

Udviklingen i den sociale stofmisbrugsbehandling

Formålet med den sociale stofmisbrugsbehandling er, at borgeren enten opnår stoffrihed, en reduktion eller en stabilisering af stofmisbruget med henblik på at afhjælpe og begrænse de sociale, fysiske og psykiske problemer, som følger af et stofmisbrug. Stofmisbrugsbehandling baserer sig på frivillighed og borgerens motivation for behandling. Det er derfor afgørende for resultaterne af behandlingen, at behandlingsforløbene planlægges i samarbejde med borgeren og ud fra en konkret individuel vurdering af borgerens behov.

Unge under 25 år udgør en stadig stigende andel af personer i stofmisbrugsbehandling, og der er ofte tale om et misbrug af cannabis og/eller centralstimulerende stoffer som fx kokain. Mange unge har behov for at kunne fortsætte deres uddannelse eller fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet samtidig med, at de får hjælp til at håndtere deres stofmisbrug.

De senere år er antallet af personer i døgnbehandling faldet. Det kan blandt andet hænge sammen med, at unge med et misbrug af cannabis (hash mv.) fylder mere i den samlede gruppe af personer i behandling. Men der vil fortsat være personer, som har brug for døgnbehandling, hvor de kommer væk fra deres vante miljø og kan koncentrere sig fuldt og helt om deres behandling. Det gælder både blandt unge og ældre i behandling for stofmisbrug.

Der er tegn på, at resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre de senere år. Flere afslutter deres behandling som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Blandt de behandlingsforløb, der blev afsluttet i 2015, afsluttede 46 pct. som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Det er en stigning på 6 procentpoint i forhold til 2013, hvor andelen var 40 pct.

Personer, der har været i døgnbehandling, afslutter oftere end personer i dag- eller ambulant behandling deres behandling som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret misbrug. Personer i ambulant behandling og dagbehandling ser imidlertid ud til i højere grad at fastholde de positive resultater af behandlingen.

Når personer i døgnbehandling kan have sværere ved at fastholde de positive resultater af behandlingen kan det blandt andet skyldes, at døgnbehandlingen ofte foregår langt væk fra borgerens sædvanlige miljø. Resultaterne skal dog også ses i lyset af, at borgere i døgnbehandling som helhed er væsentligt mere belastede end borgere i ambulant behandling og dagbehandling.

Personer i social stofmisbrugsbehandling

Stofmisbrug er et uautoriseret forbrug af rusmidler, der medfører sociale, fysiske eller psykiske problemer for brugeren. Ofte vil psykologiske, økonomiske og sociale faktorer have betydning for, at en person udvikler et behandlingskrævende stofmisbrug, samtidig med at mange af de samme faktorer kan være en konsekvens af misbruget.

Kommunerne er ifølge serviceloven forpligtiget til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling til borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug. Den sociale stofmisbrugsbehandling retter sig mod ophør, reduktion eller stabilisering af stofmisbruget med henblik på at afhjælpe og begrænse de sociale, fysiske og psykiske problemer, som følger af misbruget.

Regeringen har et mål om, at flere skal afslutte deres behandlingsforløb som stoffrie, eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Målet skal bane vejen for, at vi i højere grad gør det, der virker for den enkelte. Det er afgørende, at de indsatser, der er virksomme og har en dokumenteret effekt, bliver udbredt, så flere får en indsats, der gør en forskel.

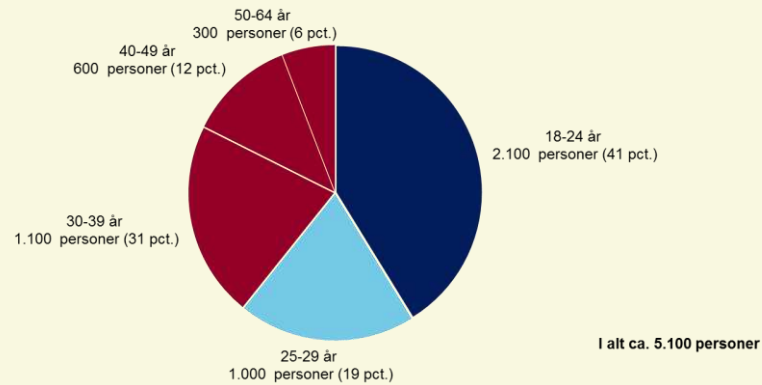
Det er kommunerne, som visiterer borgeren til social stofmisbrugsbehandling, men behandlingen kan leveres af både private, kommunale og regionale leverandører. Behandlingstypen og intensiteten af behandlingen varierer fra behandlingsforløb til behandlingsforløb, og afhænger i høj grad af den enkeltes behov og ønsker.

Denne analyse fokuserer på udviklingen i sammensætningen af personer i social stofmisbrugsbehandling, udvikling i former for behandling og resultaterne af behandlingen. Analysen er baseret på oplysninger om personer, som efter serviceloven er visiteret til social stofmisbrugsbehandling af kommunen, jf. bilag 1.

Fra 2015 er kommunerne også forpligtiget til at tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling til personer med et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer, hvortil der kan ydes hjælp til voksne efter serviceloven. Personer i anonym behandling indgår ikke i analysen, da der ikke findes centralt tilgængelige registeroplysninger om personer i anonym behandling. Analysen omfatter heller ikke personer, som modtager stofmisbrugsbehandling ved Kriminalforsorgen.

Det er personer i alle aldersgrupper, som påbegynder et behandlingsforløb for stofmisbrug, men en meget stor gruppe er unge.

I 2015 begyndte omkring 5.100 personer i et behandlingsforløb for stofmisbrug. Heraf var omkring 2.100 mellem 18 og 24 år, svarende til 41 pct., jf. figur 1.

Figur 1**Alder på personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015**

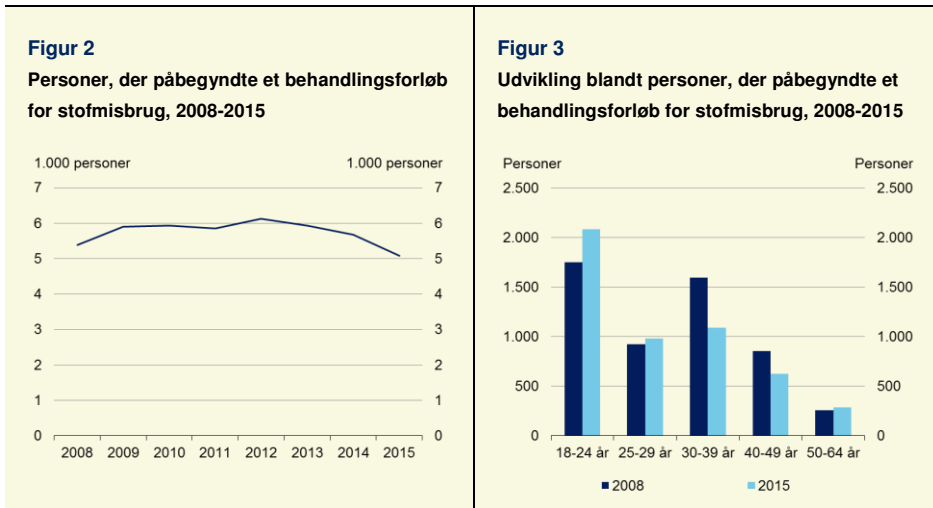
Anm.: 18 år og derover ultimo året. Nogle personer har påbegyndt mere end ét behandlingsforløb i løbet af året. I alt omfatter også nogle få personer over 64 år. Det bemærkes, at opgørelsen er baseret på andre udtrækskriterier og bearbejdnings af data end på de udtrækskriterier og databehandlinger som Sundhedsstyrelsen foretager, hvorfor resultaterne i de to opgørelser ikke er fuldstændig ens. Se bilag 1 om opgørelse af personer i social stofmisbrugsbehandling.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Antallet af personer, der er registreret med et påbegyndt stofmisbrugsbehandlingsforløb, er faldet de seneste år.

Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det samlede antal personer, der påbegynder stofmisbrugsbehandling, er faldet de seneste år. Faldet kan blandt andet skyldes, at en række kommuner af forskellige årsager ikke har indberettet data eller har indberettet ukomplette data i 2015, jf. også bilag 1 om opgørelse af personer i social stofmisbrugsbehandling.

Antallet af personer, der er registreret som påbegyndt i stofmisbrugsbehandling, steg fra 2008 til 2012. Fra 2012 til 2015 er der imidlertid sket et fald, jf. figur 2.



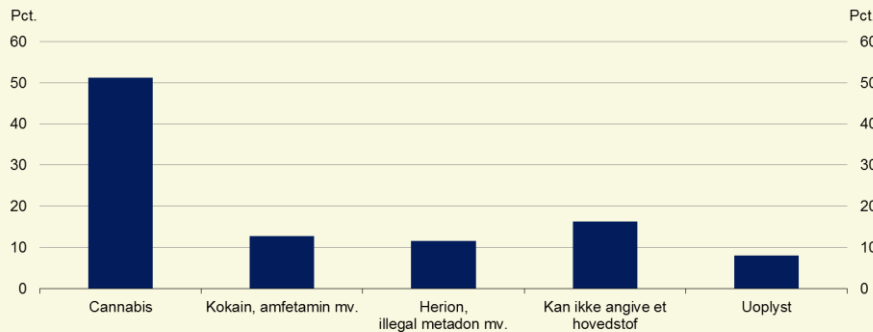
Anm.: Se anmærkningen til figur 1.
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Ser man på kommunernes samlede udgifter til stofmisbrugsbehandling, har der i samme periode, som der har været i fald i antallet af personer, der er registreret som påbegyndt i stofmisbrugsbehandling, været en været en svag stigning i udgifterne til stofmisbrugsbehandling (se i øvrigt boks 1, side 10).

Selvom det samlede antal er faldet fra 2008 til 2015, er der registreret flere unge (18-24-årige) i stofmisbrugsbehandling, jf. figur 3.

De sociale, fysiske og psykiske problemer, som følger af et stofmisbrug, er i høj grad forbundet med de stoffer, der misbruges. Når et stofmisbrugsbehandlingsforløb iværksættes, angiver borgeren det stof, som hovedsageligt skaber problemer for borgeren (hovedstoffet).

Cannabis er langt det hyppigste hovedstof. Blandt de personer, som påbegyndte stofmisbrugsbehandling i 2015, havde omkring halvdelen cannabis (hash mv.) som hovedstof. I størrelsesordenen 10-15 pct. havde enten kokain og amfetamin mv. eller heroin og illegal metadon mv. som hovedstof, jf. figur 4.

Figur 4**Hovedstof blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015**

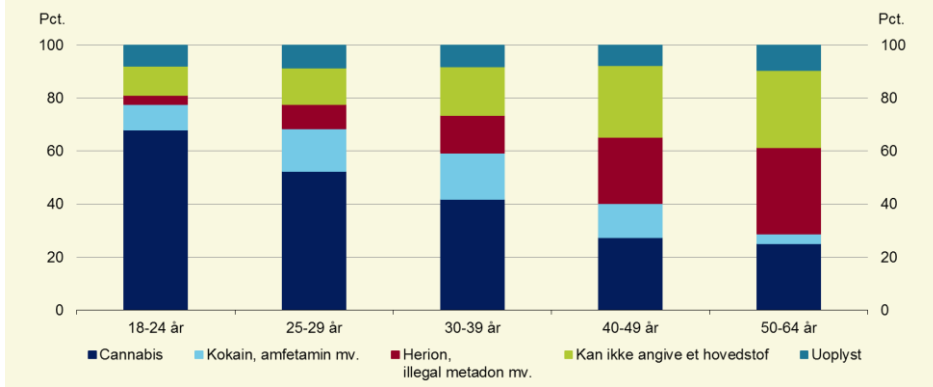
Anm.: En person kan modtage flere behandlingsforløb. Opgørelsen omfatter hovedstof ved alle påbegyndte behandlingsforløb i 2015. En af almindeligste former for cannabis er hash. Kokain, amfetamin mv. omfatter centralstimulerende stoffer, herunder amfetamin, kokain og ecstasy. Heroin, illegal metadon mv. omfatter såkaldte opioider, herunder heroin, illegal metadon og buprenorphin. Kan ikke angive hovedstof mv. omfatter dels personer, der ikke kan angive hovedstof ved behandlingsstart, dels personer med mindre udbredte stoffer som hovedstof (benzodiazepiner, hallucinogener, opløsningsmidler mv.). Uoplyst omfatter personer, hvor der ikke findes oplysninger om hovedstof. Sundhedsstyrelsen opgørelser af hovedstof omfatter ikke personer med uoplyst hovedstof, eller personer der ikke kan angive et hovedstof. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

For i størrelsesordenen 15-20 pct. af de personer, der påbegyndte et behandlingsforløb i 2015, var det ikke muligt at angive et hovedstof. Det kan blandt andet skyldes, at der er tale om et misbrug af flere forskellige stoffer samtidig, hvor der ikke kan peges på et dominerende stof. Det kan også være borgere, som overgår fra et behandlingstilbud til et andet, herunder personer, som er blevet stoffri i løbet af behandlingen eller borgere som modtager substituitionsbehandling med legale stoffer (der registreres kun hovedstof ved forbrug af illegale rusmidler).

Det er særligt unge, der har problemer med cannabis. Jo ældre personerne i stofmisbrugsbehandling er, desto flere har heroin, illegal metadon mv. som hovedstof eller kan ikke angive et hovedstof.

Blandt 18-24-årige har op mod 70 pct. cannabis som hovedstof, jf. figur 5.

Figur 5**Hovedstof blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015**

Anm.: Se anmærkningen til figur 4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

Blandt 40-49-årige og 50-64-årige er det i størrelsesordenen 50-60 pct., der enten har heroin, illegal metadon mv. som hovedstof eller ikke kan angive et hovedstof.

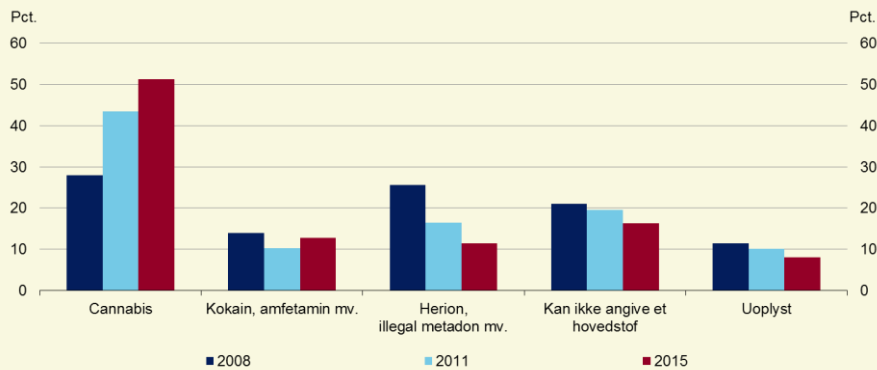
Unge udgør en stadig stigende andel af de personer, som starter i stofmisbrugsbehandling, og der er ofte tale om et misbrug af cannabis og/eller centralstimulerende stoffer som fx kokain. Andelen af borgere, der starter i stofmisbrugsbehandling, med et misbrug af heroin, illegal metadon mv., er derimod faldende.

Det er vigtigt at være opmærksom på udviklingen i sammensætningen af gruppen af personer i misbrugsbehandling, idet de ofte har forskellige behov for behandling og støtte alt efter alder, hovedstof og de konsekvenser misbruget har for den enkelte.

Andelen af personer, der angiver cannabis som hovedstof, er steget fra knap 30 pct. i 2008 til omkring 50 pct. i 2015. I samme periode er andelen, der angiver kokain og amfetamin mv. som hovedstof nogenlunde uændret, jf. figur 6.

Figur 6

Udvikling i hovedstof blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug, 2008-2015



Anm.: Se anmærkningen til figur 4.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Andelen af personer med heroin og illegal metadon mv. som hovedstof er faldet fra omkring 25 pct. i 2008 til lidt over 10 pct. i 2015.

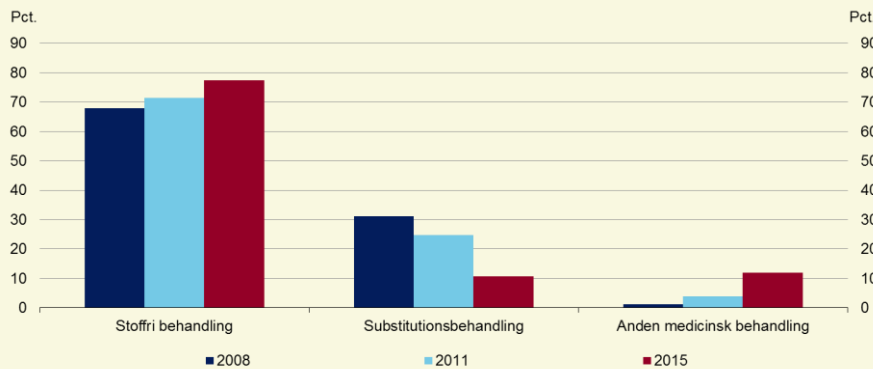
Den sociale stofmisbrugehandling er tæt forbundet med *den lægelige stofmisbrugsbehandling* efter sundhedsloven, idet nogle modtager substitutionsbehandling i forbindelse med den sociale stofmisbrugsbehandling. Substitutionsbehandling sigter på ophør af et misbrug af illegale stoffer eller på en reduktion eller stabilisering af stofmisbruget. Det er hovedsageligt personer med et misbrug af heroin og illegal metadon mv., der modtager substitutionsbehandling. Personer, der modtager substitutionsbehandling og anden medicinsk behandling modtager som udgangspunkt også socialbehandling i form af fx undervisning, forskellige former for samtaleforløb, samt praktisk støtte, når det er relevant.

Udviklingen i hovedstoffet blandt personer, der starter i stofmisbrugsbehandling, afspejler sig i den type af behandling, som borgeren modtager. Faldet i antallet personer med heroin og illegal metadon mv. som hovedstof har medført et fald i antallet af personer, der modtager substitutionsbehandling.

Andelen af personer, der modtager substitutionsbehandling, er faldet fra omkring 30 pct. i 2008 til omkring 10 pct. i 2015, jf. figur 7.

Figur 7

Behandlingstype blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015



Anm.: 18-årige og derover som påbegyndte et eller flere behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015. En person kan i løbet af et behandlingsforløb have modtaget flere forskellige typer af behandlinger. Anden medicinsk behandling omfatter bl.a. abstinensbehandling for benzodiazepiner. Det bemærkes, at personer, der kun kommer i substitutionsbehandling kan være underrapporteret, idet de institutioner, der kun tilbyder lægelig stofmisbrugsbehandling, ikke kan indberette til Stofmisbrugsdatabasen, da de ikke er godkendt på Tilbudsportalen.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Intensiteten af stofmisbrugsbehandlingen afhænger i høj grad af borgerens behov og målet med behandlingen. Der skelnes typisk mellem ambulans behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Ambulant behandling kan karakteriseres som et lav-intensitetstilbud, hvor borgeren modtager behandling 2-8 gange om måneden afhængig af den enkeltes situation og behov. Dagbehandling er et mere struktureret behandlingsforløb, som tilbydes borgere mere end otte gange om måneden, typisk 5-8 timer om dagen 3-5 dage om ugen. Ydelsen afpasses efter den enkelte borgers behov og kan omfatte en kombination af aktiviteter, individuelle samtaler og gruppesamtaler, undervisning, aktivering og sociale støttetilbud. Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud, og retter sig generelt mod de mest belastede borgere med stofmisbrug.

Fælles for gruppen af personer i stofmisbrugsbehandling er, at stofmisbruget har medført en række problemer. Problemerne vil ofte være mere udtalte blandt personer med et opioidmisbrug, dvs. et misbrug af såkaldte opioider som fx heroin eller illegal metadon. Denne gruppe modtager derfor oftere døgnbehandling end personer med fx cannabis- eller kokainmisbrug. I forhold til det samlede antal personer i behandling, er der en klar overrepræsentation af personer med opioidmisbrug i døgnbehandling.

Men der er også personer med cannabis- og kokainmisbrug i døgnbehandling. Det skyldes, at der også blandt den unge gruppe med cannabis- og kokainmisbrug er personer med svæ-

re problemer. Behandlingsbehovet kan derfor godt være det samme for to personer med hver sit hovedstof og to vidt forskellige livssituationer.

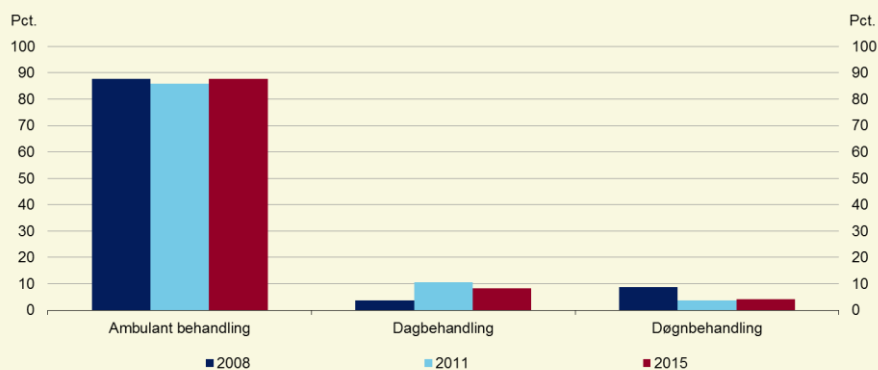
Samlet set modtager de fleste ambulantly behandling. De seneste år er der sket en udvikling i retning af, at flere modtager dagbehandling, mens antallet af personer i døgnbehandling er faldet.

Når antallet af personer i døgnbehandling er faldet, kan det blandt andet skyldes, at en større del af gruppen i behandling er unge med cannabismisbrug. Men der vil fortsat være personer, som har brug for døgnbehandling, hvor de kommer væk fra deres vanter miljø, og hvor de kan koncentrere sig fuldt og helt om deres behandling. Det gælder både blandt unge og ældre i behandling for stofmisbrug.

Andelen af personer, der modtager dagbehandling, er fordoblet fra 4 pct. i 2008 til 8 pct. i 2015, mens andelen af personer i døgnbehandling er godt og vel halveret fra omkring 9 pct. i 2008 til ca. 4 pct. i 2015, jf. figur 8.

Figur 8

Behandlingsintensitet blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb for stofmisbrug, 2008-2015



Anm.: 18-årige og derover, som påbegyndte et eller flere behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015. En person kan i løbet af et behandlingsforløb have modtaget flere forskellige intensitetsniveauer. Se boks 1 på side 10 for opgørelse af unikke personer i døgnbehandling.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

I hele perioden fra 2008 til 2015 har i størrelsesordenen 85-90 pct. af de personer, som startede i stofmisbrugsbehandling, modtaget ambulantly behandling.

Ændringen i fordelingen af tilbud, som borgerne tilbydes, afspejler sig også i fordelingen af de offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandling. De samlede offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandling har været nogenlunde stabile fra 2009 til 2016, men i samme periode er udgifterne til døgnbehandling faldet, jf. boks. 1.

Boks 1**Offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandling**

De samlede offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandling er faldet fra ca. 1 mia. kr. kr. i 2009 til omkring 960 mio. kr. i 2016. I samme periode er udgifterne til døgntilbehandling faldet fra 285 mio. kr. i 2009 til omkring 140 mio. kr. i 2016, jf. tabel a.

Tabel a**Udgifter til stofmisbrugsbehandling, 2009-2016**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	-----Mio. kr. -----							
Ambulant og dagbehandling	692	727	725	755	728	752	777	822
Døgntilbehandling	285	242	188	169	180	174	164	139
I alt	1.004	983	913	924	907	926	942	961

Anm.: 2017-PL. Det bemærkes, at udgifter til stofmisbrugsbehandling for personer under 18 år i 2009 og 2010 er konteret for sig selv og indgår ikke i opgørelsen. Fra og med 2013 kontores "ledelse og administration" særskilt i den kommunale kontoplan. Ændringer fra 2012 til 2013 kan derfor skyldes konteringsmæssige forhold. Se i øvrigt bilag 1 for opgørelse af de samlede offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandling.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Faldet i udgifter til døgntilbehandling svarer i høj grad til det fald, der har været i det antal personer, som i løbet af de enkelte år har været i døgntilbehandling. I 2008 var der omkring 1.300 personer, som i løbet af året havde været i døgntilbehandling. I 2015 var antallet lidt under 600 personer, jf. tabel b.

Tabel b**Personer i døgntilbehandling, 2008-2015**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personer i døgntilbehandling	1.281	1.164	944	753	675	664	642	572

Anm.: Resultaterne er udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning. En person kan have modtaget flere døgntilbehandlingsforløb.

Kilde: Stofmisbrugsdatabasen, DANRIS.

Næste afsnit ser nærmere på resultaterne af den sociale stofmisbrugsbehandling, når man sammenligner personer i døgntilbehandling med personer, der har været i ambulant eller dagbehandling.

Resultaterne af den sociale stofmisbrugsbehandling

Den sociale stofmisbrugsbehandling sigter mod stoffrihed, reduktion eller stabilisering af stofmisbruget med henblik på at afhjælpe og begrænse de sociale, fysiske og psykiske pro-

blemer, som følger af et stofmisbrug. Men det er langt fra alle, der færdiggør behandlingen og når deres behandlingsmål. Og mange oplever tilbagefald efter behandlingen er afsluttet.

Stofmisbrugsbehandlingen baserer sig på frivillighed og borgerens motivation for behandling. Det er derfor afgørende for resultaterne af behandlingen, at behandlingsforløbene planlægges i samarbejde med borgeren og ud fra en konkret individuel vurdering af borgerens livssituation, ressourcer og ønsker, så borgeren i højere grad er stand til at gennemføre behandlingen og opnå og fastholde sit mål for behandlingen.

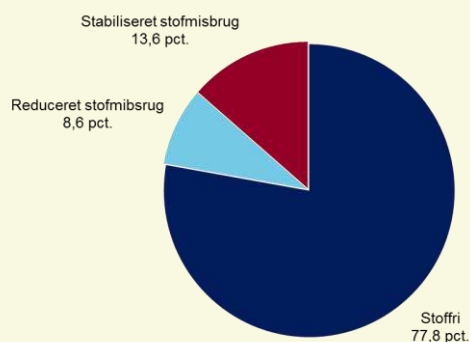
Alle borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug har ret til at få tilbud om social stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter, at de har anmodet om at komme i behandling – også kaldet behandlingsgarantien. Når borgeren har anmodet om behandling skal det vurderes, om borgeren har behov for behandling, hvorfor der igangsættes en afdækning af borgerens ressourcer og udfordringer. Senest inden for 14 dage skal borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug visiteres til det tilbud, som de har brug for. Behandlingen startes derefter på grundlag af en behandlingsplan, der udarbejdes på baggrund af oplysninger fra afdækningen af borgerens ressourcer, udfordringer og behov for behandling.

Behandlingsplanen skal blandt andet sikre et målrettet, effektivt, koordineret og helhedsorienteret behandlingsforløb, der modsvarer borgerens behandlingsbehov og ønsker. Af behandlingsplanen fremgår det, om målet med behandlingen er ophør, reduktion eller stabilisering af stofmisbruget.

Blandt de personer, der startede stofmisbrugsbehandling i 2015, havde ca. 78 pct. som mål at blive stoffri, mens ca. 9 pct. havde et mål om at reducere stofmisbruget, og ca. 14 pct. havde et mål om at stabilisere misbruget, dvs. stabilisere en tilstand opnået gennem tidligere stofmisbrugsbehandling, jf. figur 8.

Figur 8

Formål med stofmisbrugsbehandlingen blandt påbegyndte behandlingsforløb i 2015



Anm.: 18-årige og derover, som påbegyndte et eller flere behandlingsforløb for stofmisbrug i 2015. En person kan i løbet af året have påbegyndt flere behandlingsforløb.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Regeringen har et mål om, at flere personer, der har afsluttet et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug, jf. boks 2.

Boks 2

10 mål for social mobilitet

Regeringen har sat 10 mål for social mobilitet og et af målene er at opnå større effekt med stofmisbrugsbehandlingen. Målet for personer med stofmisbrug er, at flere personer, der har afsluttet et behandlingsforløb for stofmisbrug skal være stoffrie eller have et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug. Det er en del af målet, at antallet af narkorelaterede dødsfald skal nedbringes.

Midlerne til at nå de sociale mål er viden og samarbejde. Målene skal udgøre baggrundstæppet for udviklingen af samlede indsats, der skaber social mobilitet med viden som drivkraft. Regeringen offentliggør en overordnet status på de sociale mål med en årlig Socialpolitiske Redegørelse, som Børne- og Socialministeriets udarbejder.

Det er vigtigt, at målene er forankret i et stærkt ejerskab i kommunerne, både for at sikre det fælles arbejde om retningen på den sociale indsats og sikre gode rammer for implementering og opfølgning. Derfor formidler KL de kommunefordelte tal om de sociale mål til kommunerne.

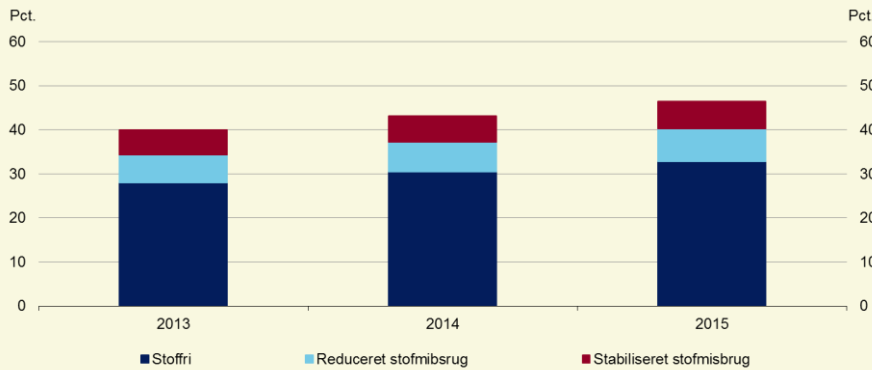
Se sm.dk for mere information.

Det er langt fra alle, der opnår målet for deres behandling. Men de seneste år er der tegn på, at resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen er blevet bedre.

Blandt de behandlingsforløb, der blev afsluttet i 2015, afsluttede 46 pct. som stoffrie, eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Det er en stigning på 6 procentpoint i forhold til 2013, hvor 40 pct. af behandlingsforløbene blev afsluttet som stoffrie, eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug, jf. figur 9.

Figur 9

Status ved afsluttet behandlingsforløb, 2015



Anm.: Opgørelsen omfatter alle forløb, hvor borgeren har anmodet kommunen om stofmisbrugsbehandling (kontaktforløb). Opgørelsen omfatter ikke forløb, hvor afslutningsstatus er uoplyst eller ukendt. Den samme person kan have afsluttet flere forløb i løbet af året.

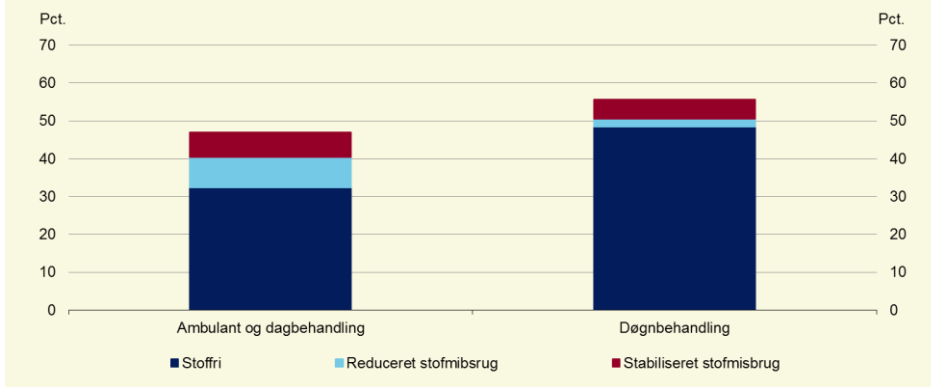
Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Hvis man opdeler resultaterne af behandlingen på intensiteten af den behandling, som borgerne har modtaget, har flest opnået målene om stoffrihed, eller reduceret eller stabiliseret stofmisbruget, når de har været i døgnbehandling.

Blandt de behandlingsforløb, der blev afsluttet i 2015, og hvor borgeren havde været i døgnbehandling, afsluttede ca. 56 pct. behandlingen som stoffrie eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. I de behandlingsforløb, hvor borgeren havde været i ambulans eller dagbehandling, var andelen ca. 47 pct., jf. figur 10.

Figur 10

Status ved afsluttet behandlingsforløb, opdelt efter behandlingsintensitet, 2015



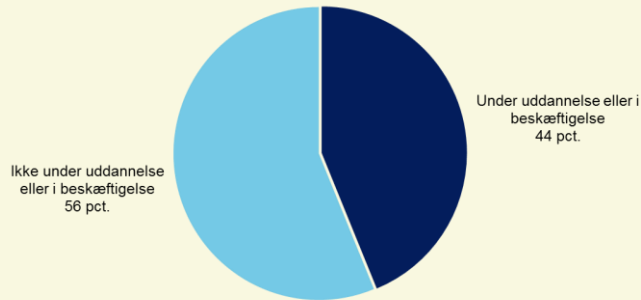
Anm.: Forløb, hvor personen har modtaget behandling med flere forskellige intensiteter, er behandlingsintensiteten hierarkiseret efter intensitetsniveau (1. Døgnbehandlings, 2. Dagbehandling, 3. Ambulant behandling). Se i øvrigt anmærkningen til figur 9.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Når flere af de behandlingsforløb, hvor borgeren havde været i døgnbehandling, sluttede med positive resultater, kan det skyldes, at døgnbehandling er et højintensitetstilbud og et oplagt valg for borgere, der har brug for at komme væk fra deres vanter miljø og personlige relationer for at kunne koncentrere sig om deres behandling.

Det betyder dog ikke, at døgnbehandling vil være den mest oplagte behandling for alle borgere. Mange vil drage fordel af at være i deres hjemlige miljø, mens de modtager social stofmisbrugsbehandling. Det gælder blandt andet personer, der er i gang med uddannelse eller beskæftigelse. Her vil det være afgørende for dem, at stofmisbruget ikke bliver en barriere for at kunne fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet og til det uddannelsesforløb, som de er startet, samtidig med, at de for løst deres stofmisbrug. Det er således væsentligt at understøtte muligheden for at gå i social stofmisbrugsbehandling samtidig med, at man har et ønske om at være i uddannelse eller arbejde.

Blandt de personer, der blev indskrevet i behandling i 2015, var 44 pct. i gang med uddannelse eller i beskæftigelse, da de påbegyndte deres stofmisbrugsbehandling, jf. figur 11.

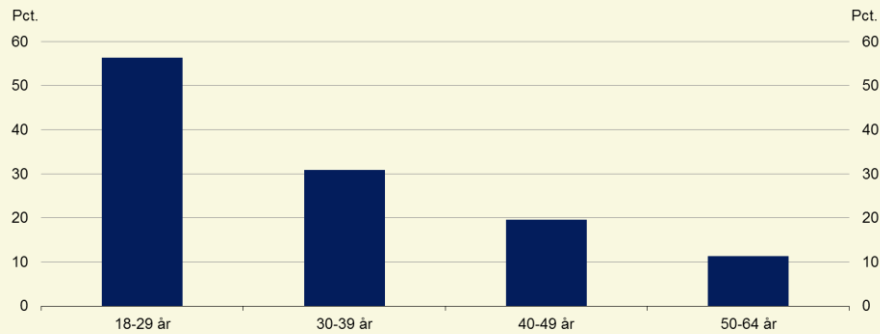
Figur 11**Personer i uddannelse eller beskæftigelse ved påbegyndt behandlingsforløb, 2015**

Anm.: Opgjort på baggrund af DREAM og elevregistret på baggrund af den samlede aktivitet blandt personer, der påbegyndte et behandlingsforløb i 2015. I uddannelse eller beskæftigelse ved påbegyndt behandlingsforløb er opgjort på baggrund af uddannelses- og beskæftigelsesstatus den uge, hvor personen påbegyndte behandlingsforløbet. Omfatter også fleksjob og særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse. Opgjort ved første behandlingsforløb blandt personer med flere behandlingsforløb. Se i øvrigt anmærkningen til figur 1.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det gælder særligt blandt de yngre aldersgrupper. Jo yngre personerne i stofmisbrugsbehandling er, desto flere var i gang med uddannelse eller i beskæftigelse, da de påbegyndte deres behandling.

Omkring 55 pct. af de 18-29-årige, som startede i stofmisbrugsbehandling i 2015, var i beskæftigelse eller under uddannelse, da de begyndte deres behandling, jf. figur 12.

Figur 12**I uddannelse eller beskæftigelse ved påbegyndt behandlingsforløb, 2015**

Anm.: Se anmærkningen til figur 11.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

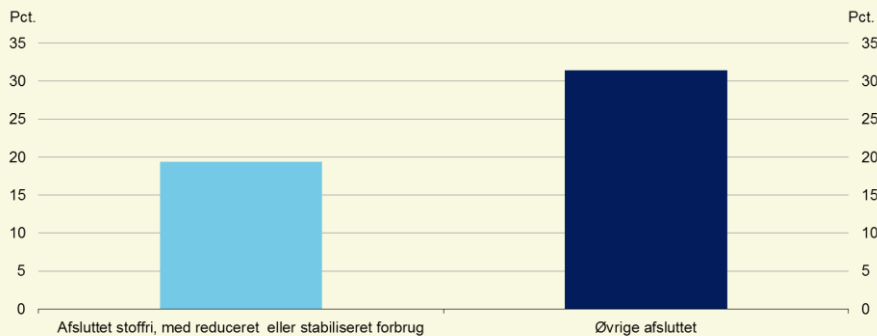
Der er ofte gode resultater af den sociale stofmisbrugsbehandling for personer, som gennemfører deres behandling, og som arbejder ud fra den behandlingsplan, der er lagt for deres stofmisbrugsbehandling. Det er imidlertid en udfordring for mange at fastholde de positive resultater, når behandlingen er afsluttet.

En stor del falder tilbage i stofmisbrug og får brug for endnu et forløb i social stofmisbrugsbehandling. Det afspejler sig i gruppen af personer, der efter et afsluttet behandlingsforløb igen får brug for at starte i et behandlingsforløb.

Lidt under 20 pct. af de personer, der afsluttede deres behandling som stoffrie, eller med reduceret eller stabiliseret stofmisbrug i 2014, vendte tilbage til stofmisbrugsbehandling inden for ét år, jf. figur 13.

Figur 13

Personer med afsluttet behandlingsforløb for stofmisbrug i 2014, som vender tilbage til behandling inden for et år.



Anm.: Opgørelsen omfatter det først afsluttede behandlingsforløb for personer, so har afsluttet mere end ét behandlingsforløb. "Øvrige afsluttet" omfatter behandlingsforløb, hvor afslutningsstatus er "Tilbagefald" eller "Ikke færdigbehandling", herunder uoplyst og ukendt status. Se i øvrigt anmærkningen til figur 9.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Det er især personer, som har modtaget døgnbehandling, der har svært ved at fastholde de positive resultater fra stofmisbrugsbehandlingen.

Døgnbehandling ydes typisk i private eller selvejende institutioner. Der arbejdes ud fra forskellige behandlingstilgange og med forskellige metodiske tilgange, men målet med behandlingen er ofte stoffrihed. Der findes også døgntilbud, hvor målet med opholdet kan være stabilisering af stofmisbruget.

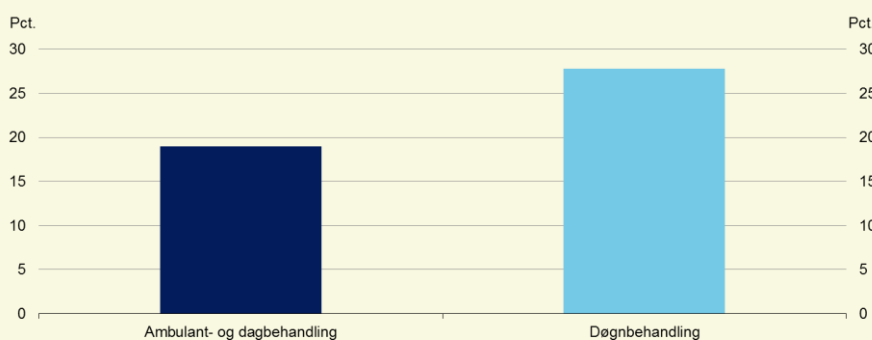
Når personer i døgnbehandling kan have sværere ved at fastholde de positive resultater af behandlingen kan det blandt andet skyldes, at døgnbehandling ofte foregår langt væk fra borgerens sædvanlige miljø. Det kan derfor være svært for behandlerne at understøtte borgeren i at forberede en hverdag uden stoffer, efter behandlingen afsluttes.

Den ambulante behandling tilrettelægges i højere grad i borgerens vante miljø. Der er derfor bedre muligheder for at arbejde med at styrke borgerens personlige identitet, som ikke er knyttet til stofmisbruget, herunder at understøtte opbygningen af netværk. Sammenlignet med den ambulante behandling kan der derfor være større risiko for tilbagefald efter behandlingen for personer i døgnbehandling, fordi behandling i mindre grad har løst problemerne med stofmisbruget i de omgivelser, som borgeren vender tilbage til efter behandlingen.

Blandt de personer, der modtog ambulant eller dagbehandling og afsluttede deres behandlingsforløb som enten stoffrie, med et reduceret eller et stabiliseret stofmisbrug, vendte ca. 19 pct. tilbage til behandling inden for ét år. Blandt personer i døgnbehandling var det ca. 28 pct., der vendte tilbage, jf. figur 14.

Figur 14

Personer med afsluttet behandlingsforløb som stoffri, reduceret eller stabiliseret stofmisbrug i 2014, som vender tilbage til behandling inden for et år.



Anm.: Se anmærkning til figur 13 og figur 10.

Kilde: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata mv.

Resultaterne skal dog også ses i lyset af, at døgnbehandling oftest tilbydes personer, hvor stofmisbruget har medført de mest omfattende sociale, fysiske og psykiske problemer. Ud fra den indledende screening af borgerens problemer og ressourcer fremgår det, at borgere i døgnbehandling som helhed er væsentligt mere belastede end borgere i ambulante behandling og dagbehandling.

Særligt i forhold til stof, alkohol og kriminalitet er belastningen højere for borgere indskrevet i døgnbehandling. Borgere i døgnbehandling er også mere belastede psykisk og somatisk i forhold til personer i ambulante behandling. Se Center for Rusmiddelforskning ("DanRIS 2015 – STOF, Dansk Registrerings- og InformationsSystem", 2017) for mere information.

Bilag 1 giver en detaljeret beskrivelse af, hvordan personer med stofmisbrug er afgrænset i analysen.

Bilag 1: Opgørelse af personer i social stofmisbrugsbehandling

Analysen baserer sig på oplysninger om personer i stofmisbrugsbehandling, der har modtaget stofmisbrugsbehandling mindst 1 dag efter servicelovens §101, og er registreret i registret "Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere" (VBGS). Opgørelsen omfatter ikke personer i anonym stofmisbrugsbehandling eller personer, som modtager behandling ved Kriminalforsorgen.

Kommunerne indberetter alle behandlingsforløb til Stofmisbrugsdatabasen, herunder register for ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere (VBGS) og Sundhedsdatastyrelsens register for stofmisbrugere i behandling (SIB). Oplysninger om personernes hovedstof og behandlingstype kommer fra SIB. Det bemærkes, at personer, der kun kommer i substitutionsbehandling kan være underrapporteret, idet de institutioner, der kun tilbyder lægelig stofmisbrugsbehandling, ikke kan indberette til Stofmisbrugsdatabasen, da de ikke er godkendt på Tilbudsportalen.

Det bemærkes, at opgørelsen er baseret på andre udtrækskriterier og bearbejdnings af data end på de udtrækskriterier og databehandlinger som Sundhedsstyrelsen foretager, hvorfor resultaterne i de to opgørelser ikke er fuldstændig ens.

Socialstyrelsen har i forbindelse med indberetninger for 2015 foretaget en gennemgang af kommunernes indberetningsstatus. De kommuner der ikke har indberettet data eller indberettet ukomplette data er Skive, Ringsted, Mariagerfjord, Dragør, Brønderslev, Frederiksberg, Gribskov, Lejre, Halsnæs, Lyngby-Taarbæk, Høje-Taastrup, Gentofte, Rødovre og Aarhus Kommune.

Kriterierne for at overnævnte kommuner vurderes at have indberettet ukomplet er, at mindst 2 af følgende kriterier er opfyldt: 1) Kommuner bør ikke have færre behandlingsforløb end 50 pct. af gennemsnittet for perioden 2009-2011. 2) Kommuner bør indberette mindst ét behandlingsforløb i løbet af 2015. 3) Hvis forskellen i absolutte tal mellem antal behandlingsforløb i 2015 og gennemsnittet for 2009-2011 er mindre end 6, anses det som almindelig udsving i antallet af behandlingsforløb.

Opgørelsen af de samlede offentlige udgifter er opgjort på baggrund af Danmarks Statistiks registerdata (REGK53). Udgifterne til ambulant og dagbehandling er opgjort på baggrund af 5.38.45.001 inklusiv en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999. Udgifterne til døgnbehandling er opgjort på baggrund af 5.38.45.002, inklusiv en forholdsmæssig andel af udgifterne på 5.38.45.092, 5.38.45.200 og 5.38.45.999. Udgifterne til døgnbehandling omfatter også udgifter til §§ 83-86 samt § 102 i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen.

Det bemærkes, at udgifter til stofmisbrugsbehandling for personer under 18 år i 2009 og 2010 er konteret for sig selv og indgår ikke i opgørelsen. Fra og med 2013 kontoeres "ledelse og administration" særskilt i den kommunale kontoplan. Ændringer fra 2012 til 2013 kan derfor skyldes konteringsmæssige forhold