



SOCIALSTYRELSEN

# Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

Sociale indsatser, der virker

Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats

**Publikationen er udgivet af**

Socialstyrelsen

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

E-mail: [socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk)

Spørgsmål og kommentarer er velkomne.

Forfattere: Sara Lindhardt og Jette Nyboe, Socialstyrelsen

Første version udgivet efteråret 2013

Download notatet på <http://shop.socialstyrelsen.dk/>

Der kan frit citeres fra notatet med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-92905-95-6

Digital ISBN: 978-87-92905-96-3

# Indhold

<b>Viden til gavn . . . . .</b>	<b>4</b>
<b>Indledning . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug . . . . .</b>	<b>6</b>
Definition af alkoholmisbrug . . . . .	6
Beskrivelse af målgruppen . . . . .	8
Den aktuelle udvikling i målgruppen . . . . .	9
<b>Sociale indsatser, der virker . . . . .</b>	<b>10</b>
Effekten af indsatserne . . . . .	11
Dokumentation på området socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug . . . . .	13
<b>Implementering af sociale indsatser . . . . .</b>	<b>14</b>
Drivkræfter for implementering . . . . .	14
Faktorer, der påvirker implementeringen . . . . .	16
Implementeringsstrategier . . . . .	17
<b>Økonomi . . . . .</b>	<b>18</b>
Kommunale udgifter til indsatser på alkoholområdet . . . . .	18
Cost-effectiveness-analyser . . . . .	18
Cost-benefit-analyser . . . . .	18
<b>Initiativer for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug . . . . .</b>	<b>19</b>
<b>Referenceliste . . . . .</b>	<b>20</b>

# Viden til gavn

I 2012 var der omkring 15.000 socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug i Danmark. En stor del af dem har komplekse problemer, som for eksempel psykiske vanskeligheder, stofmisbrug, hjemløshed og fattigdom.

Som samfund bruger vi mange penge på indsatser for borgere på det sociale område. Målet er at skabe reelle fremskridt for den enkelte udsatte borger. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svært tilgængelig. For kommunerne kan det derfor være svært at prioritere de rette indsatser til socialt udsatte borgere.

Dette notat giver en kort oversigt over et udvalg af den aktuelle viden om socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug og om sociale indsatser over for denne gruppe. Formålet med vidensnotatet er at bidrage til kommunernes planlægning og udvikling af området.

Flere af de tilbud, som er målrettet de mest socialt udsatte mennesker i Danmark, forholder sig til et eventuelt alkoholmisbrugs betydning for den enkeltes livssituation. Tilbuddene yder også en skadesreducerende indsats og medvirker til at bygge bro til alkoholbehandlingen. Det drejer sig for eksempel om forsorghjem, beskyttede pensionater, alternative plejehjem, skæve huse, væresteder og støtte- og kontaktpersonordninger. Notatet præsenterer nogle af de få indsatser på området, som er undersøgt internationalt, og som har dokumenteret effekt.

Vidensnotatet indgår i en række af notater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale indsats. Ledere, mellemledere, fagkoordinatorer og andre centralt placerede medarbejdere fra seks kommuner har testet de første notater og bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til Aalborg, Aarhus, Gladsaxe, Rødovre, Svendborg og Viborg Kommune for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at vidensnotatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om valg af indsatser over for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug på et informeret og velkvalificeret grundlag.

God læselyst!  
Knud Aarup  
Direktør for Socialstyrelsen

# Indledning

I dette vidensnotat beskrives aktuel viden om sociale indsatser, der virker i forhold til socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug. Notatet retter sig især mod kommunale mellemledere, fagkoordinatorer og udviklingskonsulenter, der arbejder med at planlægge og udvikle den sociale indsats over for målgruppen.

Notatet er opdelt i en række afsnit:

- *Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug*  
Her præsenteres viden om målgruppens omfang og karakteristika.
- *Sociale indsatser, der virker*  
Her præsenteres nyere dansk og international forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt. I afsnittet ses også på, hvordan indsatserne kan dokumenteres.
- *Implementering af sociale indsatser*  
Her beskrives de væsentligste forhold, som ifølge forskningen påvirker implementeringen af nye indsatser på det sociale område.
- *Økonomi*  
Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på området.
- *Initiativer for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug*  
Her findes en oversigt over Social-, Børne- og Integrationsministeriets igangværende initiativer – og over de kommuner, som er involveret i initiativerne.
- *Referenceliste*  
Små tal i notatets tekst henviser til denne liste over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opøge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

## Om vidensnotatet

I notatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige forskningsbaserede viden om socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug og om sociale indsatser over for denne gruppe. Socialstyrelsen fokuserer på viden, der svarer på centrale spørgsmål, som stilles på det sociale område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, sociale metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem.

Notatet er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt, men bygger på eksisterende forskningsoversigter og undersøgelser. Blandt den tilgængelige viden har vi udvalgt viden med det bedst mulige undersøgelsesdesign i forhold til den målgruppe og de indsatser, som undersøges. Notatet er kvalitetssikret af uafhængige forskere.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

# Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

## Definition af alkoholmisbrug

På socialområdet dækker betegnelsen 'socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug' over personer med sociale problemer og/eller psykiske vanskeligheder kombineret med et skadeligt alkoholforbrug eller alkoholafhængighed.

Socialt udsatte defineres i dette notat som "mennesker, der pga. stofmisbrug, alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, fattigdom, prostitution eller andre alvorlige, sociale problemer befinder sig i samfundets margin. [...] Centralt for forståelsen af social udsathed er, at det handler om en ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse på en række centrale områder i samfundet"<sup>1</sup>.

En stor del af disse mennesker modtager sociale ydelser efter serviceloven. Der er også mennesker inden for målgruppen, som kan have behov for sociale ydelser, men som af forskellige årsager ikke ønsker eller magter at tage kontakt til de sociale myndigheder.

På sundhedsområdet anvendes betegnelsen misbrug generelt ikke om de legale rusmidler (alkohol og nikotin). I stedet taler man om henholdsvis skadeligt alkoholforbrug og alkoholafhængighed, som begge er diagnoser i WHO's diagnosesystem ICD-10:

*"Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade (fysisk eller mentalt), og hvor patienten ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. [...] Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, adfærdsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen."*<sup>2</sup>

I dette notat dækker betegnelsen 'socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug' som nævnt over mennesker fra begge disse grupper.

## Omfanget af socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

- Det er uvist, præcist hvor mange socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug, der findes i Danmark. Men et forsigtigt skøn foretaget af Statens Institut for folkesundhed peger på ca. 15.000<sup>3</sup>. Det svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) er omkring 120 socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug.
- Ifølge Statens Institut for Folkesundhed havde 17 pct. af alle socialt udsatte i 2012 et alkoholmisbrug<sup>4</sup>. 84 pct. af de socialt udsatte, som havde et alkoholmisbrug, drak mindst fem genstande dagligt<sup>5</sup>.
- I 2011 havde 40 pct. af alle hjemløse mennesker i Danmark et alkoholmisbrug<sup>6</sup>. Især havde mange hjemløse ældre et alkoholmisbrug, eksempelvis 65 pct. af de 50-59-årige hjemløse mænd.
- I 2010 havde 11,5 pct. af alle heldøgnsindlæggelser i behandlingspsykiatrien en alkoholrelateret primærdiagnose (5.438 indlæggelser)<sup>7</sup>. Bemærk, at den samme person kan have været indlagt flere gange.
- Samme år havde omkring 50 pct. af de patienter, som modtog afrusningsbehandling i behandlingspsykiatrien, en psykiatrisk diagnose ud over alkoholafhængighed<sup>8</sup>.
- På baggrund af internationale undersøgelser fra perioden 1984 til 2004 skønnes det, at ca. en tredjedel af de alkoholafhængige uden for behandlingssystemet og op imod to tredjedele af de alkoholafhængige i behandling havde en eller flere personlighedsforstyrrelser (med størst forekomst i døgnbehandling)<sup>9</sup>.
- I 2008 blev der registreret knap 2.000 alkoholrelaterede dødsfald. Det er en stigning fra ca. 1.500 dødsfald i 2003<sup>10</sup>.
- I 2008 indgik 12.000 mennesker med skadeligt alkoholforbrug eller alkoholafhængighed i alkoholbehandling<sup>11</sup>. Alkoholbehandling defineres her som offentligt betalt alkoholbehandling efter Sundhedsloven ved alkoholbehandlingscenter og/eller medicinsk behandling med Antabus eller Campral<sup>12</sup>. Det er uvist, hvor stor en andel af disse personer, der var socialt udsatte.
- I 2010 blev der registreret 600 døgnforløb i alkoholbehandlingen<sup>13</sup>. Døgnbehandling er den anbefalede behandling til målgruppen af socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug<sup>14</sup>.

## Beskrivelse af målgruppen

Generelt er socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug en stærkt belastet og udsat gruppe. Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i 2012 på bestilling af Rådet for Socialt Udsatte en spørgeskemaundersøgelse vedrørende sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark (SUSY Udsat)<sup>25</sup>. Undersøgelsen tegner en sundhedsprofil af målgruppen og er samtidig en opfølgning på en tilsvarende sundhedsprofil udarbejdet i 2007.

SUSY Udsat-undersøgelsen er baseret på spørgeskemaer uddelt til socialt udsatte på ca. 140 herberger, væresteder, varmestuer, natcafeer, forsorgshjem og lignende sociale tilbud i mere end 40 danske byer. I alt har 1.157 personer i 2012 besvaret spørgeskemaet. Hvor andet ikke er angivet, er den nedenstående beskrivelse af målgruppen baseret på data fra SUSY Udsat-undersøgelsen 2012.

Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug i Danmark er karakteriseret ved følgende<sup>16</sup>:

- *Køn*  
Langt størstedelen er mænd. I 2012 bestod målgruppen af 86 pct. mænd og 14 pct. kvinder.
- *Komplekse problemer*  
Målgruppen har komplekse sociale problemer. I 2012 havde knap halvdelen (47 pct.) tre eller flere belastende livsomstændigheder ud over alkoholmisbruget, for eksempel psykiske vanskeligheder, stofmisbrug, hjemløshed og/eller fattigdom.
- *Forsørgelse*  
En meget lille del (3 pct.) af målgruppen har lønnet fuldtidsarbejde. I 2012 modtog 38 pct. kontanthjælp og 44 pct. førtidspension.
- *Bolig*  
Mange er hjemløse. I måneden op til SUSY Udsat-undersøgelsen i 2012 havde 37 pct. af målgruppen egen bolig, 33 pct. boede på herberg, pensionat eller forsorgshjem, 14 pct. levede på gaden/havde ingen bolig, 10 pct. boede på eget værelse.
- *Civilstatus*  
Størstedelen er enlige. I 2012 havde 79 pct. af målgruppen aktuelt ingen partner.
- *Kriminalitet*  
I 2012 havde 9 pct. af socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug inden for den sidste måned fået penge fra kriminalitet.
- *Stofforbrug*  
En meget stor del af målgruppen har samtidig et forbrug af andre rusmidler. I 2012 havde 50 pct. af de deltagere i SUSY Udsat, der havde et alkoholmisbrug, også røget hash inden for den sidste måned, og 16 pct. havde indtaget heroin. Blandt hjemløse mennesker med alkoholmisbrug havde 76 pct. i 2011 samtidig et misbrug af andre rusmidler<sup>17</sup>.
- *Psykisk helbredstilstand*  
I 2012 rapporterede 34 pct. af socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug at have været meget deprimerede, nedtrykte eller ulykkelige inden for en 14-dages periode. 27 pct. oplyste at have været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst i samme periode. Kvinder var oftere belastede af disse psykiske tilstande end mænd.



- *Sundhed*  
Sundhedstilstanden og den helbredsrelaterede livskvalitet hos socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug er generelt ringe. 48 pct. af målgruppen føler sig ofte stressede i hverdagen. Knap en tredjedel oplyser, at de har en længevarende sygdom. 30 pct. oplyser at have mindst fire sygdomme eller helbredsproblemer.
- *Dødelighed*  
I 2008 var der knapt 2000 registrerede alkoholrelaterede dødsfald i Danmark<sup>18</sup>. Det er uvist, hvor mange af disse dødsfald, der omfattede socialt udsatte.

## Den aktuelle udvikling i målgruppen

Andelen af socialt udsatte, som havde et alkoholmisbrug, faldt fra 2007 til 2012<sup>19</sup>. Til gengæld ser det ud til, at det var lidt mere belastede personer, der indgik i undersøgelsen bag SUSY Udsat i 2012, end i 2007:

- Andelen af socialt udsatte mennesker, som havde et alkoholmisbrug, faldt fra 25 pct. i 2007 til 17 pct. i 2012.
- 27 pct. af målgruppen følte sig ofte uønsket alene i 2007, mens det gjaldt 34 pct. i 2012.
- I perioden faldt andelen af socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug, der dagligt eller næsten dagligt så deres venner. I 2007 så knap 65 pct. af målgruppen ofte eller dagligt deres venner. I 2012 var andelen ca. 57 pct.

# Sociale indsatser, der virker

Socialt udsatte mennesker med et alkoholmisbrug har komplekse sociale og/eller psykiske vanskeligheder kombineret med et skadeligt alkoholforbrug eller alkoholfhængighed. Den kommunale indsats over for disse mennesker består derfor ofte af:

- En behandlingsindsats rettet mod alkoholmisbruget (psykosocial og/eller medicinsk)
- En bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation
- En sundhedsindsats rettet mod personens fysiske helbred
- En social og/eller psykiatrisk indsats rettet mod personens psykiske helbred
- En omsorgsorienteret indsats.

Både psykosocial og medicinsk behandling for alkoholmisbrug ydes efter Sundhedslovens § 141. De sociale tilbud i Danmark yder ikke alkoholbehandling efter Sundhedsloven. Men flere af de tilbud, som er målrettet socialt udsatte mennesker, forholder sig til et eventuelt alkoholforbrugs betydning for den enkeltes livssituation. Tilbuddene yder også en skadesreducerende indsats og medvirker til at bygge bro til alkoholbehandlingen. Det drejer sig for eksempel om forsorgshjem, beskyttede pensionater, alternative plejehjem, skæve huse, væresteder og støtte- og kontaktpersonordninger.

Fokus i dette notat er de sociale indsatser over for målgruppen, som er iværksat efter servicelovens bestemmelser, og som forholder sig til den enkeltes alkoholforbrug. Herunder hører især indsatser, der bygger bro mellem alkoholbehandling og den sociale indsats i kommunerne.

## Serviceoven om socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

*Serviceovens § 99 (støtte- og kontaktperson).*

Ifølge denne bestemmelse skal kommunen sørge for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med psykiske vanskeligheder, personer med et stof- eller alkoholmisbrug samt personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig. En støtte- og kontaktpersons funktion er at få kontakt med og yde støtte til de mest socialt udsatte mennesker, herunder for eksempel at bygge bro til alkoholbehandling

Med undtagelse af støtte- og kontaktpersonordningen ydes sociale indsatser over for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug efter paragraffer i serviceloven, som ikke retter sig specifikt mod denne gruppe. Det drejer sig for eksempel om hjælp, omsorg eller støtte efter servicelovens § 85. Formålet med disse indsatser er ifølge servicelovens § 81 at forebygge, at sociale problemer forværres, at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion, udviklings- og livsmuligheder, og at indsatsen er helhedsorienteret og afpasset den enkeltes behov.

Sundhedslovens § 141 er som nævnt indgangen til psykosocial og medicinsk behandling for alkoholmisbrug. Rådgivning og behandling for alkoholmisbrug er vederlagsfrit, og den enkelte har ret til frit at vælge alkoholambulatorium i eller uden for egen kommune. Behandling og rådgivning til mennesker med alkoholmisbrug skal ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det. Alkoholbehandling skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling.

Mange mennesker med alkoholmisbrug har samtidig psykiske vanskeligheder – de såkaldte dobbeltdiagnoser. Her kan den kommunale misbrugslæge henvise til psykiatrisk udredning i behandlingspsykiatrien. Gennem de seneste år har der været en del fokus på vigtigheden af at styrke koordinering af og samarbejde mellem den behandlingspsykiatriske indsats og den kommunale alkoholmisbrugsbehandling over for målgruppen<sup>20</sup>.

## Effekten af indsatserne

I forhold til alkoholbehandling af målgruppen peger ”Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale”, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen på, at:

- Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug kan med fordel tilbydes intensiv behandling med hyppig behandlingskontakt og eventuelt perioder med døgnbehandling. Det gælder især, hvis de ikke har noget netværk eller nogen tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Særligt vanskeligt stillede mennesker kan have behov for ’starthjælp’ i døgnregi for at komme i gang med en mere langsigtet ambulant alkoholbehandling.
- Gruppen af mennesker med samtidigt alkoholmisbrug og psykiske vanskeligheder bør behandles for de psykiske vanskeligheder parallelt med alkoholbehandlingen.
- En kombination af alkoholbehandling og beskæftigelsesindsats vil formentlig være en fordel for målgruppen på sigt<sup>21</sup>.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 en Medicinsk Teknologivurdering (MTV) vedrørende alkoholbehandling<sup>22</sup>. MTV’en er et meget grundigt studie af international forskningslitteratur, metaanalyser og undersøgelser, som er gennemført af en tværfaglig forskergruppe. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens hjemmeside for mere specifik viden om alkoholbehandling.

De sociale tilbud i Danmark yder som nævnt ikke alkoholbehandling efter Sundhedsloven. Men en del af de tilbud, som er målrettet socialt udsatte mennesker, forholder sig til et eventuelt alkoholforbrugs betydning for den enkeltes livssituation, yder en skadesreducerende indsats og medvirker til at bygge bro til alkoholbehandlingen. Det er begrænset, hvad der findes af dansk og international viden om effekten af denne type indsatser.

## Sociale indsatser, der virker over for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

I England udarbejdede man i 2009 officielle retningslinjer for alkoholbehandling (NICE)<sup>23</sup>. NICE bygger på en grundig oversigt over international forskning om effekt af alkoholbehandling. NICE-retningslinjerne handler ikke kun om selve alkoholbehandlingen, men også om sociale indsatser, der supplerer behandlingen og medvirker til at fastholde den enkelte i behandling. Nogle af retningslinjerne handler specifikt om mennesker med svære sociale og/eller psykiske vanskeligheder.

Over for gruppen af socialt udsatte med alkoholmisbrug og psykiske vanskeligheder anbefaler NICE afholdenhed som mål. Hvis en person ikke er indstillet på mål om afholdenhed, anbefaler NICE, at han eller hun ikke nægtes behandling, men at der arbejdes med et mål om skadesreduktion og et fortsat motiverende arbejde hen imod et mål om afholdenhed<sup>24</sup>.

Nedenfor ses en oversigt over metoder med dokumenteret effekt, der forholder sig både til alkoholforbruget og den enkelte persons øvrige problemer. De første to nævnte metoder indgår i NICE:

- *Case management*<sup>25</sup>  
Denne indsats giver en medarbejder ansvar for at hjælpe den enkelte med at få overblik over dennes problemer og søge relevant støtte fra andre tilbud/instanser. NICE anbefaler brug af case manager i forhold til de mest udsatte mennesker med alkoholmisbrug, fordi det kan øge deres deltagelse i behandling og forebygge frafald. I Danmark anvendes case management ofte af støtte- og kontaktpersoner eller ved bostøtte efter servicelovens § 85 med det formål at sikre borgernes mulighed for at opnå og bevare kontakt med omverdenen ud fra den enkeltes ønsker og behov.
- *Assertive Community Treatment-team (ACT-team)*<sup>26</sup>  
Flere studier dokumenterer positive effekter ved anvendelse af ACT-teams over for socialt udsatte mennesker med bl.a. alkoholmisbrug og psykiske vanskeligheder samt hjemløshed. Et ACT-team er et tværfagligt indsatsteam, der kan yde både social og praktisk støtte og egentlige behandlingsindsatser. Støtten gives udgående, for eksempel i borgerens hjem. Et ACT-team tager udgangspunkt i de udfordringer, den enkelte møder i sin hverdag. Indsatsen er helhedsorienteret og tværfaglig med fokus på det enkelte menneske, hvis ønsker er styrende for indsatsen. ACT-teamet sammensættes ud fra den enkeltes problemstillinger, og ydelsen leveres der, hvor personen er.

For socialt udsatte mennesker med samtidigt alkoholmisbrug og psykiske vanskeligheder kan brug af ACT-modellen bl.a. medvirke til at fastholde personen i behandling<sup>27</sup>. Mindre studier påviser en sammenhæng mellem brugen af ACT-modellen og øget udbytte af behandling, men der mangler fortsat et grundigere studie af dette<sup>28</sup>. ACT-teams anvendes i Danmark i Hjemløsestrategien, hvor der indgår medarbejdere fra misbrugsbehandlingen i et ACT-team. Det er dog endnu for tidligt at sige noget om indsatsens langsigtede virkning på den samlede situation hos hjemløse mennesker i Danmark – og dermed også om virkningen på målgruppens alkoholmisbrug.

I en dansk sammenhæng peger den Medicinske Teknologivurdering af alkoholbehandling fra 2006 på, at nedenstående indsats har en høj grad af effekt i forhold til reduktion af alkoholindtagelsen<sup>29</sup>:

- *Community Reinforcement Approach (CRA)*<sup>30</sup>  
CRA er en indsats, som har fokus på at styrke den enkeltes motivation, adfærd og netværk, samt koordinere alkoholindsatsen med andre støttende indsatser. CRA har især effekt på at nedbringe antallet af dage, der drikkes<sup>31</sup>.

CRA indeholder i sin oprindelige form<sup>32</sup>:

- Ordinerer af antabus
- En målrettet indsats for at motivere den enkelte til at indtage antabus
- Målrettet rådgivning af pårørende, især partnere
- Etablering af beskæftigelsestilbud til arbejdsløse
- Social færdighedstræning
- Råd og vejledning om sociale og rekreative aktiviteter
- Hjælp til at kontrollere drikketrang.

Internationale undersøgelser dokumenterer, at CRA er mere effektiv over for mennesker med svær alkoholafhængighed end 12-trinsmodellen. Der er moderat dokumentation for, at CRA kombineret med antabus er mere effektiv end standardbehandling kombineret med antabus. I forhold til vedvarende afholdenhed er der endnu ikke påvist klare resultater med CRA.

## Dokumentation på området socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

Indsamlingen af data på området foregår primært i forhold til alkoholbehandling gennem Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), der hører under Sundhedsstyrelsen. Formålet med NAB er at overvåge og følge den offentligt betalte alkoholbehandling i Danmark. Formålet er også at skabe et overblik over, hvem der er i behandling, og hvordan målgruppen er karakteriseret, sådan at man løbende kan holde øje med, om gruppen ændrer sig<sup>33</sup>. Målet er, at registerets data kan bruges i planlægningen af den nationale behandlingsindsats. Det er ikke muligt for kommunerne at udtrække data på cpr-nummerniveau fra NAB.

Sociale indsatser efter serviceloven over for målgruppen har sjældent primært fokus på alkoholmisbruget. Det samme gælder dokumentationen af indsatserne.

Social-, Børne- og Integrationsministeriet og KL har etableret et samarbejde omkring digitalisering af sagsbehandlingen på handicap- og udsatte voksne området (DHUV). Sagsbehandlingen er baseret på Voksenudredningsmetoden (VUM), der skal sikre en systematisk og helhedsorienteret afdækning af den enkeltes samlede behov og identifikation af den relevante indsats. Med VUM indsamles data på cpr-nummerniveau om borgernes problemstillinger<sup>34</sup>.

Fra 2013 skal alle kommuner elektronisk indberette en række data på voksenhandicapområdet løbende til Danmarks Statistik<sup>35</sup>. Data indberettes på cpr-nummer-niveau, og der anvendes et fælles begrebsapparat. Ydelser som alkoholmisbrugsbehandling er omfattet af indberetningen, men det er frivilligt, om kommunerne vil indberette under den overordnede kategori 'behandling'. På samme vis kan mennesker med alkoholmisbrug indberettes specifikt eller figurere under overkategorien 'sociale problemer'. Det er en del af aftalen, at kommunerne får adgang til benchmarking og ledelsesinformation på både aktivitets- og udgiftsdata på handicapområdet i FLIS, Fælleskommunal ledelsesinformation.

# Implementering af sociale indsatser

Implementering er en række konkrete aktiviteter, der har til formål at understøtte og iværksætte en specifik indsats<sup>36</sup>. Implementering er med andre ord de aktiviteter, der sættes i værk med henblik på at omsætte viden til konkret praksis. I det følgende afsnit gennemgås en række af de forhold, som ifølge implementeringsforskning har indflydelse på implementering af nye sociale indsatser. Indimellem eksemplificeres med indsatser over for målgruppen: socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug.

Helt overordnet bør kommunen ved implementering af nye indsatser være opmærksom på, at indsatserne oftest består af både 'hardware' og 'software'<sup>37</sup>. Med 'hardware' menes for eksempel en sagsbehandlingsmetode eller nye indsatser over for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug. Med 'software' menes eksempelvis nye samarbejdsrelationer og ændring af organisationskulturen. Ved implementering af nye indsatser skal man have øje for, hvad 'hardwaren' indeholder – men lige så meget for, hvordan den påvirker 'softwaren' i organisationen.

## Drivkræfter for implementering

Implementering fremmes gennem tre centrale drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering<sup>38</sup>. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved at have ekstra ledelsesmæssigt fokus på, at indsatsen leveres efter hensigten.

Drivkræfter og hæmmere for implementering er hinandens spejlbilleder<sup>39</sup>. Eksempelvis er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gør sig gældende for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, vil det fremme implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

## Drivkræfter for implementering<sup>40</sup>



### Ledelse som drivkraft

Alle succesfulde implementeringsprocesser har haft tydelig ledelsesmæssigt fokus og opbakning<sup>41</sup>. Chancerne for succesfuld implementering vil være små, hvis ikke ledelsen er med til at initiere implementeringsprocessen, understøtter den løbende, vælger de rigtige medarbejdere og kommunikerer målsætningerne.

Ledelsesopgaven har to aspekter. Dels den mere konkrete og tekniske, der handler om at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven. Dels aspektet omkring forandringsledelse, hvor ledelsens opgave er at drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgninger og vedvarende fokus på fremdriften.

### Kompetencer som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre – og at gøre det i praksis – er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge medarbejdere og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal denne have lige så meget fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis<sup>42</sup>.

Omkring kompetenceudvikling kan det slås fast, at forskningen entydigt diskvalificerer 'train and hope'-tilgangen<sup>43</sup>. Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle medarbejderne. De skal ligeledes have mulighed for at omsætte denne viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen<sup>44</sup>. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

## Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at få skabt en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen. Den handler også om at skabe et monitoreringssystem, der gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne<sup>45</sup>.

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen, for eksempel i form af behandlingsprotokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere den. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

Det er vigtigt løbende systematisk at overvåge og følge med i implementeringsprocessen<sup>46</sup>. Det gøres ved at indsamle de data, som vil give det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Samtidig er det vigtigt, at monitoreringsdata bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at identificere og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

## Faktorer, der påvirker implementeringen

De faktorer, der påvirker implementeringen, foregår typisk på fire niveauer<sup>47</sup>:

### Individuelle faktorer

De individuelle faktorer er de faktorer, der knytter sig til de enkelte medarbejders faglige og personlige adfærd og holdninger.

### Interpersonelle faktorer

De interpersonelle faktorer er samarbejdsrelationerne og kommunikationen mellem og på tværs af de medarbejdere, der skal levere indsatsen. De interpersonelle faktorer handler også om den kultur, som præger den organisation, hvor indsatsen skal implementeres.

Der kan være stor forskel på synet på alkoholmisbrug i de sociale tilbud. Nogle steder kan man være mere tilbøjelig til at acceptere skadesreduktion som den enkeltes endelige mål for indsatsen. Andre steder vil man i højere grad forsøge at arbejde hen mod afholdenhed som mål.

### Institutionelle faktorer

De institutionelle faktorer handler om den organisation, som indsatsen skal implementeres i, herunder de organisationsstrukturelle betingelser for samarbejde.

De komplekse problemer hos socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug betyder, at indsatsen ofte bør være sammensat af flere sociale og sundhedsfaglige tilbud. Det bør derfor medtænkes i implementeringen af nye indsatser over for målgruppen, at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører. Ikke mindst snitfladerne til alkoholbehandling, psykiatrien og beskæftigelsesområdet er afgørende<sup>48</sup>.



## Infrastrukturelle faktorer

De infrastrukturelle faktorer er den overordnede samfundsmæssige og politiske kontekst, som indsatsen skal fungere i. Herunder hører også de lovgivningsmæssige rammer omkring indsatsen.

Alkoholbehandling ydes med hjemmel i Sundhedsloven, uanset om målgruppen har sociale problemer og/eller psykiske vanskeligheder. Den sociale indsats over for socialt udsatte mennesker er defineret i serviceloven, men her er der ikke særligt beskrevne opgaver i forhold til den del af målgruppen, som har et alkoholmisbrug (med undtagelse af støtte- og kontaktpersonordningen).

Som det fremgår, er sociale indsatser komplekse størrelser, der skal fungere i komplekse kontekster<sup>49</sup>. Den helt centrale opgave i implementeringsprocessen er derfor så vidt muligt at tage højde for og håndtere de faktorer, der påvirker implementeringen. Det gøres gennem aktivt arbejde med drivkræfterne for implementering: ledelse, kompetencer og organisering.

## Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller blot i enkelte dele af den – og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser<sup>50</sup>. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*  
Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort, og man minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.
- *Domino*  
Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved denne strategi er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Derved kan man høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.
- *Kaskade*  
Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at implementeringen brydes ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulempene er, at det er en tidskrævende proces, og man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.
- *Små skridt*  
Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulempene er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de hidtil har gjort.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en 'one size fits all'-løsning, som det altid vil være bedst at bruge. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

## Kommunale udgifter til indsatser på alkoholområdet

I 2011 var de kommunale nettodriftsudgifter til alkoholbehandling og behandlingshjem for mennesker med alkoholskader 358,9 mio. kr.<sup>51</sup>. Heraf udgjorde udgifter til døgnbehandling ca. en tredjedel. Det samlede tal svarer til, at en kommune af medianstørrelse (43.300 indbyggere) havde en årlig udgift på omkring 2,8 mio. kr. til alkoholbehandling og behandlingshjem for mennesker med alkoholskader.

Kommunens udgifter til øvrige sociale, sundhedsmæssige eller beskæftigelsesrettede indsatser i forhold til målgruppen er ikke medregnet. Rådet for Socialt Udsatte har opgjort, at kommunerne i 2011 samlet anvendte omkring 18,5 mio. kr. til kontakt- og støttepersoner til personer med alkohol- og stofmisbrug<sup>52</sup>.

## Cost-effectiveness-analyser

I cost-effectiveness-analyser sammenholdes driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer) med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt. Cost-effectiveness-analyser giver også mulighed for at sammenligne forskellige indsatser. Eksempelvis kunne en sådan analyse vise udgiften til at få et bestemt antal personer fra målgruppen motiveret til at påbegynde alkoholbehandling ved hjælp af henholdsvis indsats A og indsats B.

Der findes aktuelt ingen danske cost-effectiveness-analyser af metoder til alkoholbehandling målrettet socialt udsatte mennesker.

## Cost-benefit-analyser

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Dvs. effekterne omregnet til en økonomisk værdi i kroner. Eksempelvis kunne en sådan analyse vise værdien i kroner af at nedsætte ASI-scoren hos deltagere i alkoholbehandling med 10 pct.

Der findes aktuelt ingen danske cost-benefit-analyser af alkoholbehandling målrettet socialt udsatte mennesker – hverken samlet set eller med fokus på udvalgte metoder.

# Initiativer for socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug

I afsnittet præsenteres en række af de igangværende initiativer på området, som er igangsat af Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

## Puljen sundhed til socialt udsatte (2010-2014)

<i>Målgruppe:</i>	Socialt udsatte mennesker med komplekse problemstillinger, for eksempel hjemløshed, alkohol- og stofmisbrug, sindslidelse.
<i>Formål:</i>	a. Udvikle relevante og tilgængelige sundhedstilbud til målgruppen b. Styrke sundhedsindsatsen over for målgruppen, herunder den sundhedsfremmende og forebyggende indsats c. Sikre brobygning til det øvrige sundhedsvæsen.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Projektets effekt måles bl.a. på følgende indikatorer: <ul style="list-style-type: none"><li>● Om målgruppen modtager sundhedsydelser – både i projektets tilbud og i kommunens resterende tilbud.</li><li>● Om målgruppen formår at opsøge og fastholdes i sundhedstilbud.</li></ul>
<i>Kontakt:</i>	Brøndby, Holstebro, Hvidovre og Næstved Kommune. Socialstyrelsens Voksenenhed.

## TUBA (2011-2013)

<i>Målgruppe:</i>	Unge i alderen 14-35 år, der er vokset op i hjem med alkoholmisbrug.
<i>Formål:</i>	At støtte den unge i at tage hånd om følelsesmæssige og sociale problemer med at vokse op i hjem med alkoholmisbrug.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Projektets effekt måles på følgende indikatorer: de unges evne til at håndtere egne problemer, og deres oplevede forhold til sig selv.
<i>Kontakt:</i>	Social-, Børne- og Integrationsministeriet

## Familieklubber (2011-2013)

<i>Målgruppe:</i>	Familier, hvor ét eller flere af familiens medlemmer har eller har haft et alkoholmisbrug. Målgruppen omfatter familiemedlemmer med alkoholmisbrug og pårørende, herunder børn over 14 år.
<i>Formål:</i>	At begrænse skaderne af et overdrevent alkoholforbrug for personer med alkoholproblemer og deres familier.
<i>Dokumentation og effekt:</i>	Klubbernes effekt måles på følgende indikator: medlemmernes fastholdelse af et ikke problematisk alkoholforbrug.
<i>Kontakt:</i>	Familieklub.dk. Socialstyrelsens Voksenenhed.

# Referenceliste

- 1 Pedersen, P.V. et.al (2012): *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*
- 2 Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (2010): *Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer*
- 3 Ulrik Becker et.al (2012): *Alkoholbehandling i kommunerne*
- 4 Pedersen, P.V. et.al (2012): *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*
- 5 Ibid.
- 6 Benjaminsen, Lars et.al. (2011): *Hjemløshed i Danmark 2011, National Kortlægning*
- 7 Center for psykiatrisk forskning Århus Universitet (2010): [www.psykiatriskforskning.dk/registre/psykiatrisk-centralregister/aarstabeller](http://www.psykiatriskforskning.dk/registre/psykiatrisk-centralregister/aarstabeller). Tabel 18. Alle heldøgnsindlæggelser fordelt efter køn, tidligere heldøgnsindlæggelse og aktionsdiagnoser, ICD10 med tre cifre
- 8 Ibid.
- 9 Becker, Ulrik et.al. (2008): *Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale*
- 10 Sundhedsstyrelsen (2010): *Tal på alkohol i kommunerne.*
- 11 Ibid.
- 12 Ulrik Becker et.al (2012): *Alkoholbehandling i kommunerne*
- 13 Særtræk fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). 'Behandlinger' dækker over alle forløb, der blev påbegyndt i det pågældende kalenderår, eller som var påbegyndt i et tidligere kalenderår, og stadig var i gang
- 14 Becker, Ulrik et.al. (2008): *Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale*
- 15 Pedersen, P.V. (2012): *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*
- 16 Ibid.
- 17 Benjaminsen, Lars et.al. (2011): *Hjemløshed i Danmark 2011, National Kortlægning*
- 18 Sundhedsstyrelsen (2010): *Tal på alkohol i kommunerne.*
- 19 Ibid.
- 20 Hagensen, P. et.al (2011): *En tværfaglig udfordring - Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug.*
- 21 Becker, Ulrik et.al. (2008): *Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale*
- 22 Nielsen, Anette Søgaard et al. (2006): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*
- 23 National Institute for Health and Clinical Excellence. [http://www.nice.org.uk/aboutnice/about\\_nice.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/about_nice.jsp)
- 24 Nielsen, Anette Søgaard et al. (2006): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*
- 25 National Institute for Health and Clinical Excellence (2011): *Alcohol-use disorders. Diagnoses, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE clinical guidelines 115.* <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13337/53191/53191.pdf>
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 Ibid.
- 29 Nielsen, Anette Søgaard et al. (2006): *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*
- 30 Ibid.
- 31 Berglund M, Thelander S, Johnson E. (2003): *Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review*

- 32 Sisson R, Azrin N. (1989): "The community reinforcement approach". I Hester RK et.al (red.) (1989): *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*
- 33 Sundhedsstyrelsen, Enhed for Sundhedsdokumentation (2010): *Fællesindhold for registrering af alkoholikere i behandling*
- 34 Social- og Integrationsministeriet og KL (2012): *Voksenudredningsmetoden. Metodehåndbog*
- 35 Social- og Integrationsministeriet, KL, Danmarks Statistik, Danske Regioner og Finansministeriet (2011): *Aftale om national dokumentation på handicapområdet*. Link: <http://www.sm.dk/Temaer/velfaerdsudv/dokumentation/handicap>
- 36 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 37 Rogers, E. M. (2005): *Diffusion of innovations (5th edition)*
- 38 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 39 Ogden, T. (2012): *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*.
- 40 <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>
- 41 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 42 Ibid. og Hamm, M. S. et al. (1989): "The Conditions of effective implementation – A guide to Accomplishing Rehabilitative Objectives in Corrections". *Criminal Justice and Behavior*. 16(2)
- 43 Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Gearing, R. et al (2011): "Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation". *Clinical Psychology Review*. 31.
- 44 Guldbrandsson, K. (2008): *From News to Everyday use – The difficult art of implementation*. Statens Folkhälsoinstitut
- Kotter, J. (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 45 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*. 18(2)
- 46 Durlak, J. og DuPre, E. (2008): "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Dusenbury, L. et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*. 18(2)
- Fixsen, D. et al (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- 47 Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey & K. Walshe (2004): *Realist Synthesis: An introduction* ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004
- 48 Socialt Udviklingscenter SUS (2011): *En tværfaglig udfordring. Undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug*.
- 49 Pawson, R., T. Et al. (2004): *Realist Synthesis: An introduction*. ESRC Research Methods Programme. University of Manchester. RMP Methods Paper 2/2004
- 50 Kræmmer, M et al. (2009): *Change and effect*.
- 51 Rådet for Socialt Udsatte (2011): *Nøgletal om kommunale udgifter til sociale indsatser for socialt udsatte mennesker*
- 52 Ibid.







SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)