlinger for misbrugere, der er dømt til behandling efter at have kørt bil i påvirket tilstand. Studiet viser et større alkoholforbrug blandt tvangsdømte i forhold til andre 12 måneder efter behandlingen, men det skal bemærkes, at deltagerne i studiet ikke nødvendigvis er repræsentative for alle relevante misbrugere på grund af specielle udvælgelseskriterier.

Weisner (2009) fokuserer på misbrugere, der er henvist til behandling fra en arbejdsplads eller fra det juridiske eller sociale system. Studiet viser, at henviste fra en arbejdsplads har bedre resultater både på kort og længere sigt end andre henviste.

Young (2002) og (2004) undersøger et særligt behandlingstilbud med en meget stærk struktur til tvangsdømte, hvis alternativ er fængselsstraf. Undersøgelserne viser ved hjælp af forskellige resultatmål, at deltagere i de meget strukturerede programmer i mindre grad har tilbagefald til kriminalitet end deltagere i andre programmer.

NON-RCT-STUDIER FRA ANDRE LANDE

Non-RCT-studierne fra andre lande end USA begrænser sig til fem studier: Bourquin-Tièche (2001) fra Schweiz; Desland (1992) fra Australien samt Gerdner (1997), Larsson (2008) og Lindahl (2010) fra Sverige.

Bourquin-Tièche (2001) er en brugertilfredsheds-undersøgelse af alkoholmisbrugere, der har været gennem forskellige typer behandling med og uden tvangselement. Bourquin-Tièche finder, at tilfredsheden med behandlingen er høj, og at de fleste synes, at tvangselementet var på sin plads. Kvinder er generelt mere tilfredse end mænd.

Desland (1992) ser på heroinmisbrugere, der som led i en dom skal gennemgå en tvangsbehandling, før de påbegynder den egentlige fængselsstraf. Disse sammenlignes med en gruppe misbrugere, der er blevet indskrevet til behandling på eget initiativ. Studiet finder en svag indikation på bedre resultater for misbrugere i interventionsgruppen, men der er for få deltagere til at foretage en decideret konklusion.

Larsson (2008) og Lindahl (2010) har begge den svenske lovgivning om tvangsbehandling som fokuspunkt. Lindahl retter blikket mod stofmisbrugere, mens Larsson ser både på stof- og alkoholmisbrugere. Lindahls studie ser på, hvorvidt der generelt er bedre resultater af misbrugsbehandlingen i kommuner, hvor andelen i tvangsbehandling er høj, sammenlignet med kommuner med lavere andel. Studiet finder, at dette ikke er tilfældet, men det skal bemærkes, at det bygger på et lille antal observationer. Larsson ser på forskelle i forskellige resultatmål (fx bolig-situation, socialt netværk og helbred) for fire grupper – en gruppe i frivillig behandling og tre grupper i forskellige tvangssituationer. Generelt finder studiet en del forskelle, men da undersøgelsen er præget af et stort frafald, er det svært at henføre disse forskelle til forskellige behandlingselementer.

Endelig er der Gerdner (1997), hvor fokus er lagt på en behandling af 12-trins-typen (som fx bruges af Anonyme Alkoholikere). Gerdner ser dels på en ændring i behandlingsmetoden og dels på en ændring i lovgivningen og finder, at begge dele har betydning for den tid, som misbrugerne er i tvangsbehandling bag låste døre. Studiet identificerer dog ikke en decideret effekt af behandlingen.

REVIEWS

Til sidst i dette kapitel vil vi kort beskrive de fundne reviews, der i større eller mindre omfang inkluderer effektresultater. Vi skal bemærke, at de

fundne reviews, med undtagelse af Broadstock (2008), ikke er systematiske. Det er derfor vanskeligt at generalisere resultaterne.

Broadstock (2008) er en systematisk forskningsoversigt over effekten af tvungen behandling af ikke-kriminelle stof- og alkoholmisbrugere. Oversigten inkluderer og gennemgår andre reviews på området og finder, at langt de fleste handler om kriminelle misbrugere. Forfatterne konkluderer således, at vidensgrundlaget for at udtale sig om effekten af tvangsbehandling for ikke-kriminelle er for svagt, men at der er indikationer af, at tvangsbehandling fungerer for nogle misbrugere.

Farabee (1998) undersøger effekten af tvangsbehandlingsprogrammer for kriminelle stofmisbrugere i USA. Oversigten identificerer 11 studier og finder varierende effekt af programmerne – nogle har positiv effekt, nogle har ingen effekt, og nogle har decideret negativ effekt. Forfatterne peger på, at dette bl.a. skyldes implementeringsproblemer, men også hænger sammen med, at misbrugernes motivation er meget forskellig, og at der ikke er taget højde for dette.

Gerdner (2010) er en oversigt over effektivitet og kvalitet af tvangsbehandling af misbrugere set fra et svensk perspektiv. Resultaterne fra denne forskningsoversigt diskuteres nærmere i næste kapitel om de svenske studier.

Klag (2005) er en oversigt over 20 års forskning i brugen af tvang i behandlingen af stof- og alkoholmisbrugere. Forfatterne finder, at spørgsmålet om, hvorvidt tvang er et effektivt element i behandlingen, ikke er endeligt afklaret, bl.a. fordi for mange af studierne har for dårlig kvalitet. Der findes således både studier med positive resultater, studier med negative resultater og studier med insignifikante resultater.

Miller (2000) ser på effekten af tvangsbehandling for stof- og alkoholmisbrugere og finder, at resultaterne generelt er gode. Oversigten opdeler misbrugere efter målgruppe og finder fx, at tvang er et væsentligt element i behandlingen af kriminelle misbrugere, men også at tvangsselementet kan have betydning i forhold til mødre, der er misbrugere.

Norland (2003) er en kritisk gennemgang af den forskning, der påviser gode tvangsbehandlingsresultater for stofmisbrugere. Kritikken går specielt på studiernes metodiske mangler, idet flere nok finder, at misbrugere i tvangsbehandling reducerer misbruget efterfølgende, men samtidig overser, at misbruget ligeledes reduceres i kontrolgruppen, der ikke modtager tvangsbehandling.

Polcin (2001) ser på misbrugere af stoffer og alkohol, der er tvunget i behandling af det juridiske system. Forfatterne finder, at behandling initieret af tvang kan have positiv betydning for en række forskellige behandlingstyper, såsom terapeutiske sammenhænge, metadonbehandling og andre uspecificerede behandlinger.

Ritvo (2008) ser på en række behandlingsprogrammer for forskellige målgrupper, der alle er forankret i lokalområder. Et af disse programmer er for nybagte mødre med misbrugsproblemer. Et studie af disse finder, at en stor andel af de mødre, som gennemgik tvangsbehandling, kom ud af misbruget og dermed kunne beholde deres børn. Studiet har dog ingen kontrolgruppe. Derudover påpeger forfatterne, at resultaterne i høj grad afhænger af de specifikke elementer i behandlingsprogrammerne, implementeringen og tyngden af misbrugsproblemet.

Snyder (2009) er en litteraturoversigt, der ser på effekten af psykoterapi for klienter, der deltager under tvang. Oversigten ser bredt på psykoterapi, dvs. at klienterne ikke kun er misbrugere, men også psykisk syge eller personer med andre problemer. Udgangspunktet for litteraturoversigten er at undersøge, om klienter, der behandles med tvang, får et dårligere udbytte af behandlingen end klienter, der behandles frivilligt. Forfatterne finder dog generelt meget ens resultater af behandlingen for de to grupper af klienter.

SAMLET VURDERING

Denne kortlægning har fundet frem til et antal studier, der i større eller mindre grad finder en effekt af tvangsbehandling. Materialets karakter er dog således, at det er vanskeligt at lave en decideret effektvurdering af tvang som behandlingsmetode i forhold til misbrugere. Dette skyldes til dels, at effektmålingen i mange af studierne ikke er af tilstrækkelig høj kvalitet til, at resultaterne kan generaliseres. En problematik er ligeledes det meget store antal af amerikanske studier, der ser på tvangsbehandling som alternativ til fængselsstraf, hvilket umiddelbart er svært at overføre til danske forhold. Omvendt vurderer vi, at man godt kan fokusere på dele af materialet, og at der i den forbindelse kan være basis for et egentligt Campbell-review på dele af materialet.

Af elementer, der kan trækkes frem af ovenstående gennemgang, kan vi dog nævne:

- At misbrugere i tvangsbehandling lader til at være i behandling i længere tid end frivillige deltagere
- At tvangsbehandling, der kædes sammen med tilknytning til en arbejdsplads, lader til at være succesfuld
- At motivation for behandling er meget vigtig, og at tvangselementet kan have både positiv og negativ virkning på motivationen

SVENSKA STUDIER

Som tidligere nævnt har et særskilt formål med denne kortlægning været at gå i dybden med studier fra de nordiske lande. I praksis har dette dog vist sig at være synonymt med studier fra Sverige og Norge. I dette kapitel fokuserer vi derfor på de svenske studier, mens det næste kapitel indeholder en mere detaljeret gennemgang af de norske evalueringer.

I kapitlet her omtaler vi kort de svenske studier og går derefter mere i dybden med den nyeste svenske forskningsoversigt, som er Gerdner (2010).

TABEL 5.1

Oversigt over svenske studier af tvang ved behandling af stof- og alkoholmisbrug.

Forfatter	År
Andersson	1998
Bergmark	2004
Bjurner	1992
Ekendahl	2009
Gerdner	1991
Gerdner	1996
Gerdner	1997
Gerdner	2010
Larsson	1999
Larsson	2008
Larsson-Kronberg	2005

(Fortsættes)

TABEL 5.1 (FORTSAT)

Forfatter	År
Lindahl	2010
Sallmén	1999
Statens Institutionsstyrelse (SIS)	2000
Statens Institutionsstyrelse (SIS)	2002
Wärmegård	2005
Westerlund	1981

OVERSIGT OVER DE SVENSKES STUDIER

Herunder præsenterer vi kort indholdet i de enkelte svenske studier (en oversigt findes i tabel 5.1). Bemærk, at Gerdner (1997), Larsson (2008) og Lindahl (2010) er beskrevet under effektstudier i kapitel 4.

Andersson (1998) handler om behandling af unge misbrugere, der anbringes efter den specielle svenske lov om tvang over for unge misbrugere (LVU). De unge bliver anbragt på et såkaldt § 12-hjem, hvor de ud over at blive behandlet for deres misbrug opbygger en række almindelige sociale kompetencer, som de i mange tilfælde ikke har med fra deres baggrund i familier med store sociale problemer. Anbringelsen på § 12-hjemmet er ikke tidsbegrænset, men skal tages op til vurdering hver sjette måned. Studiet er en gennemgang af, hvor LVU anvendes i forhold til unge, og Andersson finder, at det er en værdifuld mulighed at have for de sociale myndigheder, selvom de unge og deres forældre ofte er modstandere af anbringelsen.⁷

Bergmark (2004) ser på forskellene mellem forskellige paragrafer af tvangslovgivningen.

Bjurner (1992) foretager en evaluering af et behandlingssted, der som målgruppe har kvindelige stofmisbrugere over 20 år idømt tvangsbehandling. Evalueringen ser på, hvordan det efterfølgende går med 63 kvinder, som har gennemgået tvangsbehandling på institutionen. Af disse er 20 kvinder blevet stoffrie, 7 er på metadon, mens 36 er forblevet stofmisbrugere.

Ekendahl (2009) er en kvalitativ undersøgelse af 12 alkoholikere, som modtager behandling efter tvangslovgivningen. Studiet viser bl.a.,

7. Denne specielle lovgivning har ikke været i fokus i denne kortlægning, men ifølge Hauge & Egelund (2004) er lovgivningen om unge misbrugere meget mangelfuldt undersøgt.

hvordan flere af alkoholikerne er stærkt kritiske over for tvangselementet i behandlingen.

Gerdner (1991) undersøger tvang som alternativ til fængsel i en kvantitativ evaluering med før- og eftermåling. Tvangsbehandlingen finder sted på et behandlingshjem, der arbejder med en Minnesota-inspireret model. Studiet ser på forskellen mellem misbrugere, der fuldfører programmet, sammenlignet med misbrugere, der afbryder programmet i utide, og finder bl.a., at unge misbrugere samt misbrugere, der har været igennem mange behandlingsforløb, har større risiko for at afbryde behandlingen i utide.

Gerdner (1996) sammenligner resultatet af en 5 uger lang misbrugsbehandling for en gruppe misbrugere indskrevet efter tvangslovgivningen med resultatet for en gruppe misbrugere, der er indskrevet frivilligt. Med hensyn til tvangselementet finder Gerdner ikke, at dette har nogen betydning for udfaldet af behandlingen. Det skal dog bemærkes, at studiet er lille med relativt få deltagere og mulig skævhed mellem de to grupper.

Gerdner (1997) – se kapitel 4.

Larsson (1999) er en kvalitativ undersøgelse af misbrugerens oplevelser af den tvangsbehandling, som de er udsat for. Fælles for disse misbrugere er, at de alle også har psykiske problemer. Undersøgelsen beskriver bl.a. misbrugernes oplevelse af at være meget overladt til sig selv uden professionel kontakt.

Larsson (2008) – se kapitel 4.

Larsson-Kronberg (2005) sætter fokus på tiden forud for, at misbrugerne er blevet idømt tvangsbehandling. I denne periode foregår der en udredning af misbrugerens forhold, og formålet med studiet er at belyse betydningen af kontakt mellem misbruger og systemet i denne periode. Generelt er misbrugerne ikke tilfredse med kontakten til systemet før tvangsdommen, og de synes ikke, at de bliver hørt nok, selvom denne mulighed er fremhævet i loven. Yderligere finder Larsson-Kronberg, at misbrugerne er mere tilfredse med behandlingssteder, som de selv har været med til at vælge.

Lindahl (2010) – se kapitel 4.

Sallmén (1999) omhandler ambulante behandling og døgnbehandling af alkoholmisbrugere. Studiet konstaterer bl.a., at tvangsbehandlede er mere negativt indstillet over for behandlingen end misbrugere i frivillig behandling.

Statens Institutionsstyrelse (2000) ser på baggrundsfaktorer for misbrugere i behandling efter tvangslovgivningen og finder, at misbrugere typisk er belastet af en række andre sociale, fysiske og psykiske faktorer.

Statens Institutionsstyrelse (2002) er en kvalitativ undersøgelse af erfaringer med strukturerede behandlingsmetoder for misbrugere anbragt efter tvangslovgivningen. Studiet viser, at erfaringerne med den strukturerede behandling er mere positive end negative, også for misbrugere i tvangsbehandling.

Wärmegård (2005) fokuserer på et efterbehandlingsprogram udviklet på en behandlinginstitution for tvangsanbragte kvindelige misbrugere. Efterbehandlingen består i at arbejde med klienternes arbejdsmæssige og private netværk. Ikke alle kvinderne forbliver stoffrie efter endt behandling, men institutionen finder, at arbejdet med den enkeltes netværk styrker den individuelle, målrettede efterbehandlingsindsats for den enkelte klient.

Westerlund (1991) er en kvalitativ undersøgelse af et mindre antal misbrugere på et behandlingssted for tvangsanbragte. Fokus har været på klienternes oplevelse af behandlingen, og her er et fællestræk ved historierne, at de tvangsdømte føler sig mindre hørt, og at de i mindre grad har fået en chance. Behandlingen, som foregår efter Minnesota-principperne, ser dog ud til at fungere.

SVENSK FORSKNINGSOVERSIGT FRA 2010

Gerdner og Berglund har i foråret 2010 lavet en forskningsoversigt som input til den svenske misbrugsudredning. I dette afsnit præsenterer vi resultater fra denne forskningsoversigt mere detaljeret.

DEN SVENSK MODEL

Den svenske alkohollov (Alkoholistlagen) blev vedtaget i 1913 og trådte i kraft i 1916. Loven var særligt inspireret af lægen Magnus Huss, der i en doktorafhandling fra 1849 beskrev alkoholisme som en sygdom. Loven blev i 1982 afløst af en ny Lov om pleje af misbrugere (Lag om vård av missbrukare), i daglig tale kaldet LVM. Loven blev her udvidet til at omfatte flere typer af misbrugere, og der blev desuden lagt en begrænsning på behandlingstiden under tvang. LVM giver hjemmel til 'social tvangs-

pleje' af misbrugere. Desuden er der hjemmel til psykiatrisk tvangspleje af personer, der både har misbrugsproblemer og psykiatriske diagnoser. Tvangspleje skal i denne sammenhæng forstås som pleje, der gennemføres uden individets samtykke. Dette sker som regel under forudsætning af, at frivillig pleje ikke kan tilpasses, og det medfører, at de, som tvangsindlægges, er en selektiv gruppe med alvorlige problemer.

Forskningsoversigten gennemgår, hvordan tvang i behandlingen af misbrugere anvendes internationalt, og finder, at tvangspleje forekommer i godt 80 pct. af verdens lande. I USA opstod der fx et behov for en lov om narkotikamisbrug efter Vietnamkrigen, og i 1966 indførtes "The Narcotic Addict Rehabilitation Act" (Lov om rehabilitering af narkotikamisbrugere, i daglig tale NARA), der indeholder mulighed for tvangsbehandling. Specielt i 1980'erne, hvor hiv-epidemien blandt injektionsmisbrugere var på sit højeste, blev kontrol efterspurgt i mange lande. Selv i Holland, som tidligere var i front med hensyn til legalisering og individuelt ansvar, blev der indført en lov om tvangsindlæggelser af kriminelle misbrugere. Man kan dog ikke tale om, at der findes en decideret international trend, når det kommer til tvangsindlæggelser af misbrugere.

I Sverige findes der forskellige lovgrundlag for tvangsbehandling af misbrugere. Den type, der som regel omtales, er LVM, som kan kaldes en civil rehabiliterende tvangsbehandling. Men derudover tvangsbehandles misbrugere på grundlag af LPT (lov om psykiatrisk tvangsbehandling) og LRV (lov om retspsykiatrisk behandling). Fordi lovgrundlaget varierer, er det vanskeligt at få et præcist overblik over omfanget af tvangsbehandling, men Gerdner (2010) anfører, at Sverige har flere misbrugere i tvangsbehandling end de øvrige nordiske lande. En tælling fra en enkelt dag – den 1. november 2008 – viser, at ca. 220 personer denne dag var i tvangsbehandling under LVM. Derudover var der på en anden dag – den 6. maj 2008 – 105 personer i tvangsbehandling under LPT og LRV med misbrug som hoveddiagnose.

RESULTATER AF DE SVENSKES STUDIER

Forskningsoversigten konkluderer, at flertallet af studierne af tvangsbehandling i Sverige peger i positiv retning. Elementerne i et positivt tvangsbehandlingsforløb lader til at være en kvalificeret udredning, et struktureret behandlingsindhold med fokus både på misbruket/afhængigheden og på relaterede problemer samt en langsigtet og kvalificeret efterbehandling. Kvalificerede diagnostiske og psykologiske

udredninger er nødvendige for at kunne udvikle en tilpasset behandling og en tilpasset efterbehandlingsplan. Desuden ser det ud til, at et struktureret indhold med fokus på både misbrug og afhængighed er medvirkende til positive resultater.

Tre nye studier ("Vårdkedjeprojektet", "ESS projektet" og "Ett kontrakt för livet") fokuserer alle på betydningen af efterbehandling og finder alle, at god efterbehandling har en positiv effekt. Forskningsoversigten konkluderer derfor, at en langsigtet og veltilrettelagt efterbehandling, som udformes individuelt og bygger videre på strukturerede indsatser under institutionsbehandlingen, bør tilbydes alle behandlede efter en tvangsindlæggelse.

Et andet fokusområde er de indirekte effekter af tvangsindlæggelser, dvs. hvordan misbruget og indlæggelsen påvirker familie og pårørende. I denne forbindelse henviser oversigten bl.a. til et ældre svensk studie ("Children of Alcoholic Fathers", Nylander, 1960), som viste, at overvågning af alkoholiserede fædre indirekte havde en positiv effekt på deres børn. Et andet svensk studie (Nordvall & Thalén, 1997) viser positive resultater af tvangsindlæggelse af gravide misbrugere. I dette projekt blev der arbejdet med 17 gravide kvinder i perioden december 1992 til april 1997. Der blev gjort et omfattende stykke arbejde for at styrke kvindernes motivation til at tage ansvar for deres graviditet og føde et sundt barn. Ud af de 17 kvinder fik én kvinde en sen abort i 20. uge, én var stadig gravid, da projektet sluttede, og 15 fødte børn uden synlige skader.

Det kan ligeledes være relevant at undersøge eventuelle skadelige effekter ved brug af tvang, men forskningen på dette område er meget begrænset. Hypoteser, der nævnes som værd at undersøge, er fx, at der opstår stigende medicintolerans under indlæggelsen på institutionen, at der sker en negativ udvikling hos de indlagte på grund af ubehandlede problemer, at der sker et gennembrud i det psykologiske forsvar, uden at der indtræder en nyorientering, samt at de indlagte udvikler en bekymring for fremtiden.

FORSKNING I KVALITET AF LVM-BEHANDLINGEN

LVM-behandlingen i Sverige har efterhånden udviklet sig til at være opdelt i behandling af henholdsvis frivillige og aflåste patienter, samtidig med at der er sket en stor stigning i antallet af aflåste pladser. Dette påvirker naturligvis institutionernes hverdag, hvor en stor del af misbrugere

nes ophold sker på låste afdelinger. Loven præciserer, at 'nødvendige indsatser skal gives', men stiller ingen tydelige krav om indlæggelsens indhold. Tidligere anvendte et mindretal af institutionerne strukturerede behandlingsmodeller som fx 12-trins-behandling. Bredere satsninger har nu gjort, at personalet uddannes i fx motiverende samtaler. Desuden tilbydes flertallet af indlagte misbrugere nu undersøgelser med 'helhedsperspektiv'. Nogle institutioner tilbyder at lave kvalificerede psykologiske udredninger, hvis en sådan bestilles af socialtjenesten, men forskningsoversigten påpeger, at disse ikke nødvendigvis anvendes til at tilpasse pleje og efterbehandling optimalt. Studier viser i øvrigt, at socialtjenesten generelt er glad for LVM-plejens disciplinerende aktiviteter, men mindre glad, når det gælder udredende og motiverende aktiviteter, og mindst glad, når det gælder behandlende og bearbejdende aktiviteter.

Ser man på grupper af tvangsindlagte, siger de, at LVM-plejen har hjulpet dem til at håndtere deres misbrugs- og relationsproblemer. Knap halvdelen af de adspurgte havde fået hjælp til deres problemer og stod til at kunne håndtere deres problemer med både fysisk og psykisk sundhed. En mindre del havde ligeledes fået hjælp til andre problemer. Til gengæld rapporterer brugerundersøgelser om negative oplevelser ved tvangsindlæggelse og indlæggelse på aflåste afdelinger. Et studie lavet nogle år efter tvangsindlæggelsen viser således, at opholdet på den aflåste afdeling og tvangsindlæggelsen er oplevet som meget krænkende. Dog ser en majoritet af deltagerne i efterbehandlingsprogrammet "En kontrakt for livet" programmet som 'godkendt' eller 'meget godt'.

Ifølge forskningsoversigten har bedre kvalitet af plejen stor betydning for dens legitimitet. Udvikling af behandlingsindhold og forbedring af behandlingsmiljøet hører til de vigtigste faktorer i satsningen på højere kvalitet i institutionsplejen. Måling af behandlingsmiljøet både fra de indlagte misbrugeres og personalets perspektiv kan derfor give vigtig feedback til de respektive institutioner og afdelinger.

Svenske studier af tvangsindlæggelsernes effekt viser overordnet:

- Dødelighedsstudier viser en kraftig overdødelighed af indlagte på LVM-institutioner i forhold til, hvad der er almindeligt for misbrugspopulationer. Frivilligt indlagte på LVM-institutionerne har samme høje dødelighed. Studierne ser ingen forskel i resultaterne for henholdsvis frivilligt indlagte og tvangsindlagte under LVM.

- Ældre studier fra tiden med afholdenhed viser, at tvangsindlæggelser med overvågning havde en positiv effekt på de indlagtes sundhedstilstand.
- Sociale netværksfaktorer som familie og selvhjælpsgrupper er centrale individuelle faktorer for et positivt udfald.
- Indførelse af strukturerede modeller for undersøgelse, behovsbømmelse og psykiatriske eller psykologiske undersøgelser ser ud til at forbedre udfaldet af behandlingen, hvilket fører til færre dødsfald.
- Et struktureret motivationsprogram på en lukket afdeling kan bidrage til en blød overgang på en åben intensiv behandlingsafdeling.
- Mens amerikanske studier viser, at tvangsindlagte opnår bedre resultater end frivilligt indlagte på samme institution, så viser svenske studier ingen forskel mellem frivillige og tvangsindlagtes resultater.
- Deltagelse i selvhjælpsgrupper og efterbehandling er relateret til bedre resultater.
- Deltagelse i metadonprogrammer som efterbehandling efter LVM har ført til et fald i antallet af misbrugsrelaterede dødsfald (fx overdosis).

NORSKE STUDIER

Den norske tvangslovgivning er blevet evalueret i to rapporter fra det norske Røkkansentret: ”Grenser for tvang” (Lundeberg et al., 2009) og ”Tvang over for rusmiddelavhengige” (Lundeberg et al., 2010). Rapporterne gennemgår mange forskellige aspekter af tvangslovgivningen i forhold til organisering samt holdningen til tvang blandt både professionelle og misbrugere. Den indeholder både kvalitativt og kvantitativt materiale.

I dette kapitel giver vi et resume af hovedresultaterne i de to rapporter. Første del handler om opbygningen af den norske lovgivning, mens næste del handler om organiseringen af tvangsbehandlingen. Den tredje del omhandler erfaringer med tvangsbehandling på institutionsniveau, fjerde del erfaringer fra udøvere af tvang, femte del erfaringer fra misbrugere i tvangsbehandling, mens sjette del opsamler generel erfaring i forhold til bl.a. alder og køn. I den syvende del beskrives resultaterne af lovgivningen kort. Kapitlet afsluttes med en sammenfatning af gode og dårlige erfaringer fra den norske model. Gennem hele kapitlet er der særskilte afsnit med fokus på gravide misbrugere og særlige erfaringer for denne målgruppe. Det skal understreges, at kapitlet er en gengivelse af resultaterne fra de to norske evalueringer – vi har således ikke vurderet evalueringens resultater.

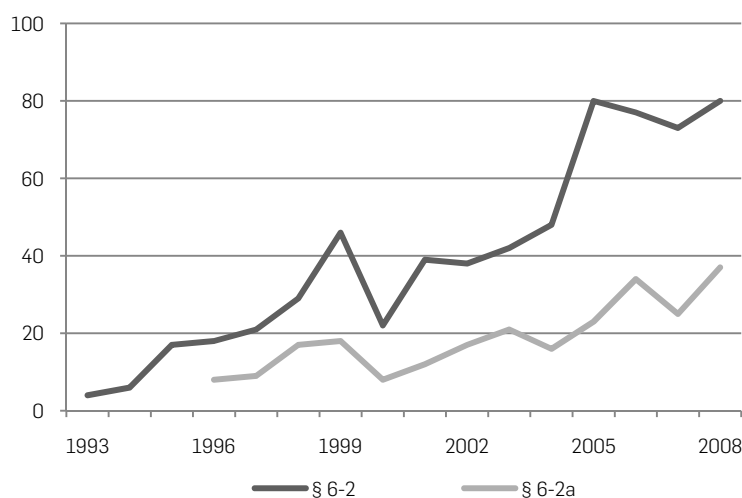
DEN NORSKE MODEL

Den norske lovgivning indeholder tre paragraffer om tvang i forbindelse med behandling af misbrugere. § 6-2 er den generelle tvangsparagraf fra 1993. Den åbner mulighed for tilbageholdelse af myndige misbrugere på en institution uden eget samtykke i op til tre måneder. Hovedvilkåret er, at misbrugeren udsætter sit fysiske og psykiske helbred for fare ved omfattende og vedvarende misbrug, samt at hjælpetiltag efter § 6-1⁸ ikke er tilstrækkelige. Det er vigtigt at præcisere, at tilbageholdet ikke sigter mod tvangsbehandling, men mod undersøgelse og tilrettelæggelse af behandling.⁹

Anden tvangsparagraf er § 6-2a fra 1996, som giver mulighed for at tilbageholde gravide misbrugere på en institution uden eget samtykke under hele graviditeten.

FIGUR 6.1

Antal sager i Norge afgjort efter ordinær sagsbehandling ved anvendelse af § 6-2 og § 6-2a.



Kilde: Lundeberg et al., 2009.

8. § 6-1 er den grundlæggende paragraf, der omhandler misbrugeres ret til hjælp via det sociale system.

9. For nemheds skyld omtaler vi alligevel opholdet som 'tvangsbehandling' i denne kortlægning.

Den tredje tvangsparagraf er § 6-3, der handler om aftalt tvang. Der er således ikke tale om decideret tvangsbehandling, men misbrugeren kan give samtykke til, at han/hun tvinges til ikke at afbryde en behandling i utide.

Den grundlæggende forudsætning for tvangslovgivningen i Norge er, at tvang i sig selv er et onde og derfor kun bør anvendes, når det er absolut nødvendigt, dvs. hvor gevinsterne ved brug af tvang er større end ulemperne. Omvendt betragtes tvangsindlæggelse som et vigtigt virkemiddel i forhold til at kunne forhindre livstruende adfærd grundet misbrug.

Figur 6.1 viser udviklingen i anvendelsen af § 6-2 og 6-2a fra 1993 til 2008.

SÆRLIGT OM GRAVIDE

I 1996 blev § 6-2a som nævnt en del af den norske socialtjenestelov. Paragraffen giver mulighed for, at gravide misbrugere kan tilbageholdes på en institution uden eget samtykke under hele graviditeten, ”dersom misbruget er af en sådan art, at det er sandsynligt, at barnet vil blive født med skade, og hjælpetiltag efter paragraf 6-1 ikke er tilstrækkelige”. Ved denne paragraf tages der således hovedsageligt hensyn til fosteret. Fosteret er den såkaldte ’primærklient’ for socialtjenesten, og fokus på fosteret gør det potentielt lettere for socialarbejderen at bruge tvang, hvis det er nødvendigt. § 6-2a er en særlig norsk bestemmelse, som ikke findes i andre lande.

Det sekundære mål med paragraffen er, at institutionsopholdet skal benyttes til at tilbyde misbrugeren behandling for sit misbrug. Hun får dermed hjælp til at blive i stand til at give omsorg til barnet. I vurderingsfasen er der her mindre fokus på at give omsorg og varetage kvindens særlige behov og situation. Fokus er i stedet på at få kontrol over misbruget og afdække, om kvinden fortsætter sit misbrug. Ved første kontakt får kvinden en mulighed for frivilligt at stoppe sit misbrug, før der bliver benyttet tvang. Presset på kvinden er stort. Ved at henvise til tvangsparagraffen og den myndighed, som den giver socialtjenesten, føler de gravide ofte, at de er nødt til at samarbejde om de frivillige tiltag af frygt for at blive udsat for tvang.

ORGANISERING AF TVANGSBEHANDLING

SOCIALTJENESTEN

Socialtjenesten har en hovedrolle i forhold til misbrugere og skal gennem råd, vejledning og hjælpetiltag hjælpe den enkelte misbruger med at komme ud af sit misbrug (Socialtjenesteloven, § 6-1). Hvis disse tiltag ikke er tilstrækkelige, skal socialtjenesten hjælpe misbrugeren til et behandlingsophold i Norges sundhedsvæsen ('Spesialisthelsetjenesten'). Socialtjenesten har ansvar for opfølgning før, under og efter behandlingsforløbet, mens sundhedsvæsnet har et afgrænset og tidsafhængigt ansvar.

SAGSBEHANDLING

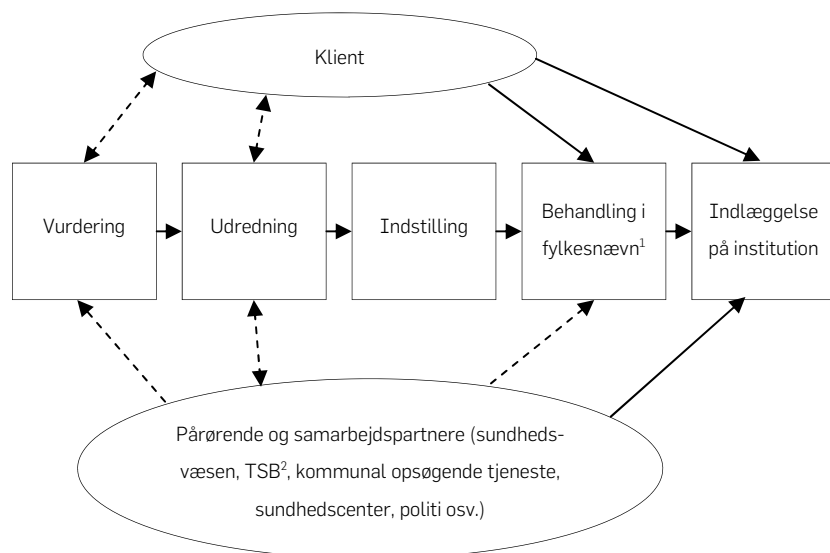
I forhold til § 6-2 og § 6-2a består socialtjenestens opgave i at vurdere og indstille til beslutning om brug af tvang. Vurderingen sker på baggrund af en bekymring fra fx pårørende, kollegaer eller socialforsorgen og ender med en sagsfremlæggelse eller indstilling til barneværnet og de sociale myndigheder. Figur 6.2 viser den normale sagsgang.

Det altafgørende for, om en tvangsbehandling bliver vedtaget, er, om vilkårene for denne er til stede. Vilkårene for § 6-2 er, at:

- Misbrugeren udsætter sit fysiske eller psykiske helbred for fare
- Misbruget er omfattende og vedvarende
- Frivillige hjælpetiltag efter § 6-1 er ikke tilstrækkelige
- Misbrugeren skal indlægges til undersøgelse og tilrettelæggelse af videre behandling
- Der kræves, at institutionen er i stand til at tilbyde misbrugeren tilfredsstillende hjælp i forhold til formålet med indlæggelsen

FIGUR 6.2

Sagsbehandling ved tvangssager i Norge.



1. Uafhængigt statsligt forvaltningsorgan på amtsniveau.

2. Tværfaglig Specialiseret Behandling.

Kilde: Lundeberg et al., 2009.

SÆRLIGT OM GRAVIDE

I forhold til § 6-2a omhandlende gravide misbrugere er vilkårene, at:

- Misbruget skal være af en karakter, hvor der er overvejende sandsynlighed for, at barnet vil blive født med skader
- Frivillige hjælpertiltag efter § 6-1 er ikke tilstrækkelige

BEHANDLINGSINSTITUTIONER

Hvis socialtjenesten vurderer, at der er tale om misbrug, der kræver tvangsbehandling, kan misbrugeren anbringes på en behandlingsinstitution. Der er frit institutionsvalg for misbrugeren – dog kan socialtjenesten ikke afvente frie pladser på den ønskede institution, da dette vil svække betydningen af en beslutning om tvangsbehandling.

Lovgivningen indeholder ingen bestemmelser, som fastsætter, at misbrugere kan indlægges på en behandlingsinstitution med magt. Dog indeholder loven et pålæg til politiet om at hjælpe med at fuldføre en indlæggelse af en misbruger.

Der kan på institutionerne, ud over i henhold til retten til at tilbageholde misbrugeren, kun benyttes magt i meget begrænset omfang. Misbrugeren skal behandles med værdighed og respekt til trods for, at dele af bevægelsesfriheden og selvbestemmelsesretten bliver tilsidesat. Behandlingen skal munde ud i, at misbrugeren er i stand til at tage vare på sig selv.

Der skal til opholdet knyttes en individuel handleplan for misbrugeren, hvor misbrugeren inddrages og giver samtykke til den endelige plan.

ERFARINGER PÅ INSTITUTIONSNIVEAU

KVALITET OG KAPACITET PÅ BEHANDLINGSINSTITUTIONERNE
Behandlingsinstitutionerne, der tager imod misbrugere ved tvang, er en del af det norske sundhedsvæsen ('spesialisthelsetjenesten'). Et hyppigt kritikpunkt er alt for lange ventetider. Andre kritikpunkter er, at behandlingens kvalitet varierer, samt at institutionerne mangler sundhedsfaglig og medicinsk kompetence.

Det bliver pålagt institutionerne at tage imod tvangsindlagte misbrugere. Af økonomiske årsager forsøger man først at finde pladser i bopælsregionen. Hvis der ikke er plads i bopælsregionen, køber regionen 'gæstepladser' på institutioner i andre regioner, hvilket er betydeligt dyrere. Kapacitetsproblemerne i forhold til tvangspladser er et stort problem for misbrugskonsulenterne ('ruskonsulenterne'), særligt i hastetilfælde ved f.eks. gravide misbrugere. Evalueringen viser således, at mangelfuld kapacitet kan sætte grænser for brugen af tvang. En anden problemstilling er, at de tvangsindlagte klienter har forskellige behov. Misbrugskonsulenterne ønsker derfor at henvise klienterne til de institutioner, som er bedst tilpasset til den enkelte klients problemer, hvilket igen kan skabe flaskehalsproblemer.

Evalueringens forfattere finder det bemærkelsesværdigt, hvor lidt viden misbrugskonsulenterne har om, hvad der tilbydes de tvangsindlagte klienter på behandlingsinstitutionerne. En kritik, der ofte fremkommer, er, at institutionerne først og fremmest tilbyder nogle rammer for misbrugeren og i mindre grad et adækvat indhold under tvangsopholdet. Tvangen får derfor mere karakter af at være en straf end en hjælp. Flere adspurgte klienter anser tvangsopholdet for i realiteten at

være opbevaring, med få tilbud om aktiviteter og begrænset egentlig behandling.

SAMARBEJDET MED ANDRE ORGANISATIONER

Evalueringen fra Norge viser, at samarbejdet mellem behandlingsinstitutionerne og socialtjenesten ikke altid fungerer optimalt. Specielt opleves hasteanbringelser som en barriere for, at institutionerne kan planlægge en god start for misbrugeren – derudover påvirker en hasteanbringelse tilidsforholdet mellem misbruger og personale på institutionen.

Erfaringen viser også, at der er et meget sparsomt samarbejde institutionerne imellem samt mellem institutionerne og kommunen. Evalueringen peger på, at et bedre samarbejde på tværs ville bidrage til en fælles udvikling af praksis i tvangsbehandlingen.

OPHOLDET PÅ BEHANDLINGSINSTITUTIONEN

Ankomsten til behandlingsinstitutionen er en vigtig del af et behandlingsforløb, da misbruger og personale skal have en god start på behandlingsforløbet sammen. Det viser sig, at de fleste institutioner ikke har standardprocedurer for, hvordan de modtager misbrugere – f.eks. om det er kontaktpersonen, der tager imod misbrugerne første gang, eller om personalet har mødt den enkelte misbruger inden ankomsten til institutionen.

Som tidligere nævnt skal hver misbruger have en individuel handleplan. Det er dog erfaringen, at meget få misbrugere rent faktisk har fået udarbejdet en individuel plan ved ankomsten til behandlingsstedet. Det påpeges også, at mange misbrugere slet ikke er klar over, at de har krav på en sådan handleplan.

Meget få institutioner har erfaring med at følge op på misbrugernes tilstand efter udskrivningen fra institutionen, og kontakten til socialtjenesten varierer på tværs af institutionerne.

SÆRLIGT OM GRAVIDE

Erfaringer fra 76 kontorer i de fire amter i socialtjenesten har vist, at tvangsparagraffens effekt som trussel har stor betydning for at motivere de frivillige tiltag over for gravide misbrugere. Dette kan dog give problemer, idet det kan være vanskeligt hurtigt at skaffe pladser til de frivilli-

ge behandlinger. En sådan frivillig behandling betragtes som en hastesag, fordi socialtjenesten mener, at det er for risikabelt at sætte kvinden på venteliste på grund af risikoen for skader på fostret. Tid er kritisk, og forpligtelsen til at beskytte det ufødte barn fører til, at sagen får såkaldt 'høj puls'. I hastesagerne, som dominerer, er der fra socialtjenestens side tilsyneladende kun ringe eller intet fokus på at varetage lovens sekundære målsætning om at prøve at motivere kvinden til at stoppe sit misbrug. Ansvar for at opfylde de sekundære målsætninger overlades derfor til institutionerne. I de tilfælde, hvor det lykkes at motivere en kvinde til at forsøge at komme ud af sit misbrug, bliver der lavet en aftale om urinprøvekontrol, opfølgning og samtaler med socialtjenesten. Der er meget lav tolerance over for positive prøver, før der gribes ind.

TVANGSPLADSER TIL GRAVIDE MISBRUGERE

Kapacitet i forhold til gravide misbrugere skaber stor frustration blandt misbrugskonsulenterne. De institutioner, der tager imod tvangsindlagte gravide misbrugere, er ikke tilpasset de gravide, som placeres sammen med andre tvangspatienter på § 6-2. Misbrugskonsulenterne ønsker institutioner med tvangspladser rettet mod unge kvinder og misbrugere med alvorlige psykiske lidelser. Opfattelsen er, at den behandling, der tilbydes nu, ikke er tilrettelagt for enkelte målgrupper, og at der ikke ligger en bestemt behandlingsideologi bag. Det tager desuden længere tid for en gravid misbruger at få en frivillig plads end en tvangsplads, fordi tilbudene inden for frivillig behandling af gravide misbrugere er få, hvilket ligeledes er problematisk.

ERFARINGER FRA UDØVERE AF TVANG

KOMMUNALE FORSKELLE

Rapporten fra 2009 finder store forskelle i brugen af tvang fra kommune til kommune. Den mest udbredte organisationsform er social-/NAV-kontorer, dvs. særskilte kommunale afdelinger og team, der arbejder specifikt med misbrugere. Tvangssagerne forankres i disse afdelinger/team, og det er de såkaldte misbrugskonsulenter ('ruskonsulenter'), som har til ansvar at vurdere, indstille til og følge op på tvangstiltagene. Den økonomiske socialhjælp er oftest holdt uden for dette arbejde.

Også mellem de enkelte social-/NAV-kontorer er der stor forskel på, hvordan arbejdet med tvangssagerne er organiseret. Rapporten finder, at der er fire organisatoriske forhold, som har særlig betydning for det kommunale arbejde med tvangssagerne, nemlig 1) arbejdsfordeling, 2) bemanning, 3) standardiseringsværktøjer (som f.eks. procedurebeskrivelser og retningslinjer) og 4) ledelse.

Rapporten finder desuden tre hovedtyper af organisationsformer i forvaltningen af tvangen:

1. Bestiller- og udførerkontoret – hvor tvang anvendes meget lidt, måske fordi der i denne organisationsmodel skabes afstand mellem misbruger og socialarbejder.
2. Specialistkontoret – som er kendetegnet ved en klar arbejdsdeling og mulighed for specialisering i arbejdet med tvang. Disse kontorer har flere tvangssager end de andre. Men problemet er her, at tvang kan blive en standardiseret løsning, uden at de frivillige tiltag afprøves forinden i tilstrækkelig grad.
3. Projektkontoret, som er kendetegnet ved god bemanning samt en ledelse, der prioriterer misbrugsfagligt arbejde og opfølgning. Her er fleksibilitet en målsætning, som fører til nedprioritering af rutinearbejde og standardløsninger.

ANVENDELSE AF LOVGIVNINGEN

Den norske evaluering fra 2009 finder, at spørgsmålet om legitimiteten ved den formynderiske indgriben er et af de centrale etiske problemer for socialarbejderne. De skal forholde sig til, under hvilke vilkår det er forsvarligt at begrænse misbrugerens handlefrihed for hans/hendes egen skyld. Sådanne vigtige værdikonflikter kan sjældent løses gennem overordnede normer. Socialarbejderens beslutning om evt. frihedsberøvelse sker som regel efter en konkret afvejning af forskellige interesser, hvor man vurderer styrken af misbrugerens ret til frihed i forhold til de værdier, som varetages gennem tvangsindlæggelse. Rapporten finder særligt tre dimensioner, som påvirker socialarbejderens vurdering samt brugen af tvang:

- Socialarbejderens tolkning af lovgivningen (lovgivningsdimension)
- Socialarbejderens holdninger til brug af tvang (holdningsdimension)

- Socialarbejderens vurdering af eget vidensgrundlag (kundskabsdimension)

Mens lovgivningen om tvang mod gravide misbrugere anses for relativt uproblematisk, oplever misbrugskonsulenterne vilkårene i § 6-2 som vanskelige. Misbrugskonsulenterne giver udtryk for, at de mangler mere specifikke rammer for lovgivningen. Loven rummer ingen anvisninger for, hvornår det er nødvendigt eller unødvendigt at bruge tvang. Ifølge misbrugskonsulenterne bliver det ren spekulation – de oplever at drive regulær spådomskunst – og denne uklarhed gør loven vanskelig at praktisere. Når der i den kvalitative undersøgelse spørges om, hvad der har udløst tvang i specifikke sager, er svaret oftest, at der har været alvorlig fare for misbrugers liv og helbred. De fleste misbrugskonsulenter mener, at tvang er berettiget ved alvorlig fare for klientens liv og helbred. Flere udtrykker et spændingsforhold i anvendelse af loven – mellem det på den ene side at respektere misbrugernes autonomi til at leve livet, som de vil, selvom det indebærer skade på deres helbred, og på den anden side det at beskytte dem fra konsekvenserne af deres egen potentielt fatale livsstil.

Tvangsbestemmelserne indbyder til stor fortolkningsfrihed, og der er derfor betydelige forskelle i tolkningen og praktiseringen af tvangsparagrafferne både mellem kontorer og mellem ansatte på samme arbejdsplads. Det ses, hvordan mangelfulde rutiner og mangelfuld kontrol forårsager, at personlige vurderinger, erfaringer og holdninger ofte bliver udslagsgivende i vurderingen af, om der skal bruges tvang. Skepsis mod brug af tvang har været udtrykt offentligt, bl.a. af det norske socio-nomforbund. Dette offentlige fokus på, at tvang synes at stride imod et centralt retfærdighedsprincip i socialt arbejde, har medført, at nogle socialarbejdere har en tilbøjelighed til at undgå at anvende loven.

Evalueringens forfattere foreslår, at tværsektorielle møderum og samarbejdsorganer kan fungere som redskaber for en indre justits i forvaltningen af tvangen. Det vil kunne bidrage til at modvirke undladelser, fejlbehandlinger og diskriminerende praksisser, der kan opstå i lukkede og lokale professionskulturer.

SAMTYKKE

Et forhold, som sætter grænser i arbejdet med tvangssager, er, hvorvidt klienten selv giver samtykke til, at der bliver udleveret personlige oplys-

ninger, som skal synliggøre behovet for tvang. Der er ingen bestemmelser i Socialtjenesteloven om, at informationerne kan udveksles uafhængigt af tavshedspligt i en sag efter § 6-2, hvilket er paradoksalt. Socialtjenesten er afhængig af, at den person, der skal indlægges uden eget samtykke, giver samtykke til en udveksling af information. En misbrugskonsulent fortæller, at tavshedspligten nogle gange omgås helt bevidst for at få indhentet oplysninger, som kan danne grundlag for tvang. I disse situationer sender misbrugskonsulentene breve med spørgsmål om klienten ud til samtlige samarbejdspartnere, som har været i kontakt med klienten, og håber på, at samarbejdspartnerne ikke stiller spørgsmål til tavshedspligten.

SOCIALFAGLIGT MINDREVÆRDSKOMPLEKS

Flere af informanterne i den kvalitative undersøgelse omtaler en følelse af utilstrækkelighed i arbejdet med tvang. Dette hænger sammen med, at dokumentationspraksis i socialtjenesten ofte betragtes som mangelfuld og varierende. Hertil finder evalueringen, at manglende faglig selvtilid hos socialarbejderen ofte fører til, at en sag bliver henlagt, medmindre andre eksperter har rådet til det modsatte, på grund af uklarhederne med hensyn til praktiseringen af loven: Hvad er et omfattende og vedvarende misbrug? Hvilke leveforhold er moralsk uacceptable? Hvad skal der til, for at et forhold defineres som sundhedsskadeligt eller livstruende?

INDLÆGGELSESPROCEDURE

Selve indlæggelsen er et kritisk punkt i sagens forvaltning. De fleste misbrugskonsulenter har dårlige erfaringer med indlæggelsen. Fælles for sagerne er, at det er den person, der har været hovedansvarlig for udredning og indstilling af tvangsindgrebet, der planlægger og gennemfører afhentningen af misbrugeren. Hastesager er her især en stor udfordring, da tvangsindgrebet ofte kommer som en overraskelse for misbrugeren, og modstanden kan være stor. Ofte må socialtjenesten hente misbrugeren uden varsel, da en aftale om afhentning kan føre til, at personen går under jorden. Det kan være svært at få fat i misbrugeren, da mange har bolig eller tilholdssteder, som socialtjenesten ikke kender til. Et andet forhold, som virker dramatisk, er tidspresset. Selvom tvangsindlæggelsen er planlagt over længere tid – nogle gange op til flere måneder – fremstil-

les selve pågribelsen som et hastearbejde, hvor klienten knap nok får tid til f.eks. at pakke lidt tøj.

Politiet er ofte til stede ved tvangsindlæggelser. Dette skyldes, at socialtjenesten ønsker at sikre sig i tilfælde af, at det bliver nødvendigt at anvende magt. De fleste er positive over for politiets bistand og mener, det er nødvendigt. Politiets bistand gør, at misbrugskonsulenten føler sig mere tryk. Det, at mange misbrugskonsulenter og socialarbejdere kender misbrugeren fra tidligere, bidrager til en mindre dramatisk indlæggelsessituation og gør, at misbrugeren er mere motiveret for tvangsbehandlingen. Endvidere kender misbrugskonsulenterne til tilfælde, hvor misbrugeren fik tilbud om at have en pårørende med på turen til institutionen. Dette gjorde tvangsindlæggelsen mere skånsom og rolig.

ERFARINGER FRA MODTAGERE AF TVANGSBEHANDLING

I rapporten fra 2010 indgår en kvalitativ analyse af erfaringer med tvang set fra misbrugerens side. På baggrund af interviews med 17 misbrugere, der alle har været indlagt efter loven om tvang, evalueres spørgsmål, der omhandler muligheder og begrænsninger for tvang. Analysen viser samlet, at tvang kan være et konstruktivt brud på et misbrugsforløb og være med til at skabe et grundlag for behandling. Men tvang kan også føre til destruktive brud, skabe mistillid og ødelægge forsøg på behandling.

FRIVILLIGHED OG TVANG

Cirka halvdelen af de interviewede personer i denne analyse var enige i beslutningen om tvangsindlæggelse. Samlet set angiver 46 pct. af § 6-2-misbrugerne, at de er enige i indlæggelsen, og for § 6-2a er tallet 28 pct.

Mange misbrugere giver samtykke til indlæggelse, men analysen viser, at samtykket ofte bygger på lokkemidler, der får misbrugerne til at udtrykke enighed i beslutningen, fordi de ikke har andet valg.

Flere misbrugere oplever, at de efter en frivillig indlæggelse efter § 6-3 efterfølgende indlægges på baggrund af § 6-2. Dette skaber mistillid til det apparat, de ellers opfattede som en hjælp.

FORSKELLIGE FORMER FOR TVANG

Af misbrugernes historier fremgår det, at institutionerne gennemfører tvang på mange forskellige måder og i meget forskellige situationer – derfor varierer opfattelsen af tvangsbehandlingen og indlæggelsen også meget hos misbrugerne.

Der er store forskelle på, hvordan de enkelte institutioner tilrettelægger og organiserer tvangsbehandlingen. Dette kan have betydning både for misbrugerens oplevelse af opholdet og for effekten af tvangstilbageholdelsen.

Der er også store variationer på tværs af institutionerne i forhold til sikkerhed og kontrol, specielt på institutioner, der både har tvangsindlagte og frivilligt indlagte. Der er bl.a. forskel på praksis over for regelbrud, voldsom opførsel og trusler fra misbrugerens side.

OPLEVELSEN AF INDESPÆRRINGEN

Selvom tvangen gennemføres på mange forskellige måder, er der alligevel flere fællestræk ved misbrugernes oplevelser.

Mange sammenligner tvangsopholdet med et ophold i fængsel, som en straf for en ulovlig handling, de ikke har begået. Ligegyldigt om det er misbrugere, der har givet samtykke til tvangsindlæggelsen, eller om det er personer, der reelt er blevet tvunget, karakteriserer mange opholdet på institutionen som ”opbevaring”. Mange misbrugere beskriver opholdet som kedeligt. En af udfordringerne for institutionerne er derfor at udvikle og udnytte de muligheder for aktiviteter, der findes inden for frihedsberøvelsens rammer.

SÆRLIGT OM GRAVIDE

Tre af de 17 misbrugere, der blev interviewet i undersøgelsen, var tvangsindlagt efter § 6-2a – paragraffen om gravide.

Enkelte institutioner placerer gravide sammen med andre tvangsindlagte misbrugere. En erfaring er, at sådanne blandingsinstitutioner har svært ved at planlægge behandlingsforløb for gravide. Derimod har institutioner, der kun modtager gravide, en systematisk integreret plan for denne problematik i aktivitetskalenderen. På disse institutioner findes der specialister, og de gravide misbrugere får svangerskabsundersøgelser som en integreret del af opholdet.

GENERELLE ERFARINGER

KØN

Unge kvinder er overrepræsenterede i statistikkerne over tvangsindlæggelser. I 2007 var 56 pct. af alle § 6-2-indlæggelser kvinder, mod en andel af kvinder på 30 pct. i det frivillige behandlingsapparat. Det er imidlertid primært mænd, der står for det tunge misbrug af rusmidler. Ca. 2/3 af personer med et vedvarende og omfattende misbrugsproblem er mænd, og det er hovedsageligt mænd, der dør som følge af narkotikamisbrug. 83 pct. af de registrerede narkotikadødsfald i 2008 var mænd. Boligsituationen gør en stor forskel for misbrugerens livssituation, og også her er der forskel på kønnene (3 ud af 4 hjemløse er mænd).

Men selvom mænd er overrepræsenterede i misbrugsstatistikken, har de altså mindre risiko for at blive udsat for tvangsindlæggelser. Evalueringen spørger, hvorfor socialarbejderne opfatter tvang som en bedre løsning for kvinder end for mænd, når langt de fleste af deres klienter med alvorlige helbredsproblemer er mænd. Når informanterne konfronteres med dette spørgsmål, siger de fleste, at de ikke var klar over skævheden mellem kønnene. Dette kan ses i sammenhæng med, at de fleste misbrugskonsulenter ikke har kendskab til, hvordan tvang forvaltes på tilgrænsende socialkontorer eller på nationalt plan.

RUSMIDLER

Rent narkotikaforbrug er det dominerende misbrug blandt de tvangsindlagte misbrugere. Narkotikamisbrug findes blandt 65 pct. af misbrugerne indlagt efter § 6-2 og 78 pct. af misbrugerne indlagt efter § 6-2a. 14 pct. af misbrugerne, der indlægges efter § 6-2, og kun 5 pct. af de indlagte efter § 6-2a har alene et alkoholisbrug (resten har et blandingsmisbrug). Mænd, der tvangsindlægges, har et større alkoholisbrug end kvinder, der tvangsindlægges. Samtidig er alkoholandelen betydeligt lavere for tvangsindlagte end for frivilligt indlagte misbrugere.

Den lave andel af alkoholisbrugere, der indlægges efter loven om tvang, kan virke overraskende, da alkohol anses for et mere udbredt samfundsproblem. Ifølge forklaringer fra socialarbejdere kan den lave andel af misbrugere med alkoholisbrug skyldes, at alkohol er mere accepteret i samfundet end narkotika. Denne brede samfundsmæssige

accept af alkoholforbrug kan betyde, at færre personer med misbrug meldes til socialtjenesten.

ALDER

Gennemsnitsalderen for misbrugere indlagt efter § 6-2 er 29 år. For misbrugere indlagt efter § 6-2a er gennemsnitsalderen 28 år.

Der er en sammenhæng mellem typen af rusmiddel og misbrugerens alder. De misbrugere, der har et alkoholmisbrug, er ældre end dem med et narkotikadomineret misbrug. Sammenholder man dette med oplysningerne om andelen af tvangsindlagte med alkoholmisbrug, viser det, at det ikke er den ældre generation, som først og fremmest kommer i tvangsbehandling. Dette kan være et udtryk for forskelsbehandling i forhold til alder, hvor ældre og mere påvirkede misbrugere ikke tvangsindlægges, da troen på et positivt resultat måske ikke er til stede fra misbrugskonsulenternes side. Ifølge evalueringens forfattere er der dog intet, der tyder på, at ældre skulle have mindre udbytte end yngre af tvangsbehandling.

SÆRLIGT OM GRAVIDE

Det er vigtigt, at gravide misbrugere kommer i behandling så tidligt som muligt, da barnets organer udvikles tidligt i svangerskabet. Erfaringerne fra Norge viser, at der i gennemsnit er 117 dage tilbage af graviditeten, når socialtjenesten beslutter sig for et tiltag. Dette tidspunkt skal naturligvis ses i sammenhæng med socialtjenestens sagsbehandlingstid. I gennemsnit går der 55 dage fra socialtjenesten modtager oplysninger om kvindens graviditet og misbrug, til den beslutter et tiltag.

De norske erfaringer viser, at det i stor udstrækning er kvinderne selv, der tager kontakt til socialtjenesten for at få hjælp. Derudover er det ofte sundhedspersonale, børneforsorg eller pårørende, der tager kontakt til hjælpeapparatet.

RAPPORTERING AF MISBRUG UNDER GRAVIDITET

Fastlægereformen, som blev indført i Norge 1. juni 2001, indebærer, at misbrugerne har en tættere relation til egen læge. Der er dermed skabt en bedre mulighed for at afdække alvorlige misbrugsproblemer og misbrugsrelaterede sygdomme, ikke mindst hos gravide kvinder. Socialtjenesten er afhængig af, at det sundhedsfaglige personale afdækker og melder

tilbage ved mistanke om et misbrug. Dette gælder særligt ved misbrugere, som ikke er socialklienter og dermed ikke i forvejen er i kontakt med socialtjenesten.

Borgerstadsklinikkens¹⁰ opgørelse af 136 indlagte misbrugere viser, at det ofte er den gravide selv, som melder sin bekymring til socialtjenesten frem for det sundhedsfaglige personale. Man fandt i øvrigt, at det sundhedsfaglige personale havde en påfaldende lille meldeaktivitet, mens børneværnet oftere anmeldte misbrug. Det har også vist sig, at de pårørende til misbrugere ofte ikke melder det. Socialtjenesten har generelt blandede erfaringer med de pårørendes rolle i forhold til brug af tvang. I nogen grad kan det skyldes, at mange misbrugere i målgruppen ikke har nære eller fortrolige relationer til pårørende. Kontakten kan være brudt på grund af skam over misbruget eller i et forsøg på at holde misbruget skjult. Det påpeges også i evalueringen, at de pårørende ofte selv har et misbrug, og at dette kan være et problem i flere generationer. Mange af misbrugerne har ressourcesvage pårørende, som ikke er i stand til at kræve, at socialtjenesten foretager en vurdering. Både fraværende og aktive pårørende kan være et problem for socialtjenesten.

GRAVIDE MED ALKOHOLMISBRUG

Evalueringens forfattere finder det påfaldende, at der ikke er større fokus på gravide med alkoholproblemer. Dette på trods af, at alkohol er det mest brugte rusmiddel, at det er det rusmiddel, der udgør den største risiko for barnet, og at der hvert år fødes flere og flere børn med alkoholskader. Underrepræsentationen af alkoholmisbrugere i forhold til brug af § 6-2 og 6-2a skal ses i sammenhæng med, at alkohol er et kulturelt accepteret rusmiddel, som er en integreret del af aktiviteter knyttet til arbejdsliv og fritid. Forbruget af alkohol er stigende og tilgængeligheden større. I løbet af de seneste ti år er alkoholforbruget i Norge steget med 33 pct. Denne normalisering af alkoholforbruget kan gøre det lettere for misbrugeren at holde sit misbrug skjult. Alkoholmisbrugere har ofte et arbejde og en stabil livssituation med bl.a. fast bolig. Det gør, at de ikke er i kontakt med socialtjenesten eller andre hjælpeinstanser, som andre misbrugere er det. Selvom alkoholmisbrugerne er underrepræsenterede både i forbindelse med brug af § 6-2 og 6-2a, er der på grund af risikoen for fosterskader stor bekymring over, at så mange gravide alkoholmis-

10. Et behandlingssted for gravide misbrugere.

brugere aldrig bliver fundet. Under 17 pct. af de tvangsindlagte gravide har et alkoholdomineret misbrug. Men et centralt problem i opfølgningen af alkoholmisbrugere er ifølge socialtjenesten, at alkoholmisbrug er vanskeligere at opdage og dokumentere end andre former for rusmidler.

Socialarbejdernes holdninger til tvang mod gravide misbrugere er entydigt positive. Ingen af informanterne i den kvalitative undersøgelse udtrykker negative holdninger til at skærme fostret for en misbrugsrelateret skade, til trods for at man dermed krænker den gravide kvinde ved at udsætte hende for tvang.

RESULTATER AF TVANG

RESULTATERNE AF § 6-2

Man kan kort sige, at loven har tre formål: 1) at redde liv og forbedre misbrugernes funktionsniveau på kort sigt; 2) at motivere til fortsat behandling efter udskrivning fra ophold; 3) at misbrugeren permanent får et forbedret funktionsniveau.

Både misbrugskonsulenter og misbrugerne selv mener, at loven om tvang i praksis redder liv og betyder, at misbrugere forhindres i at gøre skade på sig selv. Flere af misbrugerne mener, at de opnår et forbedret funktionsniveau på kort sigt, fordi de på institutionen er afskærmet fra rusmidler og bl.a. kan konsultere sundhedspersonale og få rådgivning om ernæring.

Erfaringen viser, at det har en positiv effekt, hvis misbrugeren kan fortsætte i frivillig behandling på den institution, hvor han/hun var tvangsindlagt. Muligheden for at fortsætte samme sted skaber tryghed og gør overgangen meget nemmere. Dog viser det sig, at nogle klienter ikke garanteres en frivillig plads efter tvangsopholdet. Men hvis formålet med tvang skal opfyldes, er det nødvendigt at undgå, at klienter på den måde glider ud af systemet.

Hvorvidt misbrugerne permanent holder sig fra rusmidler efter tvangsindgrebet, er ikke nemt at svare på. Undersøgelser viser dog, at mange slet ikke, eller i mindre grad end før, bruger rusmidler. Erfaringer tyder endvidere på, at institutioner, der har specialiseret sig inden for en tvangsbestemmelse, har bedre resultater end andre institutioner.

RESULTATERNE AF § 6-2A

Formålet med denne lov er meget enkel – man skal forhindre eller begrænse sandsynligheden for, at fostret tager skade under graviditeten.

En undersøgelse viser, at fødselsvægten er betydeligt lavere for børn af tvangsindlagte kvinder sammenlignet med børn af frivilligt indlagte. Videre viser undersøgelsen, at barnets fødselsvægt øges betydeligt med antallet af uger, barnets mor er indlagt efter § 6-2a.

Evalueringens forfattere peger på, at det er vigtigt, at socialtjenesten har fokus på sagernes behandlingstid, så der bliver grebet ind så tidligt som muligt, og man derved mindsker risikoen for, at fosteret tager skade.

RESULTATERNE AF § 6-3

Formålet er her det samme som med § 6-2. Det er dog væsentligt sværere at sige noget om resultaterne af denne lovparagraf, da litteraturen ikke fortæller meget, og da institutionerne har meget få erfaringer på området.

De erfaringer, der findes, er meget splittede – nogle mener, at paragraffen er forebyggende og god, mens andre mener, den er for svag og ikke danner en ordentlig ramme for tvangsbehandling.

SAMMENFATNING AF POSITIVE OG NEGATIVE ERFARINGER FRA NORGE

De grundige evalueringer af den norske model har vist både positive og negative erfaringer inden for området.

De positive erfaringer er, at § 6-2a om gravide misbrugere er meget præcis og anvendelig for socialarbejderne. Der er klart fokus på fosteret som primærklient. Derudover viser undersøgelser, at jo længere barnets mor er i behandling, jo mere øges barnets fødselsvægt. Det er positivt og øger sandsynligheden for et godt helbred hos barnet.

På baggrund af interviews med socialarbejdere tyder det på, at mange misbrugere oplever en positiv udvikling under og efter opholdet på en behandlingsinstitution. Misbrugerne har mulighed for at starte forfra i deres liv med professionel hjælp. Dertil skal lægges, at de oplever, at der i samfundet er en positiv udvikling i synet på tvangsbehandling. Dette er med til at gøre arbejdet lettere for socialarbejderne.

På trods af disse positive erfaringer er der dog også en del fokusområder, der kan forbedres. Kontakten og samarbejdet mellem de forskellige led i organisationen skal forbedres, hvilket også gælder institutionerne imellem. Et bedre samarbejde skal øge tilliden til systemet og sikre overensstemmelse i håndhævelsen af lovgivningen på tværs af kommuner og institutioner. Ventetiden på en ledig plads på en behandlingsinstitution er ofte for lang, og kommuner bliver nødt til at købe 'gæstebædere' i andre kommuner. For gravide misbrugeres vedkommende betyder det, at de i mange tilfælde bliver indlagt sammen med ikke-gravide misbrugere, hvilket hæmmer behandlingsforløbet, da institutionen ikke kan tilbyde samme specialiserede hjælp som en institution alene for gravide misbrugere.

Socialarbejdere og misbrugskonsulenter påpeger, at § 6-2 er vanskelig at håndhæve og kan tolkes på mange forskellige måder. Det er vigtigt, at en lov giver faste rammer for praksis, så der ikke opstår fortolkningsfrihed og forskelle i praksis på tværs af kommuner og institutioner.

Ved selve tvangsindlæggelsen bruges der i enkelte sager magtanvendelse fra politiets side. Dette og den generelle brug af tvang påvirker tillidsforholdet mellem socialarbejder og misbruger negativt. Brugen af tvang virker frihedsberøvende, og indlæggelsen sker ofte under tidspres, hvilket hindrer både misbruger og institution i at være ordentligt forberedte på situationen.

Mange misbrugere oplever i højere grad opholdet som opbevaring end som et reelt tilbud om hjælp. Der er behov for en indsats for at tilbyde aktiviteter inden for rammerne af tvang.

Socialtjenesten er afhængig af anmeldelser fra borgere om misbrug. Specielt med hensyn til alkoholmisbrug synes der at være en accept i samfundet om, at det ikke er slemt nok til, at det skal anmeldes. Derudover er truslen om tvang for nogles vedkommende, at de går under jorden – det gælder specielt gravide, der risikerer, at barnet tages fra dem ved fødslen.

BILAG

BILAG 1: KORTLÆGNINGENS SØGESTRATEGI

I dette bilag angives den søgestrategi, som er anvendt ved søgningen i PubMed. Den specifikke søgestrategi kan variere marginalt i forhold til andre databasers specifikke emneord.

PUBMED SØGESTRATEGI

9 S8 Limits: Humans, English, Danish, Norwegian, Swedish, Publication Date from 1990 to 2010

8 S4 AND S7

7 S5 OR S6

6 constrain* OR forc* OR mandate* OR coerci* OR involuntary OR require*

5 "Coercion"[Mesh]

4 S1 OR S2 OR S3

3 addict*[Title/Abstract] OR alcohol depend*[Title/Abstract] or drug depend*[Title/Abstract]

2 "substance abuse" [Title/Abstract] OR "substance use"[Title/Abstract] OR "alcohol abuse"[Title/Abstract] OR "alcohol misuse"[Title/Abstract] OR "alcohol use"[Title/Abstract] OR "alcohol usage"[Title/Abstract] OR "drug usage"[Title/Abstract] OR "drug

abuse"[Title/Abstract] OR "drug misuse"[Title/Abstract] OR "drug
use"[Title/Abstract]
1 "Substance-Related Disorders"[Mesh]

BILAG 2

Kodningsark anvendt ved kodning af alle inkluderede studier (fortsættes til side 94).

	KODNINGS FELT: INDSÆT VÆRDI / TEKST	VEJLEDNING TIL KODNING
REF. ID		ID-nummer fra Reference Manager-databasen.
FORFATTER		Indsæt førsteforfatterens efternavn. (Bemærk, opmærksomhed på multiple publikationer for ét studie. Ved antagelse om, at dette er tilfældet, noteres det i feltet "særlige bemærkninger". Når kodningen er færdig, kontrolleres for multiple publikationer).
UDGIVELSEÅR		Udgivelsesår angives.
LAND		
STUDIEDESIGN	1 = RCT	Randomiserede kontrollerede forsøg (lodtrækningsforsøg).
	2 = Non-RCT m. kontrol	Kvasi-eksperimentelle design med kontrol (kontrol kan være enten sammenligningsgruppe eller statistisk kontrol).
	3 = Kvant. eval. m. før- og eftermåling	Kvantitative evalueringstudier med før og efter måling (uden kontrol, dvs. kun én gruppe).
	4 = Kvant. eval. Kun eftermåling	Kvantitative evalueringstudier kun med eftermåling.
	5 = Kval. eval.	Kvalitative studier med et evalueringssigte. Fx procesevaluering.
	6 = Review	Forskningsoversigt, dvs. sekundære analyser af evalueringstudier.

	7 = Kval./kvant. uden evalueringssigte/effektmåling	Kvalitative/kvantitative studier, som hverken er evaluering eller effektstudier, men som handler om indsatsen, fx implementeringsstudier, studier om målgruppens oplevelse af indsatsen osv.
	8 = Andet	HVIS 7 = ANDET, STANDSES KODNING HER. Studiet handler ikke om en bestemt indsats eller intervention. Fx kvalitative studier, som undersøger identitet eller relationer uden at være et evalueringssigte rettet mod en indsats.
	9 = NA	Ikke nævnt.
BETEGNELSE AF STUDIEDESIGN		Artiklens betegnelse af det anvendte studiedesign.
INTERVENTIONENS FOKUS	1 = Stofmisbrug	Hvilken problemstilling er interventionen rettet mod? Bemærk, at begreberne varierer, fx er "harmful" og "hazardous use" andre begreber for "misuse".
	2 = Alkoholmisbrug	
	3 = Begge	
	4 = Andet	HVIS 4 = ANDET, STANDSES KODNING HER.
ELEMENTER I INTERVENTION	1 = Tvangstilbageholdelse	
	2 = Tvangsbehandling	
	3 = Begge	
	4 = Andet	HVIS 4 = ANDET, STANDSES KODNING HER.
INTERVENTIONENS ART	1 = Medicinsk misbrugsbehandling	
	2 = Psykosocial misbrugsbehandling	Dækker over bl.a. kognitiv- og adfærdsterapi (CBT), psykodynamiske, terapeutiske behandlinger.
	3 = Kombination	

	4 =NA	
	5 = Andet	Hvis andet, skrives hvad.
BESKRIVELSE AF "TREATMENT"/"PROGRAM"		Kort beskrivelse af, hvad der gøres. Uddybning af den undersøgte behandling/tilbageholdelse. Fx individuel behandling eller i grupper? Sammenligning af to behandlingsformer? Inpatient/outpatient/residential treatment?
BESKRIVELSE AF TVANGSELEMENT		Beskrivelse af typen og graden af tvang: Hvordan gøres der brug af tvang? Grad af (u)frivillighed? Skal der gives samtykke? Behandlingsdom? Osv.
REFERRAL SOURCE		Hvem henviser misbrugeren til tvangsbehandling og/eller tilbageholdelse? Fx domstol, venner/familie, arbejdsplads, politi, læge osv.
DEFINITION AF MÅLGRUPPEN	1 = Voksne	
	2 = Forælder/forældre	
	3 = Gravide	
	4 = Unge	
	5 = Andet	Hvis andet, angives det, hvem der så er målgruppen.
BESKRIVELSE AF MÅLGRUPPEN		Kort beskrivelse af målgruppens karakteristika: typen og graden af misbrug, sociale problemer, socioøkonomisk baggrund, kriminalitet, co-lidelser osv. Inkluder størrelsen af målgruppen.
SETTING/ LOKALITET		Beskrivelse af setting, Fx hospital, værested, community center.
HVEM UDBYDER INTERVENTIONEN?	1 = Staten	
	2 = Kommunen	

	3 = NA	
	4 = Andet	Hvis andet, noteres hvem.
VARIGHED AF "TREATMENT"		Note om varighed af behandling/tilbageholdelse (2 uger? 1 år?).
HVAD MÅLER STUDIET PÅ?		Note om outcomes, herunder om der måles på kort/lang sigt.
STUDIETS RESULTATER		Kort beskrivelse af hovedresultater vedr. tvang over for misbrugere.
OPLYSNINGER OM ØKONOMI	1 = Ja	Note om, hvorvidt studiet har oplysninger om de økonomiske omkostninger ved brug af tvang.
	2 = Nej	
BEMÆRKNINGER (FRA FORFATTER)		Særlige kommentarer fra forfatter fx om studiets validitet, mangler osv.
BEMÆRKNINGER (FRA KODNINGSPERSON)		Fx mistanke om multiple publikationer, noget, der skal rettes særlig opmærksomhed imod osv.

1. For alle felter gælder det, at hvis oplysningen ikke fremgår i studiet, skrives NA (= Ikke nævnt).

LITTERATUR

PRIMÆR LITTERATUR I KORTLÆGNINGEN

- Andersson, T. (1998): *Tvångsvård av unga missbrukare: vård och effekter?* Lund: Lunds Universitet, Socialhögskolan.
- André, C., J.A. Jaber-Filho, M. Carvalho, C. Jullien, & A. Hoffman, (2003): "Predictors of Recovery Following Involuntary Hospitalization of Violent Substance Abuse Patients". *The American Journal on Addictions*, 12(1), 84-89.
- Anglin, M.D., M. Prendergast & D. Farabee (1998): *Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-abusing Offenders*. Los Angeles: University of California.
- Barnett, N.P., A.L. Goldstein, J.G. Murphy, S.M. Colby & P.M. Monti (2006): "I'll Never Drink Like That Again". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67(5), 754-763.
- Bergmark, A. (2004): *Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM*. Forskningsrapporter. Bilagsdel til *LVM-utredningens betänkande, Tvång och förändring*, Statens offentliga utredningar, SOU, 2004(3), 477-487.
- Berkowitz, G., C. Brindis, Z. Clayson & S. Peterson (1996): "Options for Recovery: Promoting Success among Women Mandated to Treatment". *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(1), 31-38.
- Bjurner, K. & S. Olin-Lauritzen (1992): *Kvinnliga narkomaner i tvångsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen 1992:2.

- Bourquin-Tièche, D., J. Besson, H. Lambert & B. Yersin (2001): "Involuntary Treatment of Alcohol-Dependent Patients: A Study of 17 Consecutive Cases of Civil Commitment". *European Addiction Research*, 7(2), 48-55.
- Brecht, M.L., M.D. Anglin & M. Dylan (2005): "Coerced Treatment for Methamphetamine Abuse: Differential Patient Characteristics and Outcomes". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(2), 337-356.
- Brecht, M.L. & M.D. Anglin (1993): "Treatment Effectiveness for Legally Coerced versus Voluntary Methadone Maintenance Clients". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 89-106.
- Broadstock, M.D. Brinson & A. Weston (2008): *The Effectiveness of Compulsory, Residential Treatment of Chronic Alcohol or Drug Addiction In Non-Offenders*. HSAC Report 1(1).
- Broner, N., D.W. Mayrl, & G. Landsberg (2005): "Outcomes of Mandated and Nonmandated New York City Jail Diversion for Offenders with Alcohol, Drug, and Mental Disorders". *The Prison Journal*, 85(1), 18-49.
- Brown, B.S., K.E. O'Grady, R.J. Battjes, E.E. Farrell, N.P. Smith & D.N. Nurco (2001): "Effectiveness of A Stand-Alone Aftercare Program for Drug-involved Offenders". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 185-192.
- Clark, C. & M. S. Young (2009): "Outcomes of Mandated Treatment for Women with Histories of Abuse and Co-occurring Disorders". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 346-352.
- Desland, M.L. & R.G. Batey (1992): "A 12-Month Prospective Comparison of Court-diverted with Self-Referred Heroin Users". *Drug and Alcohol Review*, 11, 121-129.
- Desmond, D.P. & J.F. Maddux (1996): "Compulsory Supervision and Methadone Maintenance". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 79-83.
- Ekendahl, M. (2009): "Alcohol Abuse, Compulsory Treatment and Successive Aftercare: a Qualitative Study of Client Perspectives". *International Journal of Social Welfare*, 18(3), 260-269.
- Farabee, D., M. Prendergast & M.D. Anglin (1998): "Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-Abusing Offenders". *Federal Probation*, 62(1), 3-10.

- Finch, E., J. Brotchie, K. Williams, S. Ruben, L. Felix & J. Strang (2003): "Sentenced to Treatment: Early Experience of Drug Treatment and Testing Orders in England". *European Addiction Research*, 9(3), 131-137.
- Friedmann, P.D., S.C. Lemon, M.D. Stein & T.A. D'Aunno (2003): "Community Referral Sources and Entry of Treatment-Naive Clients into Outpatient Addiction Treatment". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 105-115.
- Gerdner, A. (1991): *Fullföljare och avhoppare i behandling för alkoholism*. Örebro: Socialförvaltningen.
- Gerdner, A., B. Söderfeldt L. Bodin & M. Berglund (1996): "Prediction of Outcome in Coerced and Voluntarily Treated Alcoholics". *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5(2), 106-112.
- Gerdner, A., P.E. Furuholm & M. Berglund (1997): "Abscondence and Duration of Treatment of Compulsorily Committed Alcoholics on a Locked Ward: Effects of Changes in the Treatment Program and The Law". *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6(4), 310-316.
- Gerdner, A. & M. Berglund (2010): *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*. Til missbruksutredningen.
- Goldberg, M.E., B.W. Lex, N.K. Mello, J.H. Mendelson & T.A. Bower (1996): "Impact of Maternal Alcoholism on Separation of Children from Their Mothers: Findings from a Sample of Incarcerated Women". *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 228-238.
- Gregoire, T.K. & A.C. Burke (2004): "The Relationship of Legal Coercion to Readiness to Change Among Adults with Alcohol and Other Drug Problems". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(1), 35-41.
- Hiller, M.L., K. Knight, J. Devereux & M. Hathcoat (1996): "Posttreatment Outcomes for Substance-Abusing Probationers Mandated to Residential Treatment". *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(3), 291-296.
- Hiller, M.L., K.E.V.I. Knight, K.M. Broome & D.D. Simpson (1998): "Legal Pressure and Treatment Retention in a National Sample of Long-Term Residential Programs". *Criminal Justice and Behavior*, 25(4), 463-481.
- Hohman, M.M., A.M. Shillington & H.G. Baxter (2003): "A Comparison of Pregnant Women Presenting for Alcohol and Other Drug

- Treatment by CPS Status". *Child Abuse and Neglect*, 27(3), 303-317.
- Howard, D.L. & W.C. McCaughrin (1996): "Treatment Effectiveness of Outpatient Substance Misuse Treatment Organizations between Court-Mandated and Voluntary Clients". *Substance Use and Misuse*, 31(7), 895-926.
- Kelly, J.F., J.W. Finney & R. Moos (2005): "Substance Use Disorder Patients Who Are Mandated to Treatment: Characteristics, Treatment Process, and 1- and 5-Year Outcomes". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 213-223.
- Klag, S., F. O'Callaghan & P. Creed (2005): "The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research". *Substance Use and Misuse*, 40(12), 1777-1795.
- Larsson, H. & M. Ollus (1999): *Ett år efter utskrivning – vad hände sen? : en uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse (SiS).
- Larsson, J. & V. Segraeus (2008): "Tvångsvårdade och frivilligt vårdade män – en komparativ studie vid fem SiS-institutioner". *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 25, 187-204.
- Larsson-Kronberg, M., A. Öjehagen & M. Berglund (2005): "Experiences of Coercion During Investigation and Treatment". *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 613-621.
- Lawental, E., A.T. McLellan, G.R. Grissom P. Brill & C. O'Brien (1996): "Coerced Treatment for Substance Abuse Problems Detected Through Workplace Urine Surveillance: Is It Effective?". *Journal of Substance Abuse*, 8(1), 115-128.
- Lichtenwalter, S., M.L. Garase & D.B. Barker (2010): "Evaluation of the House of Healing: An Alternative to Female Incarceration". *Journal of Sociology and Social Welfare*, 37(1), 75-94.
- Lincourt, P., T.J. Kuettel & C.H. Bombardier (2002): "Motivational Interviewing in a Group Setting with Mandated Clients: A Pilot Study". *Annual review of addictions research and treatment*, 27(3), 381.
- Lindahl, M.L., A. Öjehagen & M. Berglund (2010): "Commitment to Coercive Care in Relation to Substance Abuse Reports to the Social Services. A 2-year Follow-up". *Nordic Journal of Psychiatry*, Early online, 1-5.

- Loneck, B., J.A. Garrett & S.M. Banks (1996): "A Comparison of The Johnson Intervention with Four Other Methods of Referral to Outpatient Treatment". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(2), 233-246.
- Lundeberg, I. R. & K. Mjåland (2009): *Grenser for tvang – Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelbrukere*. Bergen: Uni Rokkansenteret.
- Lundeberg, I.R., K. Mjåland, K. H. Søvig, E. Nilssen & E. Ravneberg (2010): *Tvang overfor rusmiddelavhengige – Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2 og 6-3*. Bergen: Uni Rokkansenteret.
- Lyly, C. & M. Skoglund (2002): *Behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS : en kvalitativ studie på Rällsögården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Martin, B., L. Clapp, D. Bialkowski, D. Bridgeford, A. Amponsah, L. Lyons & T.P. Beresford (2003): "Compliance to Supervised Disulfiram Therapy: A Comparison of Voluntary and Court-ordered Patients". *The American Journal on Addictions*, 12(2), 137-143.
- Mattick, R.P. & T. Jarvis (1994): "In-Patient Setting and Long Duration for the Treatment of Alcohol Dependence? Out-Patient Care Is As Good". *Drug and Alcohol Review*, 13(2), 127-135.
- Miller, N.S. & J.A. Flaherty (2000): "Effectiveness of Coerced Addiction Treatment (alternative consequences): A Review of the Clinical Research". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 9-16.
- Nishimoto, R.H. & A.C. Roberts (2001): "Coercion and Drug Treatment for Postpartum Women". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(1), 161.
- Norland, S., R.E. Sowell & A. DiChiara (2003): "Assumptions of Coercive Treatment: A Critical Review". *Criminal Justice Policy Review*, 14(4), 505-521.
- Ondersma, S.J., T. Winhusen & D.F. Lewis (2010): "External Pressure, Motivation, and Treatment Outcome among Pregnant Substance-Using Women". *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 149-153.
- Perron, B.E. & C.L. Bright (2008): "The Influence of Legal Coercion on Dropout from Substance Abuse Treatment: Results from a National Survey". *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 123-131.

- Polcin, D. (2001): "Drug and Alcohol Offenders Coerced into Treatment: A Review of Modalities and Suggestions for Research on Social Model Programs". *Substance Use and Misuse*, 36(5), 589.
- Prendergast, M., L. Greenwell, D. Farabee & Y.I. Hser (2009): "Influence of Perceived Coercion and Motivation on Treatment Completion and Re-Arrest Among Substance-Abusing Offenders". *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 36(2), 159-176.
- Rittner, B. & C.D. Dozier (2000): "Effects of Court-Ordered Substance Abuse Treatment in Child Protective Services Cases". *Social Work*, 45(2), 131-140.
- Ritvo, J.I. & H.L.I. Causey (2008): "Community-Based Treatment". *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, 4. udgave, 477-490.
- Sallmén, B. (1999): *Compulsory Treatment of Alcoholics : Psychiatric Comorbidity, Psychological Characteristics, Coercive Experiences and Outcome*. Lund: Lund University.
- Shearer, R.A. & G.D. Ogan (2002): "Voluntary Participation and Treatment Resistance in Substance Abuse Treatment Programs". *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(3), 31-45.
- Snyder, C.M. & S.A. Anderson (2009): "An Examination of Mandated versus Voluntary Referral as a Determinant of Clinical Outcome". *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 278-292.
- Soliman, S., H.A. Pollack & J.A. Alexander (2009): "Who Cares for Involuntary Clients?". *Substance Abuse*, 30(1), 1-13.
- Statens Institutionsstyrelse (2000): *Årsrapport DOK 99: personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 1999: bakgrund, livssituation och vårdbehov*.
- Strauss, S.M. & G.P. Falkin (2001): "Social Support Systems of Women Offenders who Use Drugs: a Focus on the Mother-Daughter Relationship". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(1), 65-89.
- Strauss, S.M. & G.P. Falkin (2001): "The First Week After Drug Treatment: the Influence of Treatment on Drug Use Among Women Offenders". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 241-264.
- Terlecki, M.A., M.E. Larimer & A.L. Copeland (2010): "Clinical Outcomes of a Brief Motivational Intervention for Heavy Drinking

- Mandated College Students: A Pilot Study". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 54-60.
- Wärmegård, E.M. (2005): *Del av ett sammanhang: att arbeta med klienters nätverk under och efter LVM*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Walker, R., J. Cole & T.K. Logan (2008): "Identifying Client-Level Indicators of Recovery Among DUI, Criminal Justice, and Non-criminal Justice Treatment Referrals". *Substance Use and Misuse*, 43(12-13), 1785-1801.
- Weisner, C., Y. Lu, A. Hinman, J. Monahan, R.J. Bonnie, C.D. Moore, F.W. Chi & P.S. Appelbaum (2009): "Substance Use, Symptom, and Employment Outcomes of Persons with a Workplace Mandate for Chemical Dependency Treatment". *Psychiatric Services*, 60(5), 646-654.
- Westerlund, M. (1991): *"Ingen kan tvinga mig att bli nykter" : Minnesota-modellen som behandlingsmetod för tvångsombändertagna missbrukare*. Örebro: Örebro läns landsting.
- White, H.R., E.Y. Mun & T.J. Morgan (2008): "Do Brief Personalized Feedback Interventions Work for Mandated Students or Is It Just Getting Caught That Works?". *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 107-116.
- White, H.R., T.J. Morgan, L.A. Pugh, K. Celinska, E.W. Labouvie, & R.J. Pandina (2006): "Evaluating Two Brief Substance-Use Interventions for Mandated College Students". *Journal of Studies on Alcohol*, 67(2), 309-317.
- Wiley, D., M. Beattie, H. Nguyen, K. Puckett, K. Banerjee & W. Poon, (2004): "When You Assume ... The Reality of Implementing a Legally Mandated Substance Abuse Treatment Program". *Journal of Psychoactive Drugs*, Suppl. 2, 175-180.
- Worrall, J.L., S. Hiromoto, N. Merritt, D. Du, J.O. Jacobsen & M.Y. Iguchi (2009): "Crime Trends and the Effect of Mandated Drug Treatment: Evidence from California's Substance Abuse and Crime Prevention Act". *Journal of Criminal Justice*, 37(2), 109-113.
- Young, D., R. Fluellen & S. Belenko (2004): "Criminal Recidivism in Three Models of Mandatory Drug Treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(4), 313-323.

Young, D. & S. Belenko (2002): "Program Retention and Perceived Coercion in Three Models of Mandatory Drug Treatment". *Journal of Drug Issues*, 32(1), 297-328.

BAGGRUNDSLITTERATUR

Alkohol.dk (2010): <http://www.alkohol.dk/Foetalt-Alkohol-Syndrom.html> (lokaliseret d. 7.6.2010).

Alkohol.htk (2010): http://www.alkohol.htk.dk/Alkoholbehandling/Ambulant_behandling.aspx (lokaliseret d. 8.6.2010).

BBC (2010): Drug Addict Benefit Withdrawal Considered. <http://www.bbc.co.uk/news/uk-11033139> (lokaliseret d. 1.10.2010).

Benjaminsen L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.

Dagens Sundhed (2010): <http://www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?document=14166> (lokaliseret d. 15.6.2010).

Dansk MisbrugsBehandling (2010):

<http://www.danskmisbrugsbehandling.dk/blog/alkohol/alkoholbehandling-d%C3%B8gnbehandling-eller-dagbehandling/> (lokaliseret d. 6.10.2010).

Ekendahl, M. (2009): "Alcohol Abuse, Compulsory Treatment and Successive Aftercare: a Qualitative Study of Client Perspectives". *International Journal of Social Welfare*, 18, 260-269.

Europæiske Overvågningscentre for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) (2009): *Narkotikasituationen i Europa: Årsberetning 2009*. Luxembourg. Publikation fra Den Europæiske Union.

Fagan, R. (2004): "The Use of Coerced and Required Treatment for Alcohol and Other Substance Abusers". *Conference Papers – American Sociological Association*, 2004 Annual Meeting, San Francisco, 1-40.

Familieprojektet (2010): <http://www.familieprojektet.dk/filer/fodt%20med%20abstinenser.pdf> (lokaliseret d. 7.6.2010).

Hauge, R. & T. Egelund (2004): *Utværdering av forskningen om vård av unga och vård av missbrukare finansierat av Statens institutionsstyrelse under perioden 1994-2002*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Hope Netværket (2010): <http://hope.dk/index.html> (lokaliseret d. 21.6.2010)

- Gerdner, A. & M. Berglund (2010): *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*. Stockholm. Missbruksutredningen. Statens Institutionsanalyse.
- Hvidtfeldt U.A., A.B.G. Hansen, M. Grønbæk & J. S. Tolstrup (2008): *Alkoholforbrug i Danmark. Kvalificering og karakteristike af storforbrugere og afhængige*. København. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Klag, S., F. O’Callaghan & P. Creed (2005): ”The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research”. *Substance Use & Abuse*, 40,1777-1795.
- Københavns Kommune (2010): <http://www.kk.dk/Borger/DetSocialeOmrade/Misbrug/Stofafhaengighed/Kvalitetsstandarden.aspx> (lokaliseret 1.10.2010).
- Lauridsen, M.L., M. Kronbæk & P.S. Lundsberg (2010): *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*. Odense. Servicestyrelsen.
- Lundeberg, I.R. & K. Mjåland (2009): *Grenser for tvang – om sosialtjenestens rolle i bruk af tvang overfor rusmiddelmissbrukere*. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Rapport 4.
- Lægehåndbogen (2009): <http://www.laegehaandbogen.dk/default.aspx?document=14166> (lokaliseret d. 27.7.2010).
- Methling, I. (2004): ”Tvang kan skræmme gravide misbrugere væk”. <http://politiken.dk/indland/article80494.ece> (lokaliseret d. 7.6.2010).
- Missbrugscentret (2010): <http://www.misbrugscentret.rn.dk/> (lokaliseret d. 21.6.2010).
- Nielsen, A.S., U. Becker, B. Højgaard, A.B. Lassen, M. Willemann, J. Søgaard & M. Grønbæk (2006): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknolog udvikling*. København. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Nilssen, E. (2005): ”Coercion and Justice: a Critical Analysis of Compulsory Intervention Towards Adult Substance Abusers in Scandinavian Social Law”. *International Journal of Social Welfare*, 14, 134-144.
- Nilssen, E. (2007): ”Politics, Profession and Law: The Legal Development of Compulsory Interventions Towards Adult Substance Abusers in Scandinavian Social Law”. *Scandinavian Political Studies*, 30(1), 20-37.

- Retsinformation (2008): Sundhedsloven <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054#Kap40> (lokaliseret d. 21.6.2010).
- Rytter M.V. (2009): Reden: Tvangsindlæg gravide stofmisbrugere. <http://www.fyens.dk/article/1203850:Odense--Reden--Tvangsindlaeg-gravide-stofmisbrugere> (lokaliseret d. 21.6.2010).
- Sex & Samfund (2004): <http://www.sexogsamfund.dk/Default.aspx?ID=4&M=News&PID=47&NewsID=433> (lokaliseret d. 4.6.2010).
- Strandberg-Larsen, K. & M. Grønbæk (2006): *Notat vedrørende alkohol*. Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed.
- Sundhedsstyrelsen (2004): *Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2006a): *Narkotikasituationen i Danmark 2006*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2006b): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2010a): Stofmisbrug i behandling. http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Stofmisbrugere_i_behandling/DSN3.aspx (lokaliseret d. 1.6.2010).
- Sundhedsstyrelsen (2010b): Tal på alkohol i kommunerne. <http://www.sst.dk/Webudgivelser/Tal%20paa%20alkohol%20i%20kommunerne/Indledning.aspx> (lokaliseret d. 15.6.2010).
- Sundhedsstyrelsen (2010c): Liste over behandlingsinstitutioner for register over stofmisbrugere i behandling (SIB). http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/SIB/SIB_institutionsklassifikation_20100713.ashx (lokaliseret d. 28.7.2010).
- Sørensen, M., D. Skov, C.H. Ellersgaard, A.G. Larsen & N.B. Stamer, (2009): *Den sociale misbrugsbehandling. Del 2. Brugernes og de pårørendes perspektiv*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Vaaben, L. (2009): Lov om tvangsbehandling af misbrugere bruges ikke. <http://www.kristeligt-dagblad.dk/artikel/336578:Danmark--Lov-om-tvangsbehandling-af-misbrugere-bruges-ikke> (lokaliseret d. 21.6.2010).

World Health Organization (WHO) (1999): *Drug and Alcohol Dependence: Policies, Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation*. Genève. World Health Organization.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2010

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

- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design.* 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1.* 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark.* 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.
- 10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978-87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.

- 10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravides sygefravær*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.
- 10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent*. 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.
- 10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademan, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremonstre, lederønsker og ledermuligheder*. 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.
- 10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen*. 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.
- 10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.
- 10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark*. 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.
- 10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet*. 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris 160,00 kr.
- 10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris 140,00 kr.
- 10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i kokkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublikation.
- 10:20 Ottesen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Stage, S.: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2010*. 155 sider. ISBN: 978-87-7487-982-4. Vejledende pris: 260,00 kr.

- 10:21 Kofod, J.E., Benwell, A.F., Kjær, A.A.: *Hjemvendte soldater. En interviewundersøgelse*. 76 sider. ISBN: 978-87-7487-983-1. Netpublikation.
- 10:22 Lausten, M, Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. 184 sider. ISBN: 978-87-7487-984-8. Vejledende pris: 195,00 kr.
- 10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:24 Jensen, V.M. & Nielsen, L.P.: *Vejle til ungdomsuddannelse 1. Statistiske analyser af folkeskolens betydning for unges påbegyndelse og gennemførelse af en ungdomsuddannelse*. 211 sider. ISBN: 978-87-7487-986-2. Netpublikation.
- 10:25 Espersen, L.D.: *Bekymrende identiteter. Ph.d.-afhandling*. 260 sider. ISBN: 978-87-7487-987-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og førtidspensionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*. 101 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:27 Lyk-Jensen, S.V., Jacobsen, J. & Heidemann, J.: *Soldater – før, under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. 92 sider. ISBN: 978-87-7487-989-3. Netpublikation.
- 10:28 Thuesen, F., Holt, H., Jensen, S. & Brink Thomsen, L.: *Virksomheders sociale engagement*. 172 sider. ISBN: 978-87-7487-990-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 10:29 Jakobsen, V. & Liversage, A.: *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet. Litteraturstudier og registerdata*. 175 sider. ISBN: 978-87-7487-991-6. Vejledende pris: 176,00 kr.
- 10:30 Christoffersen, M.N.: *Børnemishandling i hjemmet*. 120 sider. ISBN: 978-87-7487-992-3. Netpublikation.
- 10:31 Jakobsen, T.B., Hammen, I. & Steen, L.: *Efterværn – støtte til tidligere anbragte unge*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-993-0. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 10:32 Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H.: *Vold mod børn og unge i Danmark. En spørgeskemaundersøgelse blandt 8.-klasses-elever*. 127 sider. ISBN: 978-87-7487-994-7. Netpublikation.

- 10:33 Mateu, N.C.: *Hjælpe linjen for spilleafhængige. Kortlægning af telefonsamtaler i Danmark og Norge i perioden 2008-2009*. 50 sider. ISBN: 978-87-7487-995-4. Netpublikation.
- 10:34 Egelund, T., Jakobsen, T.B. & Steen, L.: *"Det er jo min familie!" Beretninger fra børn og unge i slægtspleje*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-996-1. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:35 Christensen, E.: *Alkoholproblemer og partnervold*. 48 sider. ISBN: 978-87-7487-997-8. Vejledende pris: 50,00 kr.
- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Vejledende pris: 100,00 kr.