

Bilag 2 – dokumentation til udvikling af  
misbrugsstrategi

# Evaluering af Sektorplan for stofmisbrugs- området 2006- 2008

## Bilag 2: Evaluering af sektorplan for stofmisbrugsområdet 2006-2008

<b><u>Bilag 2: Evaluering af sektorplan for stofmisbrugsområdet 2006-2008</u></b>	<b>3</b>
<u>Evalueringens kilder</u>	3
<u>Mål og principper</u>	3
<u>Rammerne</u>	3
<u>Behandlingspopulationen – status og udviklingstendenser i perioden 2006-2009</u>	4
<i><u>Skøn over antallet af stofmisbrugere og mørketallet</u></i>	4
<i><u>Behandlingspopulationen 1998-2009</u></i>	4
<i><u>Alder</u></i>	5
<i><u>Etnisk baggrund</u></i>	6
<i><u>Hovedstof og behandlingstype</u></i>	6
<i><u>Hovedstof</u></i>	6
<i><u>Behandlingstype</u></i>	7
<i><u>Dobbeltdiagnoser</u></i>	7
<i><u>Somatisk Sygelighed</u></i>	8
<i><u>Dødelighed</u></i>	8
<i><u>Pleje- og omsorgsbehov</u></i>	10
<i><u>Forsørgelse</u></i>	12
<i><u>Nye i behandling</u></i>	13
<i><u>Hjemløshed</u></i>	14
<i><u>Kriminalitet blandt stofmisbrugere i behandling</u></i>	14
<u>Organisationsudvikling</u>	15
<i><u>Ny struktur – modtageenheder og behandlingenheder</u></i>	15
<i><u>Centerdannelsen</u></i>	16
<i><u>Integration af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen</u></i>	16
<i><u>Udbygning af de fremskudte lavtærskeltilbud</u></i>	16
<i><u>Alternative plejehjem</u></i>	16
<i><u>Hvordan sikre en helhedsorienteret indsats</u></i>	16
<u>Tilgængelighed</u>	17
<i><u>Nye i behandling</u></i>	17
<i><u>Unge</u></i>	18
<i><u>Gadescenen</u></i>	19
<i><u>Stofmisbrugere i Fængsel</u></i>	21
<i><u>Barrierer mod at søge behandling – udfordringer for tilgængeligheden</u></i>	21
<u>Trinbehandling</u>	22

<u>Trin-1 behandlingen og 180-dages-reglen</u>	23
<u>Alternativer til 180-dage</u>	24
<u>Specialisering og målretning af den længerevarende substitutionsbehandling</u>	24
<u>Retention</u>	24
<u>En aldersmæssigt skæv gruppe</u>	25
<u>Behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsbehandling</u>	26
<u>Differentierede tilbud til kronisk afhængige?</u>	26
<u>Forandringspotentialer blandt de ”yngre” på behandlingsenhederne?</u>	27
<u>Social støtte til gruppen med et ”højt funktionsniveau”</u>	27
<u>Substitutionsbehandling og psykisk sygdom</u>	28
<u>Afpassning af behov og ydelser</u>	28
<u>Ungeindsatsen</u>	29
<u>Den primære forebyggelse</u>	29
<u>Indsatsen over for unge med misbrug</u>	29
<u>U-turns aktiviteter 2005-2009</u>	30
<u>Behandling</u>	30
<u>Rådgivningen:</u>	30
<u>Øvrige aktiviteter.</u>	31
<u>Resultater af indsatsen</u>	31
<u>Ungegrupper, der ikke nås med den hidtidige indsats?</u>	33
<u>Opfølgning på målsætning og resultat og ydelsesmål: 2006- 2008</u>	34
<u>Flere unge med anden etnisk baggrund i behandling</u>	34
<u>Forebyggelse af uønskede graviditeter</u>	35
<u>Forebyggelse af skader på børn af stofmisbrugere</u>	36
<u>Behandlingsmål: Reduktion af stof-kriminalitets- og psykisk belastning</u>	37
<u>Resultater af den stoffrie behandling</u>	39
<u>Kvalitetsudvikling af substitutionsbehandlingen</u>	39
<u>Personaleomsætning og kompetenceudvikling</u>	40
<u>Den sociale handleplan</u>	41
<u>Koordination af behandling og beskæftigelsesindsatsen</u>	42
<u>Hjemløse-indsatsen på stofmisbrugsområdet</u>	43
<u>Koordination med Kriminalforsorgen</u>	43
<u>Sygdomsbekæmpelse, sundhedsfremme og reduktion af dødelighed</u>	44
<u>Dokumentation</u>	44
<u>Skadesreduktion/ legaliseringstiltag</u>	44
<u>Fixerum</u>	45
<u>Heroinbehandling</u>	45
<u>Forsøg med afkriminalisering af hashhandel</u>	45
<u>Perspektivering</u>	47

## ***Evalueringens kilder***

Denne evaluering er baseret på skriftlige bidrag fra Rådgivningscenter København, Center for Misbrug, Center for specialinstitutioner, Uturn, politisk vedtagne dokumenter samt på en række forsøgsrapporter og øvrig dokumentation, der beskriver udviklingen af stofmisbrugsområdet og indsatsen bredt i perioden.

En del af dokumentationen er baseret på træk fra Københavns Kommunes register over stofmisbrugere i behandling (Statusforskningsystemet) samt træk fra en række andre registre, hjemløseregistret samt psykiatriregistret. Der er også trukket rapporter fra Socialforvaltningens Ledelsesinformation SOFDW under misbrug.

## ***Mål og principper***

Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrug 2006-2008" blev vedtaget af SUD november 2006. Den afløste en tidligere sektorplan for perioden 2001-2003, som var blevet forlænget indtil den nye sektorplan blev vedtaget i 2006.

Den overordnede målsætning for sektorplanen for perioden 2006-2008 var: "At brugeren opnår et bedre liv, via stoffrihed eller medicinsk behandling af stofafhængighed og gennem afhjælpning af sociale, fysiske og psykiske skader".

De styrende principper for indsatsen var:

- Helhedsorientering og social integration
- Målstyring (målsætning og resultatmål)
- Shared care (fx samordning med sundhedssystemet, ældreplejen)
- Trinbehandling (ikke yde mere intensiv indsats, end der er indikation for)

## ***Rammerne***

Stofmisbrugsbehandlingen varetages i henhold til Serviceloven §101, lov om social behandling af stofmisbrug, herunder bestemmelser om 14-dages behandlingsgaranti og frit valg af behandlingssted og Sundhedslovens § 142 stk. 1 om lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling).

## **Budget 2006-2010**

Stofmisbrugsbehandling t. kr.	2006	2010
-------------------------------	------	------

Samlet budget, stofmisbrugsbehandling	157.287	165.364
Misbrugspulje, stofmisbrug (køb af pladser til døgn/dagbehandling)	30.924	27.014
Ambulant behandling	106.854	111.353
Kommunale døgnpladser	16.246	14.031
Dagcentre, Stæren og Enghaven	-	3.710
Sundhedsteam + Sundhedsrum, kommunalt finansieret	2.708	4.201

Andre projekter, finansieret af SATS-puljemidler	2010
Sundhedsrummet, medfinansiering	2.000
Flinterupgård, Botilbud til psykisk syge stofmisbrugere	5.640
Omsorgsboliger for ældre stofmisbrugere, Forchhammersvej	3.100
Cleanhouse	6.200
Herointilbuddet Valmuen	27.000

I perioden fra 2006 til 2010 er *misbrugspuljen* til køb af enkeltpladser reduceret, hvor 2,4 mio.kr. er reduktion, 1,5 mio. kr. skulle hentes ind gennem prisnedsættelser. I løbet af perioden er der i stigende grad købt dagbehandlingstilbud frem for døgnbehandling.

Stofmisbrugsbehandlingen er altovervejende ambulante tilbud, hvilket også ses i at udgifterne til ambulant behandling udgør 2/3 af det samlede kommunale budget. Imidlertid er den ambulante behandling sammensat af tilbud med differentieret intensitet og indhold, nogle tilbud indeholder kun lægefaglige ydelser, andre indeholder lægefaglige, socialfaglige og pleje- og omsorgsydelser, afhængig af målgruppens problematikker og kompleksitet.

I perioden fra 2006 til 2010 er der søgt at udvikle og organisere behandlingstilbuddene efter trinbehandlingens ide, således at de modsvarer forskellige målgruppers behov for hhv. en misbrugsfaglig kerneydelse, supplerende ydelser (af social- sundhedsfaglig) art. I 2010 er heroinbehandlingens kommet til som et statsligt finansieret tilbud til en særlig målgruppe – i dette tilbud adresseres alle misbrugerens tilstødende problematikker.

## **Behandlingspopulationen – status og udviklingstendenser i perioden 2006-2009**

### **Skøn over antallet af stofmisbrugere og mørketallet**

Det seneste skøn fra 1996 over antallet af problematiske stofmisbrugere i København anslog, at der var 6000 problematiske stofmisbrugere i Københavns Kommune. Sundhedsstyrelsen har opdateret skøn over udviklingen fra 1996 til 2005 på landsplan, hvor der skønnes en stigning på ca. en tredjedel, samtidig med at man skønner, at stigningen fortrinsvist skyldes en stigning i misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer, og at man skønner en reduktion i antallet af opiaafhængige. Hvis denne udvikling skal overføres på København kan man antage, at skønnet over antallet af problematiske stofmisbrugere er steget med 2000 til ca. 8000 fra 1996 til 2005. Der er for nylig et skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark<sup>1</sup> på 13000, hvor halvdelen skønnes at være øst for Storebælt og formentlig flest i Hovedstadsregionen. Undersøgelsen viser, at ca. halvdelen ikke er kendt i behandlingssystemet.

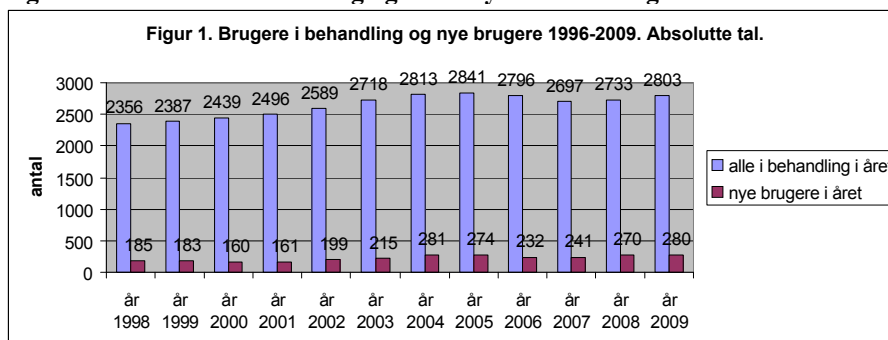
Københavns Kommunes behandlingssystem er årligt i kontakt med ca. 3000 stofmisbrugere, så man må konstatere, at man mangler kontakt med mindst ca. 5000 (mørketallet), hvoraf en ikke uvæsentlig andel er injektionsmisbrugere.

Der afventes snarest et fornyet landsdækkende skøn fra Sundhedsstyrelsen, som omfatter samtlige brugergrupper.

## Behandlingspopulationen 1998-2009

I 2009 runder antallet af stofmisbrugere i behandling på årsbasis 2800. Stigningen kan delvist forklares med flere nye i behandling i 2008 og 2009.

**Figur 1. Antal i alt i behandling og antal nye i behandling 1996-2009.**



Kilde: Status-forskningssystemet.

## Alder

Det er de voksne misbrugere, der er flest af i behandlingssystemet. Gennemsnitsalderen er svagt stigende fra 41 år i 2006 til 42 år i 2009. Lidt over en fjerdedel er over 50 år gamle. De ældre fylder især blandt

<sup>1</sup> Christensen, P.B, Grasaasen K, Sælan H. Skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark. Upubliceret 2009.

gruppen i længerevarende substitutionsbehandling.

Blandt de nye i behandling ses i perioden 2006-2009 en tendens til, at nye i behandling bliver ældre. Gennemsnitsalderen blandt nye, der søger behandling, stiger fra 30 i 2006 til ca. 33 år i 2009. Dette skyldes en stigning i gennemsnitsalderen blandt især nye hash- og heroinbrugere, hvor gennemsnitsalderen øges fra for hashbrugernes vedkommende fra 28,5 år i 2006 til 31,2 år i 2009. De tilsvarende tal for heroinbrugere er 32,9 år i 2006 og 37,7 år i 2009. Til sammenligning kan nævnes at for landet som helhed ligger gennemsnitsalderen for nye brugere, der søger behandling stabilt på 27/28 år i hele perioden.

Der kan være flere forklaringer på den stigende alder for nye i behandling. Der kan være tale om, at hashmisbrugere, der tidligere ikke mente at kunne finde et relevant behandlingstilbud, nu søger behandling efter at det er blevet bredt udmeldt, at der er et tilbud til denne gruppe. Dette understøttes af, at hashmisbrugerne typisk har været aktive stofmisbrugere gennem 18-20 år, inden de søger behandling. Når det gælder den stigende alder blandt nye heroinmisbrugere, kan forklaringen være, at misbrugsmønstret, hvad angår heroin har ændret sig, således at det ikke længere er et stof, der vælges til af helt unge, men er et stof, der vælges til af en ældre population.

Dette peger på, at behandlingssystemet skal være synligt og let tilgængeligt for alle målgrupper, og at ændringer i misbrugsmønstret eller ændrede holdninger til stofbrug i samfundet bør følges af aktiviteter, der sikrer, at der er tilgængelig viden om behandlingsmuligheder til stede for at sikre en så tidlig og relevant indsats som mulig.

## **Etnisk baggrund**

Andelen af brugere i behandling med anden etnisk baggrund end dansk er stort set stabil i opfølgingsperioden – andelen svinger mellem 11 og 12% blandt samtlige. Andelen af hhv. første og 2. generationsindvandrere er stort set også den samme i perioden. Førstegenerationsindvandrere er fortsat i overtal blandt dem, man ser i behandling. De 12% fordeler sig med 10% på første generation og 2% på anden generationsindvandrere. Det ser ud til, at andelen af brugere med anden etnisk baggrund end dansk svarer nogenlunde til deres andel af befolkningen, men der er visse forhold, der tyder på, at især efterkommere og brugere med en kriminel baggrund er underrepræsenteret. Oplysninger fra Projekt over Muren<sup>2</sup>, som er et behandlingstilbud til indsatte i de Københavnske fængsler viser, at man her får en behandlingskontakt med en større gruppe efterkommere,

<sup>2</sup> Særudtræk fra Projekt over Muren (POM) for 2009.

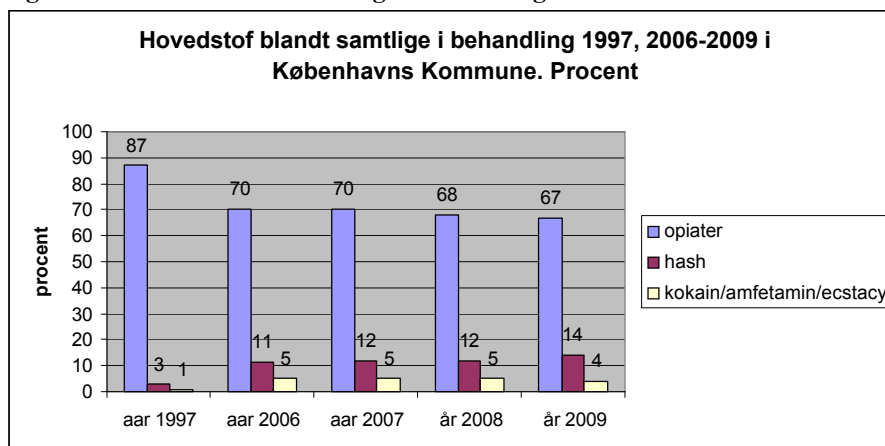
hvoraf hovedparten ikke har haft behandlingskontakt tidligere. I 2009 havde man i Projekt over Muren kontakt til 363 personer, hvoraf kun 63% var etnisk danske, og 14% var efterkommere, som rummer 2 og 3. generationsindvandrere.

## Hovedstof og behandlingstype

### Hovedstof

Siden 1997 og fortsat efter 2006 falder andelen af brugere, der er opiatafhængige fra 87% til omkring 67% (se figur 2). Tilsvarende øges andelen med hash og/ eller kokain som hovedstof.

Figur 2. Hovedstof blandt samtlige i behandling.



Kilde: Status-forskningsystemet.

### Behandlingstype

I perioden 2005 til 2009 ses et relativt fald i visitationer til metadonbehandling fra 43% i 2005 til 33% i 2009. Andelen, der tilbydes buprenorphin (ca. 6 procent) er stabil i perioden. Andelen, der tilbydes stoffri behandling øges fra 54% i 2006 til 62% i 2009.

Blandt nye brugere i behandling tilbydes mellem 80 og 90% i perioden 2005- 2009 stoffri behandling som første tilbud.

## Dobbeltdiagnoser

Psykiske problemer optræder i et stort omfang blandt gruppen af stofmisbrugere – i lettere eller sværere grader. Sundhedsstyrelsen<sup>3</sup> refererer til undersøgelser, der viser, at der hos mellem 60-70% af stofmisbrugere i behandling findes en psykiatrisk lidelse, hvoraf langt størstedelen hører til i kategorien personlighedsforstyrrelser og

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen (2008a) Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Vejledning nr. 42 af 1.juli 2008.



affektive tilstande (angst, depression) og en mindre del tilhører kategorien psykotiske lidelser.

Ca. en tredjedel af stofmisbrugere i behandling indenfor de seneste 8 år har haft mindst én kontakt med det psykiatriske behandlingssystem og fået en psykiatrisk diagnose <sup>4</sup>. Blandt nye brugere er andelen 41%. Der er tale om flere kontakter i løbet af den undersøgte periode. 19% har haft 1-3 kontakter med det psykiatriske system, 9% af brugerne har haft mellem 4 og 10, og 4% har haft mere end 11 kontakter med det psykiatriske behandlingssystem.

Blandt misbrugere på gaden er de psykiske problemer fremtrædende hos en del af brugerne, og de opsøgende medarbejdere varetager en del brobygningsaktiviteter i relation til psykiatrien <sup>5</sup>.

Også mindre svære problemer, som ikke har udløst en kontakt til det psykiatriske system og en diagnose forekommer relativt hyppigt blandt brugerne. Der er tale om fx depressive symptomer eller symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser og manglende impuls kontrol. Fx viste det sig, at blandt hash- og kokainprojektets relativt velfungerende brugergruppe<sup>6</sup>, viste ca. 20% symptomer på ADHD.

Rådgivningscentret anfører i deres beretning, at *”psykiatrien henviser flere og flere unge mennesker med svære psykiatriske lidelser og misbrug, typisk hash, kokain eller amfetamin. Psykiatrien oplever, at de ikke kan rumme den gruppe og mener samtidig, at de ikke er belastede nok til fx Sct. Hans. I behandlingssystemet er det til gengæld ofte vurderingen, at misbrugstilbuddene ikke kan modsvare behandlingsbehovet hos denne gruppe brugere, fordi den psykiatriske lidelse er for behandlingskrævende.”*

Rådgivningscentret stiller spørgsmålstegn ved om den nuværende aftale mellem regionen og kommunen om behandlingsansvaret for de psykisk syge stofmisbrugere er tilstrækkelig og ønsker den revideret, sådan at brugerne ikke falder mellem to stole.

## **Somatisk sygelighed**

Stofmisbrugernes sygdomsprofil er – grundet deres meget belastede livsstil - langt dårligere, end deres alder tilsiger. Dette bidrager til den

<sup>4</sup> Særudtræk fra psykiatiregistret, hvor borgere i København, der i perioden 2000-2008 (okt) har været registreret med en henvendelse til det psykiatriske behandlingssystem, er blevet samkørt med Status-forskningsystemets behandlingspopulation for 2007.

<sup>5</sup> Brobyggerne på Indre Vesterbro, evaluerende rapport 2006-2009. Udarbejdet af Rasmus Christiansen og Dannie Hansen,

<sup>6</sup> Rapport om gruppebehandling af hash-og kokainmisbrug, målgruppe, metoder og resultater. Udarbejdet af Dorrit Pedersen, Socialforvaltningen febr. 2010.

store overdødelighed blandt stofmisbrugere i behandling i forhold til den almindelige befolkning på 10 gange. Hyppigt forekommende er de smitsomme leverbetændelser og HIV.

Stofmisbrugerne er – primært på grund af injektionsadfærd -i øget risiko for at få smitsomme sygdomme som HIV og Hepatitis. HIV-epidemien har ligget på et stabilt lavt niveau, hvad angår spredning, de senere år. På landsplan fandt man i 2008 12 personer som nydiagnosticerede intravenøse stofmisbrugere. Det fremgår ikke, hvor mange der var københavnere.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere er nogenlunde konstant og muligvis faldende, højst sandsynligt som følge af en øget vaccinationsindsats<sup>7</sup>.

Blodpropper og blodforgiftninger samt komplikationerne hertil, såsom amputationer af ben og arme eller hjerteklapbetændelse, er ligeledes hyppigt forekommende lidelser.

### *Dødelighed*

Gennem de sidste 10 år har dødeligheden været ca. 2% blandt stofmisbrugere i behandling om året. Blandt brugere i substitutionsbehandling er dødeligheden højere og har ligget på 3%.

**Tabel 1. Dødeligheden blandt stofmisbrugere i behandling 2008.**

ALDERSGRUPPER	ANTAL DØDE 2008	SAMTLIGE BEHANDLING 2008	I PROCENT
30 og yngre	1	354	0
31-49	33	1.565	2
50 og ældre	32	812	4
IALT	66	2.731	2

**Kilde: SOFDW rapport: Misbrug/ Dødelighed.**

Dødeligheden blandt brugere i behandling har været stabil i en årrække – enkelte år har den været højere. Den højere dødelighed blandt brugere i substitutionsbehandling skyldes, at disse brugere gennemgående er ældre end de øvrige brugere. Som det ses i tabel 1 øges dødeligheden markant med alderen. I 2009 er dødeligheden blandt brugere i behandling steget til 3%. Dette skyldes, at dødeligheden er steget til 5% blandt gruppen over 50 år. Dette er bl. a. udtryk for at den ældre gruppe bliver ældre med årene (se figur 3 nedenfor), men uanset dette er overdødeligheden markant stor i denne gruppe sammenlignet med normalbefolkningen. Overdødeligheden blandt den ældre gruppe antages at være begrundet i svækkelse og sygdomme og ikke forgiftninger og overdoser.

<sup>7</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009, udgivet af Sundhedsstyrelsen.

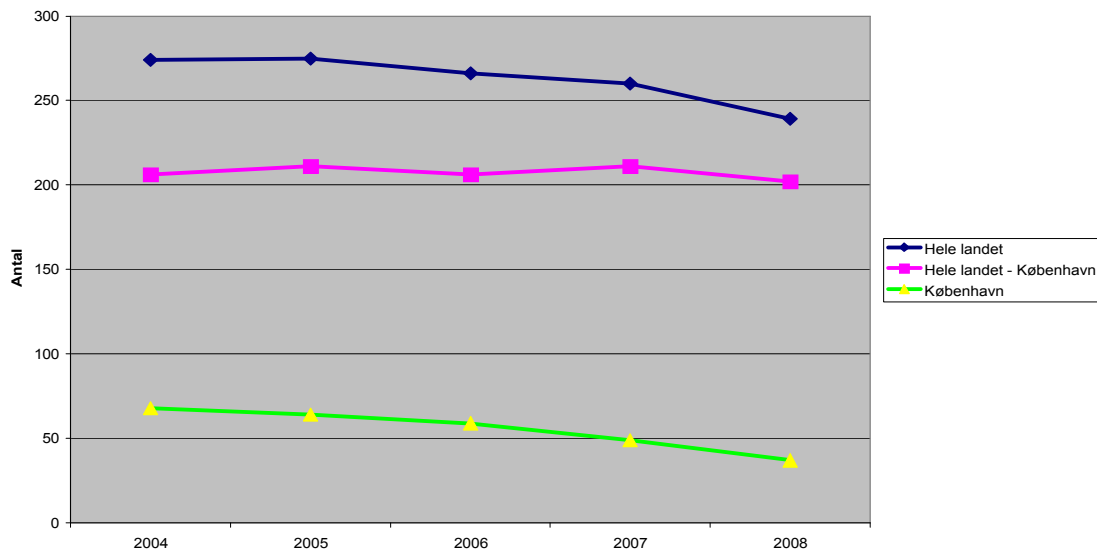
**Figur 3. Gruppen på 60 år og derover, fordelt på 1-årsaldersgrupper 2001-2009**

alderJust	aar2001	aar2002	aar2003	aar2004	aar2005	aar2006	aar2007	aar2008	aar2009
60	3	4	2	4	11	13	7	23	25
61	2	3	3	3	5	11	12	7	20
62	4	2	2	3	1	5	12	13	7
63	1	4	2	3	3	2	5	8	10
64	1	1	3	2	1	2	2	5	6
65		1	1	3	2	1	2	2	5
66	2		1		3	2	1	2	2
67	1	2		2	1	2	2	1	1
68	2	1	2	1	2	2	2	2	1
69	1		1	2	1	2	2	2	2
70				1	2	1	1	3	2
71					1	2	1		2
72	1	1				1	2	1	
73		1	1				1	2	1
74			1					1	2
75				1					1

Samtidig med at dødeligheden blandt brugere i behandling samlet set er steget fra 2 til 3%, har man i perioden fra 2004 til 2008 kunnet konstatere et faldende niveau i København, hvad angår stofmisbrugsrelaterede dødsfald (se figur 4). Dette er enestående for København. I det øvrige land er tendensen ikke faldende. Man kan antage, at den øgede opsøgende sociale og sundhedsfaglige gadeindsats samt en effektiv ambulanceindsats i Københavns Kommune er baggrunden for den forskellige udvikling i København og resten af landet.

**Figur 4. Narkotikakarelaterede dødsfald 2004-2008.**

Narkotikarelaterede dødsfald 2004 - 2008. Hele landet og Københavns Politikreds



Kilde: Rigspolitichefen.

## Pleje- og omsorgsbehov

Den øgede sygelighed blandt stofmisbrugere medfører et behov for pleje- og omsorg ofte allerede i 40-50 års-alderen. Da en stor del af de ældre opiatafhængige har levet et socialt marginaliseret liv og har en adfærd og en livsstil, der ikke er forenelig med hovedparten af beboerne på de ordinære plejehjem- og da de samtidig vil være en del yngre end den almindelige plejehjemsbeboer, skal der tænkes alternativt, når denne gruppes pleje- og omsorgsbehov skal imødekommes.

For at afdække det aktuelle udækkede behov for pleje og social støtte er søgningen til plejeafdelingen på Forchhammersvej undersøgt, og der er foretaget en høring blandt behandlingstilbud til ældre opiatafhængige.

Antallet af midlertidige ophold på plejeafdelingen på Forchhammersvej i 2009 er opgjort nedenfor i tabel 2.. Det vurderes, at langvarige eller gentagne ophold på plejeafdelingen er en indikator for et udækket plejebæhov af mere permanent karakter.

I alt 113 brugere har tilsammen haft 188 ophold. Nedenfor ses en opdeling efter opholdsvarighed.

**Tabel 2. Antal ophold på Plejeafdelingen Forchhammersvej 2009, opdelt efter opholdsvarighed.**

	0-14 dage	15-30 dage	31-90 dage	Over 90 dage
Plejeafdelingen	94	40	14	10

Det ses, at 24 af opholdene overskrider den ”normale opholdstid”, der er sat til 2-4 uger. En optælling viser, at 25 personer har haft 2 ophold i 2009, 14 personer har haft 3 ophold og 4 personer har haft 4 ophold i året 2009.

Man kan se dette opholdsmønster som en indikator for, at plejeafdelingen i flere tilfælde dækker behov, som burde dækkes af tilbud med pleje- og omsorgsfunktioner af mere stabil karakter.

Som nævnt ovenfor er der foretaget en høring blandt de behandlingstilbud, hvor de ældre opiatafhængige typisk er tilknyttet med henblik på at afdække behovet for forskellige pleje- og omsorgsforanstaltninger. Formålet var at danne et fornyet skøn over behovet til brug for den kommende misbrugsstrategi.

Udover en mere summarisk opgørelse over behovet for pleje- og omsorgspladser, så viste høringen en række eksempler på ”snitfladeproblematikker” hvor stofmisbrugere med psykiske lidelser eller handicaps, som afstedkom varige omsorgs- og plejebestanden havde vanskeligt ved at få adgang til de tilbud, der skulle imødekomme disse behov. Nedenfor refereres nogle af de eksempler fra Behandlingsenheden Nord, som kom frem under høringen.

*”Blind efter ætseskade i sommeren 2009. Handicapcenter vedkender sig sagen efter noget tovtrækkeri. Klienten bor midlertidigt hos ekskone indtil februar 2010, hvor han placeres i midlertidigt aflastningstilbud på Tomatvej. April 2010 endnu ingen endelig placering”*

*”Mistet begge arme efter elulykke dec. 2008 efterfølgende længerevarende hospitalsophold indtil overflytning til aflastning i Thorsgade marts 2009 til juni 2009 hvor han smides ud derfra og installeres i egen ikke handicapegnet lejlighed. Samme måned godkendt til §108-bolig men der er ventetid, og han bor stadig i egen lejlighed. Viso er konsulteret for en løsning af sagen.”*

*”Hjerneskadet mand boet på omsorgshjem april 2008 og går derfra marts 2010. I opholdsperioden visiteres han bolig jvf. SEL§107 i foråret 2009, men handicapcenteret har endnu ikke fundet relevant bolig. Aktuelt bor klienten på natherberget Sundholm.”*

*”Mand opereret okt 2009 og derefter lammelser hvorfor han overførtes til Genoptræning på Hornbæk. Nu færdigbehandlet derfra april 2010 og overført som midlertidig foranstaltning til psykiatrisk plejehjem Lindegården i Roskilde. Er plaget af balance problemer,*

*spastiske lammelser m.m. og bruger rollator indendørs og kørestol udendørs. Stadig tovtrækkeri om hvem der har ansvaret for en sådan patient.”*

*”Mand vurderet som dement tilknyttet hjemmeplejen og boende i Lundtoftegade. Henvist til E-huset der afviste grundet lang venteliste og at klienten er stofafhængig. Boende på 3. år i Lundtoftegade uden udsigt til anden bolig.”*

På baggrund af høringen skønnes følgende behov for hhv. socialt understøttede botilbud og længerevarende plejeophold.

Det konkluderes, at der i fremtiden vil være efterspørgsel efter botilbud med sociale bofællesskaber og socialpædagogisk tilsyn, både i form af opgangsfællesskaber som i Lundtoftegade eller mere forpligtende fællesskaber som Kollektivhuset på Bellahøj. Det vurderes, at placering uden for belastede boligkvarterer vil være at foretrække.

Det udækkede behov for opgangsfællesskaber blev opgjort til ca. 20 pladser, og tilsvarende for mere superviserede botilbud ca. 20 pladser.

Vurderingen af det aktuelle udækkede behov for alternative intensive pleje- og omsorgspladser er ca. 10 pladser. Her tænkes på pladser, der modsvarer Plejekollektivet på Sundholm, som er et terminalt plejetilbud.

Inden for de nærmeste 5 år skønnes der at være behov for yderligere 20 alternative plejepladser. Dette skøn er imidlertid behæftet med en vis usikkerhed. Der indgår overvejelser over, hvor mange brugere, der ønsker at gøre brug af tilbuddet, hvor mange vil være live om 5 år, hvor stor en andel af de nuværende beboere på de alternative plejetilbud, som vil være i live i de kommende år.

Det forventes, at hjemløsestrategiens indsatser fremadrettet vil afhjælpe en væsentlig del af de udækkede omsorgs- og plejetilbud gennem de botilbud, der tilvejebringes i de kommende år.

## **Forsørgelse**

Hovedparten af stofmisbrugere i behandling forsørges af overførselsindkomst. Heraf modtager 45% kontanthjælp og 33% modtager førtidspension (lidt lavere andel i 2009 end i 2007). Knap 20% er selvforsørgende.

I forbindelse med strukturreformen i 2006 blev den samordning, der havde været oparbejdet omkring den beskæftigelsesfremmende indsats

og stofmisbrugsbehandlingen med det formål at understøtte social integration af brugerne ophævet. De to indsatsområder skulle fremover administreres hver for sig. Dette fik som konsekvens, at den beskæftigelsesfremmende indsats overfor denne gruppe borgere blev væsentligt reduceret.

Der har i løbet af perioden 2006-2009 været igangsat et arbejde med det formål at genopbygge en samordning af behandlingsindsatsen og den beskæftigelsesfremmende indsats – konkret i form af BIF-SOF samarbejdet, som bl.a. indebærer, at Rådgivningscentret har adgang til BIF-s sagsgange, at man koordinerer konkret via fælles handleplaner for brugerne og har fælles drøftelser af tilrettelæggelse af den beskæftigelsesrettede indsats og behandlingsindsatsen.

Den fornyede indsats for koordinering afspejler sig i en positiv udvikling, hvad angår brugernes adgang til beskæftigelsesfremmende tilbud i perioden. Fra 2007 til 2009 kan man konstatere en stigning i den samlede andel af kontanthjælpsmodtagerne, der er i aktivering og tilsvarende inden for alle ”matchgrupperne”.

**Tabel 3. Forsørgelsesgrundlag for stofmisbrugere i behandling 2007 og 2009.**

	Andel på kontanthjælp	Heraf i Aktivering/revale	Passiv kontanthjælp	Førtidspension	sygedagpenge	I arbejde/ uden offentlig forsørgelse	I alt
Aug 2009	1003 45%	355 35%	648 65%	719 33%	81 4%	403 18%	2206 100%
Nov 2007	967 44%	231 24%	736 76%	786 36%	50 2%	387 18%	2190 100%

Kilde: Status-forskningsystemet og Beskæftigelsesforvaltningens register

**Tabel 4. Matchgruppeopdeling og andel på aktiv kontanthjælp 2007 og 2009**

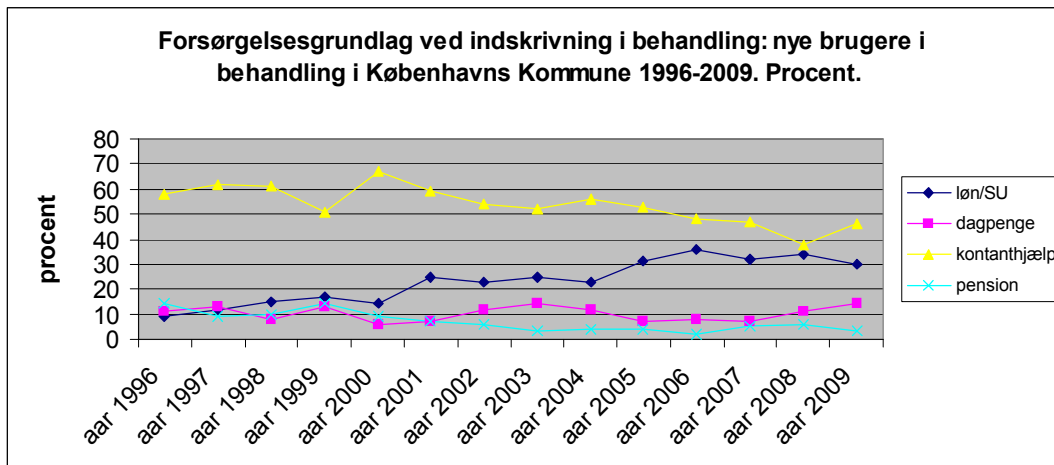
	Match 1	Match 2	Match 3	Match 4	Match 5
Aug 2009	26%	40%	51%	35%	22%
Nov 2007	14%	15%	40%	25%	12%

Kilde: Status-forskningsystemet og Beskæftigelsesforvaltningens register

### *Nye i behandling*

Forsørgelsesgrundlaget blandt nye i behandling i perioden (se figur 4) viser et gradvist fald siden 1990'erne i andelen på overførselsindkomst (kontanthjælp og førtidspension) og en stigning i andelen, der er i ordinær beskæftigelse eller under uddannelse. I de seneste år fra 2008 til 2009 ses imidlertid igen en stigning i andelen på kontanthjælp og dagpenge og et fald i andelen, der er i arbejde eller uddannelse (se figur 4).

**Figur 4. Forsørgelsesgrundlag ved indskrivning i behandling blandt nye brugere 1996-2009. Procent.**



Dette peger på behovet for et fornyet fokus på at understøtte adgangen til beskæftigelse og uddannelse i sammenhæng med misbrugsbehandlingen for at forebygge yderligere social marginalisering af dem, der søger behandling. De er i kraft af deres misbrug er i dobbelt risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet langvarigt, når de først bliver arbejdsløse, selvom den udløsende faktor er faldende konjunkturer.

## Hjemløshed

Ca. 75% blandt samtlige i behandling. Generelt øges andelen med egen bolig med stigende alder. Blandt nye i behandling i 2009 har ca. 72% oplyst at de har en selvstændig bolig, 10% oplyser, at de bor hos venner eller familie og ca. 10% angiver, at de bor på gaden eller opholder sig på et herberg.

Blandt stofmisbrugere i behandling i 2007/ 2008 var mellem 6 og 7% i kontakt med herbergerne. Uanset at der fortsat er en indsats, der samler de hjemløse op og tilbyder en forbedring af boligsituationen, så er der fortsat nogle, der lever som hjemløse og betjener sig af herberger og forsorgshjem. Der er behov for en meget facetteret indsats, der skal imødekomme meget differentierede behov i brugergruppen.

Rådgivningscentret gør særligt opmærksom på i deres evaluering, at der *"siden sektorplanens vedtagelse har vist sig en gruppe, der ikke formår at fastholde egen lejlighed, og hvor det er nødvendigt at etablere individuelle tilbud i form af skæve boliger, individuelle boliger med støtte, bofællesskaber med større eller mindre bemanning, omsorgslignende foranstaltninger og egentlige plejehjem for længere ophold. Det skønnes, at en sådan indsats vil nedbringe denne målgruppes behov for sundhedsydelser"*.

## Kriminalitet blandt stofmisbrugere i behandling



Hovedparten af stofmisbrugerne har erfaringer med kriminalitet, enten med stofrelateret kriminalitet, besiddelse eller handel med stoffer eller berigelseskriminalitet. Blandt samtlige i behandling i 2008 har 60% været dømt. Jo ældre stofmisbrugeren bliver, jo større risiko er der for at han har en domfældelse bag sig. Blandt nye i behandling har ca. 40% allerede en domfældelse med i bagagen. Der er en tendens til at andelen, der har en kriminel baggrund falder svagt. Dette skyldes formentlig en ændret brugersammensætning, hvor en voksende andel har opretholdt en kontakt til arbejdsmarkedet

Fx havde hash- og kokainprojektets brugere en markant lav andel, der havde en ”plettest” straffeattest<sup>8</sup>. Der var i denne gruppe en udtalt holdning til, at grænsen gik ved at skulle begå kriminalitet for at finansiere et stofbrug.

Andre grupperinger i behandlingspopulationen har en helt anden baggrund, hvor både kriminalitet og misbrug er en del af livsstilen. Her er der behov for at have et fokus på begge dele.

Det er afgørende, at disse problemstillinger tematiseres i behandlingen og at der fortsat sker en samordning af Kriminalforsorgens og behandlingssystemets indsats.

## ***Organisationsudvikling***

### **Ny struktur – modtageenheder og behandlingsenheder**

I 2006 etablerede man en ny struktur indenfor stofmisbrugsbehandlingen, som skulle:

- Sikre en øget tilgængelighed af nye målgrupper
- understøtte trinbehandlingen
- effektivisere og målrette indsatsen over for den store gruppe i længerevarende behandling

Den nye struktur bestod i, at man opløste de daværende rådgivningscentre i 4 modtageenheder og 4 behandlingsenheder, nedlagde byambulatorierne og oprettede 2 dagcentre, som skulle give brugerne et socialt støttende aktivitetstilbud i hverdagen. Heraf er det ene dagcenter på Vesterbro efterfølgende blevet nedlagt pga. for ringe søgning.

Man opretholdt integrationen mellem myndighedsopgaven og misbrugsbehandlingen med henblik på at sikre en helhedsorienteret

---

<sup>8</sup> Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug, målgruppe, metoder og resultater, Udarbejdet af Dorrit Pedersen. Socialforvaltningen febr. 2010.

indsats. Rådgivningscentret med dets 8 bydækkende enheder varetager fortsat myndighedsopgaven over for stofmisbrugere i behandling, herunder visitation til behandling, udbetaling af enkeltydelser, indstilling til bolig, støtte-kontaktpersonordning samtidig med, at de tilbyder specialiseret misbrugsbehandling på hhv. modtageenhederne og behandlingsenhederne.

### **Centerdannelsen**

I 2009/10 er der indført en ny centerstruktur, som har medført en opdeling af misbrugsbehandlingen i flere centre med hver deres selvstændige centerchef. På misbrugsområdet er der RCK, Center for Misbrug og Center for Specialinstitutioner og Center for unge og misbrug (U-turn). Centerdannelsen giver mulighed for en øget specialisering af ydelserne, men kræver samtidig en formalisering af samarbejdet centrene imellem og en klar rollefordeling.

### **Integration af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen**

I 2008 blev en del af alkoholbehandlingen, herunder visitation til døgnbehandling, integreret på Rådgivningscenter Københavns modtageenheder.

Københavns Kommune har hjemtaget alkoholbehandlingen i 2009, som i 2010 er blevet integreret i Center for misbrug.

### **Udbygning af de fremskudte lavtærskeltilbud**

I løbet af de senere år er ”lavtærskelstilbuddene ” til socialt udsatte og hermed også en del af misbrugergruppen, blevet forankret og udvidet. Det gælder især det sociale og sundhedsrettede opsøgende arbejde, det gælder sygeplejeklinikkerne, der tilbyder sundhedsydelser til socialt udsatte i tilknytning til herbergerne, og senest er der etableret et sundhedsrum og et værested Dugnad i tilknytning til gadescenen på Vesterbro.

### **Alternative plejehjem**

I perioden fra 2006-2009 er der forankret i socialforvaltningens regi alternative plejetilbud til langvarigt og /eller terminalt syge aktivt misbrugende. Det er ”parallele” tilbud til de ”almindelige” plejehjem, som ikke har kunnet rumme denne målgruppe. (Sundholms plejekollektiver og E-huset)

### **Hvordan sikre en helhedsorienteret indsats**

Man kan se konturerne af en udvikling, hvor indsatsen over for stofmisbrug, som varetages af Rådgivningscenter København, Center for Misbrug og Center for Specialinstitutioner fokuseres omkring

kerneydelse som psyko-social rådgivning/ terapeutiske forløb og medicinsk behandling, samtidig med at den sundhedsrelaterede og socialt støttende indsats/ omsorg til socialt udsatte misbrugere i stigende grad varetages i lavtærskelregi som fremskudte tilbud eller som ”alternative” tilbud til ordinære plejepladser i et selvstændigt regi.

Man kan spørge om dette er en hensigtsmæssig og tilstrækkelig udvikling – om der opstår mangel på kompetencer til at løfte de ofte vanskelige og komplekse problemstillinger, som karakteriserer en stor gruppe af misbrugerne – såvel gruppen i behandling og udenfor. Dette gælder såvel hvad angår omsorg og pleje, som det gælder psykiatriske behandlingsbehov.

Flere forhold peger på, at der er behov for et mere formaliseret partnerskab mellem behandlingssystemet og de ordinære pleje-omsorgssundstilbud, der varetages af Sundhedsforvaltningen og mellem behandlingssystemet og psykiatrien, der varetages af regionen. Et sådant partnerskab bør indeholde konkrete løsninger på hvordan behandlingen af misbrug integreres med hhv. pleje-omsorgsopgaver og behandlingen af psykiske lidelser.

### ***Tilgængelighed***

I 2003 indførtes lov om behandlingsgaranti (Serviceloven §101), som indebærer, at brugere der henvender sig om behandling, skal tilbydes behandling inden for 14 dage. Denne praksis har været gældende også tidligere i Københavns Kommune, da man gennem en årrække har haft fokus på at gøre behandlingen tilgængelig. Behandlingsgarantien monitoreres, og den har været overholdt i hele perioden. Med den nye struktur i 2006 sættes et yderligere fokus på at øge tilgængeligheden i behandlingssystemet ved at etablere modtageenhederne og satse på god service, herunder aftenåbninger.

Spørgsmålet er, om der - uanset den nye struktur – alligevel er barrierer mod at søge behandling eller andre faktorer, der betyder, at behandlingssystemet ikke er lige tilgængeligt for alle, og som betyder, at borgere kommer for sent i behandling med øget risiko for social udelukkelse, tab af arbejde og brudte familier.

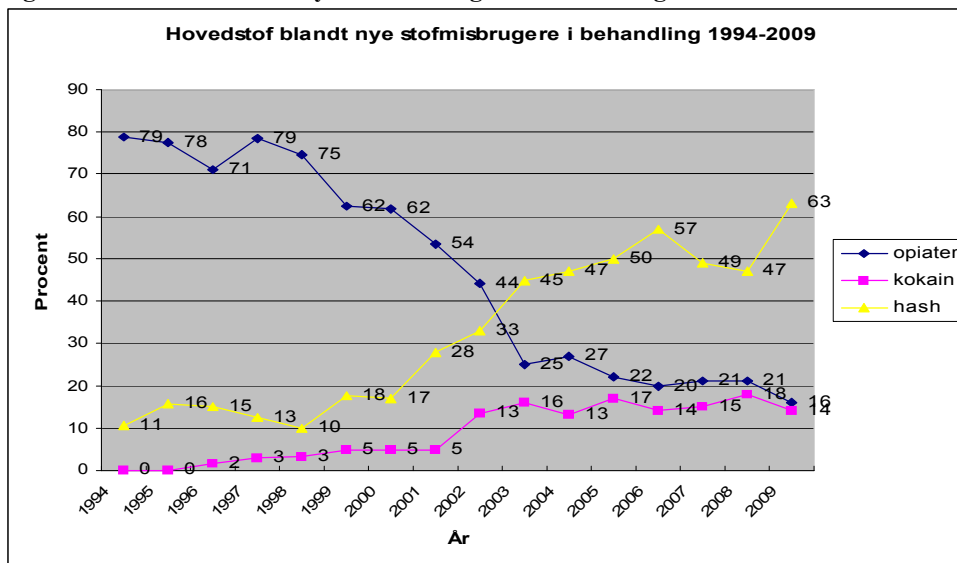
### ***Nye i behandling***

Udviklingen blandt nye i behandling afspejler sammen med udviklingen i det eksperimenterende stofbrug blandt den almindelige befolkning nye misbrugsmønstre og nye brugergrupper. Det afspejler også delvist graden af ”tilgængelighed” af behandling.

Fra 1990-erne og til i dag er der sket et markant skift i

misbrugsmønstret. Dette ses tydeligt, når man ser på udviklingen blandt nye brugere i behandling. Brugere med hashmisbrug udgør nu langt hovedparten af de, der søger behandling, brugere med kokain som hovedstof har udgjort en stabil andel på mellem 13% og 17% siden begyndelsen af årtusindet – og andelen med opiat som hovedstof udgør en stadig faldende andel.

**Figur 5. Hovedstof blandt nye stofmisbrugere i behandling**



Det seneste års markante stigning i nye brugere med hashmisbrug skyldes formentlig en særlig pr-indsats fra Hash- og kokainprojektet i 2008 og 2009<sup>9</sup>. Det er imidlertid tankevækkende, at der ikke kan ses en tilsvarende stigning i tilgangen af brugere med kokain som hovedstof.

Spørgsmålet er om der er et ”stort mørketal” af misbrugere, som behandlingssystemet ikke har nået? Erfaringen fra ”Hash- og kokainprojektet” er at de brugere, der havde søgt projektet gennemgående havde brugt stofferne i en årrække, før de søgte behandling. For hashmisbrugernes vedkommende 18-20 år, for kokainmisbrugernes vedkommende 10-12 år. Det der karakteriserede disse brugere i øvrigt, var at hovedparten fortsat havde været i stand til at opretholde en kontakt til arbejdsmarkedet uanset det langvarige misbrug.

Hvor udbredelsen af hash, som det i øvrigt mest udbredte stof, er svagt faldende fra 2000 til i dag, så er tendensen anderledes, når det gælder brugen af kokain. Kokain har gennem en årrække vundet en stigende udbredelse i flere forskellige miljøer. Det har suppleret alkohol som

<sup>9</sup>Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug, målgruppe, metoder og resultater, Udarbejdet af Dorrit Pedersen. Socialforvaltningen febr. 2010.

feststof i mange miljøer, det har suppleret brugen af hash i andre og endelig bruges det også som supplement til heroin blandt de kendte misbrugsmiljøer.

### *Unge*

Brugen af kokain det seneste år har ligget stabilt de sidste 10 år på ca. 3,5% blandt de 16-44 årige i hovedstadsområdet. Her er der ikke tegn på fald, snarere ser man en stigende andel blandt de helt unge (16-24 årige), hvor ca. 8% har angivet, at de har taget kokain det seneste år.

Det er en generel trend, at kokainforbruget har en stigende udbredelse blandt de helt unge – ikke kun i hovedstadsregionen, men i hele landet, om end forbrugets udbredelse synes at toppe i hovedstadsregionen.

**Tabel 5. Andel, der har brugt hash eller kokain inden for det seneste år i Hovedstadsregionen, 2005 og 2008. pct.**

Alder:	16-24 (2005)	16-24 (2008)	16-34 (2005)	16-34 (2008)
Hash	35,8	36,2	19,2	20,3
Kokain	5,9	8,2	5,1	4,3
Antal (N)	176	164	582	329

Kilde: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 og Alkohol i Danmark 2008.

En undersøgelse blandt de unge 16-20-årige fra 2008 viser, at andelen blandt unge, der har prøvet andre stoffer end hash er størst blandt unge på erhvervsuddannelserne sammenlignet med de øvrige skole- og uddannelsesformer, hvor ca. 16% har eksperimenteret med andre stoffer end hash<sup>10</sup>.

Blandt de unge i behandling i Københavns Kommune (U-turn)<sup>11</sup>, som på forskellig vis er i en udsat position samtidig med, at de har et problematisk forbrug af stoffer, ses at uanset at hash er det stof, som de unge hyppigst bruger. Kokain er også kendt og brugt i et relativt stort omfang blandt U-turns unge. Ca. halvdelen af de unge under 18 har prøvet kokain, blandt de 18-23-årige er det mellem 70 og 80%, der har prøvet stoffet. Mellem en tredjedel og en fjerdedel havde taget kokain inden for den seneste måned. Debutalderen for stoffer som kokain, amfetamin og hallucinogener er for U-turns unge under 17 år.

Disse resultater tyder på, at kokainen i stigende grad er i de unges omverden – og det evt. i en bredere kreds end tidligere, hvor det i højere grad var de voksne unge særlige feststof.

<sup>10</sup> MULD, Unges livsstil og dagligdag 2008 s.- 37

<sup>11</sup> U-turn, upubliceret materiale fra U-turn

### *Gadescenen*

På den åbne gadescene på Vesterbro har heroinen tidligere været det helt centrale stof, der blev handlet og indtaget. Inden for det seneste årti er kokainen gradvist blevet det dominerende og foretrukne stof på gadeplan. Denne udvikling er sket samtidig med og sammenhængende med, at man på gaden kunne observere flere og flere stofbrugere med en anden etnisk baggrund end dansk. I en rapport beskrives, at man samtidig hermed kunne konstatere, at *”netop kokainmisbruget var meget udbredt blandt denne gruppe, hvilket ofte medførte en kaotisk og aggressiv adfærd.”*<sup>12</sup>

Siden 2006 har der været iværksat en særlig indsats over for kaotiske stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk på Vesterbro<sup>13</sup>. Formålet har været at skabe kontakt til målgruppen og bygge bro mellem gaden og de eksisterende sociale og sundhedsfaglige tilbud.

Igennem 2009 er ”gadescenen” rykket fra Maria Kirkeplads og området deromkring til Halmtorvet omkring det nye Sundhedsrum og værestedet ”Dugnad”. En meget stor andel har en anden etnisk baggrund end dansk, hovedparten kommer fra Mellemøsten og Afrika, mindre grupper fra Østeuropa og Asien. Der er i et stort omfang tale om 1. generationsindvandrere, som er kommet til Danmark i 80’erne og 90’erne, har været dansk gift, men hvor ægteskabet er opløst. Der er også en del flygtninge med en traumatisk baggrund i form af krigsoplevelser. Derudover er der en mindre gruppe, der er født og opvokset i Danmark, der hører til de yngre i gadescenen.

Brobyggerne vurderer, at målgruppen for deres arbejde kan deles op i:

- en hård kerne på 30-40 personer, som opholder sig konstant i området og som er voldsomt misbrugende med kokain hovedstof (kontakt til 80%)
- i omkredsen af den hårde kerne ca. 100 personer, som også har relativt store misbrugsproblemer (kontakt til 75%)
- i udkanten af miljøet, ca. 100 personer, som ikke ser at deres misbrug er et problem, som har kontakt med forskellige bandemiljøer (kontakt til ca. 25%)

Der er blandt gruppen et voldsomt misbrug – et ikke unormalt forbrug af kokain er på mellem 2-3000 kr. dagligt. Brobyggerne og Mændenes Hjem rapporterer, at det er en gruppe med omfattende problemer, de har svært ved at fastholde en kontakt til misbrugsbehandlingen og gennemføre et behandlingsforløb. De har vanskeligheder med at møde op til møder med jobcentret, de mister retten til kontanthjælp, de har

<sup>12</sup> Brobyggerne på Indre Vesterbro, evaluerende rapport 2006-2009, udarbejdet af Rasmus Christiansen og Dannie Hansen

<sup>13</sup> Op cit.

omfattende psykiatriske problemstillinger, de har begået kriminalitet og endelig er hjemløshed en gennemgående problemstilling.

Fra gademedarbejdere og fra medarbejdere og forstandere fra herbergsområdet, som har den daglige kontakt med en gruppe aktive misbrugere med en kaotisk adfærd er vurderingen, at denne gruppe har svært ved at ”komme over dørtærskelen” til behandlingssystemet. Af forhindringer nævnes ”al papirarbejdet”, skemaer, der skal udfyldes, krav om regelmæssigt fremmøde.

Fra rådgivningscentrets vinkel beskrives, at ”en ny målgruppe, der har vist sig yderst vanskelig at rumme inden for de eksisterende tilbud. Denne gruppe består af socialt belastede og meget tunge brugere, typisk hjemløse og uden beskæftigelse, som har kokain som deres primære stof. Mange af dem bor eksempelvis på Mændenes Hjem og har et mangeårigt misbrug bag sig. På mange måder ligner de gruppen af de kaotiske heroinmisbrugere. Mønstrer for denne gruppe er derfor kendetegnet ved, at de bevæger sig ind og ud af behandlingssystemet og har svært ved at ”committe” sig til behandlingen”.

#### *Stofmisbrugere i Fængsel*

Over halvdelen af kriminalforsorgens indsatte har et egentligt misbrug af rusmidler (Kramp et al, 2003). Hovedparten har eksperimenteret med hash, halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer. I 2007 indførtes en behandlingsgaranti i fængslerne for klienter med mindst 3 måneders restafsoningstid.

I 2006-2009 har der været gennemført et behandlingsprojekt i de københavnske fængsler (Projekt over Muren), som udover at tilbyde behandling inden for murene skulle sikre en overgang til fortsat behandling ”udenfor” ved afsluttet behandling. I forbindelse med dette projekt har man fået indsigt i en gruppe, der søger behandling for et misbrug, som man kun i et mere beskedent omfang har kendskab til i behandlingssystemet.

I projektet har man fået kontakt med en meget større andel yngre med anden etnisk baggrund end dansk (hovedsageligt efterkommere, dvs. 2- eller 3. generationsindvandrere), som har et problematisk stofmisbrug. Hovedparten af disse havde ikke tidligere haft kontakt med misbrugsbehandling – i modsætning til de etnisk danske.

Det dominerende hovedstof var hash. Kokain var som hovedstof ikke mere udbredt i denne gruppe end blandt de etnisk danske. Imidlertid blev kokain meget hyppigt angivet som et sekundært stof.

### *Barrierer mod at søge behandling – udfordringer for tilgængeligheden*

Man kan konstatere, at der er et relativt stort gab mellem udbredelsen af et langvarigt og problematisk brug af hash og kokain, og hvor mange, der reelt søger behandling.

Der er tale om forskellige typer af barrierer.

- Én barriere kan være, at man ønsker at undgå et statustab ved at søge behandling,
- Én barriere kan være en manglende erkendelse af, at man har et misbrug, og modstand mod at søge behandling overhovedet,
- Én barriere kan være af kulturel og normativ karakter, hvilket især kan omfatte brugere med anden etnisk baggrund
- Én barriere kan være tilhørsforhold til subkulturer fx kriminelle miljøer, hvor livsstilen og livsværdierne er i modstrid med at søge behandling
- Endelig er det en barriere for de mest udsatte, at man ikke magter at opfylde kravene til behandling, udfyldelse af skemaer, fremmøde til tiden mm.

Der er en stående udfordring for behandlingssystemet, at udrede de forskellige barrierer, der reducerer tilgængeligheden og tilpasse behandlingstilbuddene, så man kan nå misbrugerne på et tidligere tidspunkt med et relevant tilbud.

### **Trinbehandling**

Den nye struktur blev understøttet af et princip for visitation til behandling, som kaldes trinbehandling (stepped care). Der skal ikke ydes mere intensive indsatser, end der er indikation for. Nedenfor skitseres trinbehandlingens princip i en oversigt, der sammenkæder belastning med behandlingsintensitet, som har været introduceret som visitationsprincip siden 2006 af Rådgivningscentret.

Behandlingsintensitet	Misbrugsbelastning	Psykiske problemer	Social integration
Trin 1 behandling (individuel- og gruppebehandling)	Lav eller middel	Lav eller middel	Høj eller middel
Trin 2 behandling (dagbehandling)	En eller begge er middel eller høj		Middel



Trin 3 behandling (Døgnbehandling)	Høj	Høj eller middel	lav
---------------------------------------	-----	---------------------	-----

Som helhed er erfaringerne med anvendelsen af trinbehandling positive, idet princippet understøtter faglige begrundelser for prioriteringer af ressourceforbruget og bidrager til eksplicitering af forholdet mellem behandlingsbehov og indsats.

RCK vurderer, at *”trinbehandlingen har vist sin styrke ved at den som redskab i visitationen er med til at levere en systematik og individuel vurdering, som kan sikre, at der ikke ”overbehandles”. Tilgangen i modellen, hvor indsatsen altid starter med mindst mulig indgriben, har haft den konsekvens, at langt flere visiteres til trin 1 eller trin 2, frem for trin 3 end tidligere. Samtidig understøtter modellen, at der arbejdes endnu mere systematisk med udredning af behandlingsbehov og behandlingsintensitet.”*

Dette afspejles i skift i visitationspraksis perioden igennem, hvor visitationer til døgnbehandling falder såvel absolut som relativt fra at udgøre 24% af visitationerne i 2005 til at udgøre 14% af visitationerne i 2009. Den ændrede praksis ses tydeligst for de nye brugere, her falder andelen der visiteres til stoffri døgn som det første behandlingstilbud fra 19% i 2005 til 8% i 2008.

#### *Trin-1 behandlingen og 180-dages-reglen*

I tråd med princippet om trinbehandling blev der indført en tidsmæssig grænse for ”trin-1-behandlingen” på modtageenhederne på en periode på 180 dage, inden for hvilken brugere med mindre belastninger kan tilbydes afklaring, motiverende samtaler samt støtte til nedtrapning i ambulant regi med henblik på reduktion eller ophør med stofbrug. Formålet med 180-dages reglen var at forebygge, at modtageenhederne ”sandede” til i et for stort antal brugere, som ikke kunne afsluttes.

Princippet er, at hvis brugerne ikke kan opnå sit behandlingsmål inden for denne periode, skal behandlingsplanen revideres, evt. med tilbud om en mere intensiv behandling i andet regi.

Men netop trinbehandlingsprincippet og 180-dages grænsen har peget på nogle dilemmaer og mangler i de behandlingstilbud, der er til rådighed.

Ca. 25% af alle brugere, der visiteres til trin-1- behandling på modtageenhederne, overskrider 180-dages-grænsen. Dette gælder hyppigst heroinmisbrugerne og hashmisbrugerne, i mindre grad

kokainmisbrugerne.

Når det gælder heroinmisbrugerne, så er alternativerne til at forlænge "trin-1-behandlingen" at motivere til afgiftning i fx døgnregi med henblik på stoffrihed, at overgå til et mere intensivt motivationsprogram i et mere intensivt dagtilbud eller at visitere til fortsat substitutionsbehandling med henblik på stabilisering og reduktion af illegalt misbrug.

Når det gælder hashmisbrugerne, så er alternativet til at forlænge "trin-1-behandlingen" at visitere til et "afgiftningsforløb" i døgnregi, hvad mange brugere ikke ønsker eller at visitere til et ambulans specialtilbud i Kirkens Korshærs Ungdomscenter (50 pladser). De eksisterende dagbehandlingstilbud af mere intensiv art end modtageenhedernes trin-1-behandling (dagbehandlingen) forudsætter stoffrihed ved indskrivningen. Der etableres i 2010 et dagbehandlingsprogram (trin-2-behandling), der ikke forudsætter stoffrihed eller afholdenhed ved indskrivning med henblik på et længerevarende motivationsarbejde.

Meget tyder på, at modtageenhederne har en forskellig praksis, hvad angår 180-dages reglen og praksis for viderevisitation. Gennemsnitligt varierer antallet af "opholdsdage" i modtageenhedernes trin-1-behandling mellem de enkelte enheder mellem 97 dage som det laveste og 164 dage, som det højeste.

Der kan især ses en konsekvens af den forskellige praksis, hvad angår 180-dages reglen og viderevisitation for brugerne i substitutionsbehandling. Den enhed, der er bedst til at overholde 180-dages reglen, visiterer i højere grad disse brugere fra modtageenhederne til behandlingsenhederne. Dette ses bl.a. ved at den tilsvarende behandlingsenhed har en større andel af brugere under 40 år med et formodet forandringspotentiale end fx den behandlingsenhed, hvor modtageenheden har en længere opholdstid på modtageenheden. Den forskellige praksis og konsekvenserne heraf sætter fokus på, hvor forandrings- og motivationsarbejdet for brugere i længere substitutionsbehandling, som ikke kan afklares inden for 180 dage, skal varetages? På modtageenhederne eller på behandlingsenhederne? Eller i et mere intensivt behandlingsregi?

#### *Alternativer til 180-dage*

Dette peger på, at man skal overveje, om 180-dages fristen skal gøres mere fleksibel, eller at man skal overveje et mere integreret behandlingsarbejde med henblik på motivation for forandring mellem de to typer af tilbud i RCK's regi.

Endelig bør man overveje, om der er behov for at udvide antallet af pladser på trin-2 behandlingstilbud, der er mere intensivt end det

ambulante trin-1-behandlingstilbud, som kan tilbydes de stofmisbrugere, der ikke kan opnå stoffrihed inden for 180 dage.

## **Specialisering og målretning af den længerevarende substitutionsbehandling**

Blandt den store gruppe brugere i substitutionsbehandling, ca. 1700 personer, er cirka halvdelen over 50 år gamle og i længerevarende behandling. Gennemsnitsalderen for brugere i substitutionsbehandling er 47 år.

### *Retention*

Der er en god retention i substitutionsbehandlingen i Københavns Kommune. Siden etableringen af den nye struktur og behandlingssenhederne i 2006, hvor en del brugere blev flyttede fra byambulatorier til behandlingssenhederne, er det lykkedes at fastholde hovedparten (87%) i behandling to år efter. De efterfølgende opfølgninger har vist, at ”trenden” er fortsat.

**Tabel 6. Retention (fastholdelse) i behandling blandt brugere i substitutionsbehandling 1006-2008**

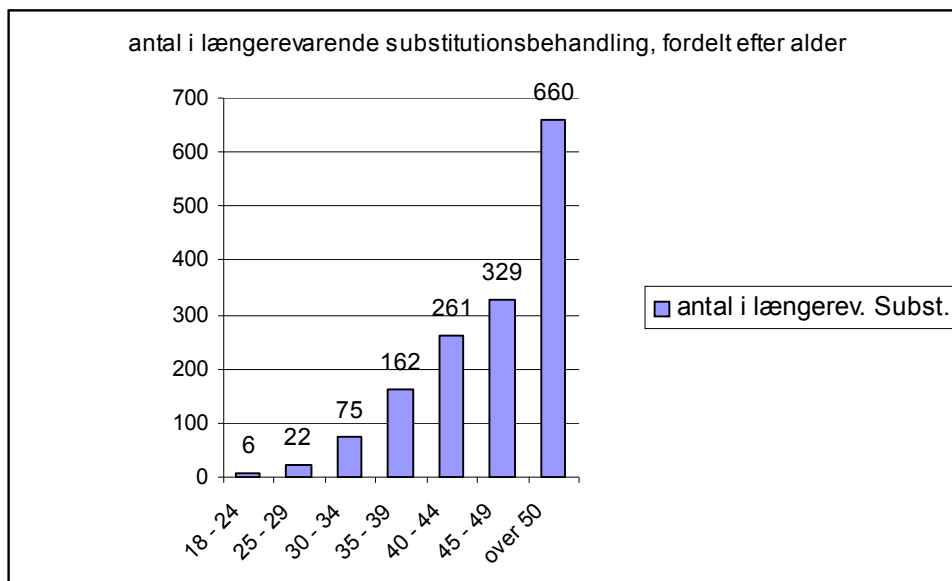
Ansvar	Alle indskrevne i 2006	Heraf døde i behandling	Stadig indskrevet i 2007	Pct. stadig indskrevet i 2007	Stadig indskrevet i 2008	Pct. stadig indskrevet i 2008
Alle	1686	86	1583	94	1474	87
BEA	302	17	282	93	259	86
BEI	429	22	398	93	374	87
BEN	568	29	541	95	502	88
BEV	387	18	362	94	339	88

Kilde: SOFDW/misbrug/retention

### *En aldersmæssigt skæv gruppe*

Som det ses af figur 6 (se nedenfor) er der tale om en aldrende gruppe, som udover skader pga. et mangeårigt misbrug udvikler en række aldersrelaterede sygdomme, som kræver øget omsorg og tiltagende sundhedsmæssig indsats. De yngre brugere i substitutionsbehandling har typisk komplekse problemer af psykisk og social karakter udover afhængigheden.

**Figur 6. Brugere i længerevarende substitutionsbehandling, opdelt efter alder.**



Kilde. Status-forskningsystemet, august 2009

### *Behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsbehandling*

En stor gruppe, ca. 800 er i substitutionsbehandling på behandlingsenhederne, der samtidig varetager den sociale støtte og forskellige sundhedsydelser til brugerne. Behandlingsenhederne varetager samtidig myndighedsopgaven overfor de øvrige brugere i længerevarende substitutionsbehandling på specialinstitutioner (ca. 200 brugere), lægeklinikker (ca. 400 brugere) og egen læge (ca. 200 brugere).

To tilbud, Ambulatoriet Classensgade med plads til 55 brugere og Stæren med 60 pladser, kombinerer den medicinske behandling med socialt støttende og omsorgsprægede tilbud.

En mindre gruppe brugere i længerevarende substitutionsbehandling, hhv. syge brugere og brugere, der har børn (ca. 150) er i behandling på specialinstitutionerne Forchhammersvej og Familieambulatoriet.

Endelig er der i februar 2010 oprettet et heroinbehandlingstilbud med særlig støtte til op til 100 brugere, når tilbuddet er færdigt udbygget.

### **Differentierede tilbud til kronisk afhængige?**

Det er en udfordring for misbrugsbehandlingen at understøtte brugerne i relation til de individuelle livssituationer og behandlingsbehov, herunder udvikle strategier i forhold til at afhjælpe stofafhængigheden.

Som nævnt indledningsvist var en del af formålet med

behandlingsenhederne at udvikle specialiserede og målrettede tilbud til brugerne i længerevarende substitutionsbehandling. Spørgsmålet er om behandlingsenhedernes tilbud modsvarer de forskellige behov og muligheder for forandring, som målgruppen rummer.

Socialforskningsinstituttet har på baggrund af en undersøgelse<sup>14</sup> kritiseret Københavns Kommune for ikke i tilstrækkelig grad at understøtte brugernes motivation for forandring. I undersøgelsen gøres opmærksom på, at der er behov for en øget social behandlingsindsats over for gruppen i længerevarende substitutionsbehandling, således at gruppen understøttes i motivation for forandringer og nye livsmuligheder.

Gruppen har afhængigheden til fælles, men rummer mennesker i forskellige livsfaser, aldersgrupper og med forskellige præferencer og hjælpebehov og muligheder for forandring.

Behandlingsenhederne har – som led i evalueringen af sektorplanen - gennemført en undersøgelse af, hvor stor en andel man skønner, der er i behandling på behandlingsenhederne, som de skønner har et ”forandringspotentiale” i forhold til fx stoffrihed eller beskæftigelse.

#### *Forandringspotentiale blandt de ”yngre” på behandlingsenhederne?*

Ca. en tredjedel af brugerne på behandlingsenhederne er 40 år eller derunder. Det er undersøgt, hvor stor en andel af disse, som enhederne vurderede havde realistiske muligheder for ”forandring”.

I alt er der undersøgt en gruppe på 210 ”yngre” personer. Andelen af ”yngre” varierer mellem de 4 behandlingsenheder fra 40% til 23%..

**Tabel 7. Andelen af ”yngre” brugere på behandlingsenhederne**

	Andel på 40 år og derunder på behandlingsenhederne	Antal i alt på behandlingsenhederne august 2009
indre	40%	158
nord	24%	344
amager	23%	128
vest	32%	182

Kilde: Status-forskningsystemet august 2009.

Resultatet af undersøgelsen er, at man vurderer, at ca. 30% af gruppen på 40 og derunder (ca. 65 personer i alt) har et ”forandringspotentiale”, enten i form af erhvervspotentiale og/eller

<sup>14</sup> Lars Benjaminsen et al. ,Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, SFI 09:19

stoffrihed. Der er her tale om personer, som ikke allerede i dag er i aktivering eller i beskæftigelse. Der synes således behov for, at man på behandlingsenhederne yderligere differentierer indsatsen og skærper målretningen af den sociale misbrugsbehandling med henblik på et motivationsarbejde over for en del af brugerne.

#### *Social støtte til gruppen med et "højt funktionsniveau"*

Blandt brugerne i længerevarende substitutionsbehandling er ca. 600 i behandling på lægeklinikker eller hos egen læge, hvor tilbuddet helt overvejende er et medicinsk behandlingstilbud til stabiliserede brugere, der forventes at have et så højt funktionsniveau, at de kan administrere en apotekerordning. En stor andel af disse brugere modtager førtidspension. Disse brugere optræder umiddelbart undvigende over for kontakt med kommunen og afviser typisk at indgå i et samarbejde om sociale handleplaner. Brugere har mulighed for at blive tilbagevisiteret til behandlingsenhederne, hvis der er behov for dette. Et mindre antal viser sig ved en kontakt fra støtte-kontaktpersonerne at have behov for mere støtte i hverdagen og acceptere en jævnlig kontakt. Der bør overvejes, hvordan man mere systematisk afdækker behovet for omsorg / støtte i denne gruppe af aldrende brugere.

#### *Substitutionsbehandling og psykisk sygdom*

En aftale mellem det daværende Familie- og Arbejdsmarkedsudvalg og H:S, der blev indgået i perioden 2006-7 forventedes videreført efter regionens etablering. Aftalen var baseret på, at psykiatrien skulle varetage behandlingen af psykotiske stofmisbrugere, dvs. stofmisbrugere med svære psykiske lidelser. Som et led i aftalen blev der oprettet et opsøgende psykoseteam i tilknytning til Specialambulatoriet (80 pladser til psykisk syge stofmisbrugere) og der blev nedsat et fælles visitationsudvalg, som skulle afklare hvor behandlingsansvaret skulle ligge i tvivlstilfælde.

Uanset de psykiske problemers udbredelse i målgruppen er der fortsat store problemer med at samordne den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling. Især tilbagestår et uløst problem om de brugere, der er i længerevarende substitutionsbehandling og som ikke kan administrere en apotekerordning, men som skal have metadonen udleveret og evt. indtaget på stedet. Her vil distriktskykiatrien ikke overtage behandlingsansvaret for substitutionsbehandling.

I evalueringen af sektorplanen peges der fra Rådgivningscenter København og tilsvarende fra Center for Specialinstitutioner på :

- der er utilstrækkelige tilbud til psykisk syge stofmisbrugere
- at der er utilstrækkelige tilbud til brugere med multiproblemer
- at et "centralt visitationsudvalg" i forhold til

dobbeltdiagnosepatienter ikke har løst problemerne med samordningen med psykiatrien

### *Afpassning af behov og ydelser*

Der er allerede en betydelig variation i de behandlingstilbud, der er til den ”største” gruppe i behandlingssystemet i form af et differentieret udbud af behandlingstilbud til målgruppen.

Imidlertid peges der på forskellige ”blinde pletter” i form af et manglende fortsat motivationsarbejde over for dele af populationen og et udækket behov for social støtte blandt de ”velfungerende” misbrugere i de socialt ”tynde” tilbud på lægeklinikker, egen læge. Dette tyder på, at der kan være behov for med regelmæssige mellemrum at opsøge disse grupper i eget hjem eller i forbindelse med deres fremmøde på lægeklinikkerne med henblik på at tilbyde social støtte og rådgivning.

Meget tyder på, at aftalen mellem kommunen og regionen trænger til at blive genforhandlet mht. samordningen af misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling.

## **Ungeindsatsen**

### **Den primære forebyggelse**

Sundhedsforvaltningen har ansvaret for den primære forebyggelse over for unge og misbrug i Københavns kommune som har været en del af Folkesundhedsprogrammet. Socialforvaltningen har samarbejdet med Folkesundhedsprogrammet om indsatsen over for unge, herunder bidraget med undervisning af rusmiddelguider og instruktører til ”En teenager i familien”, et program der henvendte sig til forældregruppen. Sundhedsforvaltningen har stoppet begge programmer i 2008. Programmet ”En teenager” i familien er i 2009 overgået til SSP og delvist finansieret af Sundhedsforvaltningen. Der er ikke igangsat nye primært forebyggende aktiviteter i Sundhedsforvaltningens regi over for unge og misbrug. U-turn modtager til stadighed henvendelser om ønsker om oplysning om rusmidler og orientering om unge og misbrug fra skoler og ungdomsuddannelser, som de må afvise. Dette vidner om, at der er et udækket behov på dette område. Der er imidlertid usikkerhed om den fremtidige placering og prioritering af disse indsatser.

I sektorplanen anføres, at man vil udvikle en informationsstrategi over for fremmedsproglige miljøer gennem et samarbejde med Interkulturel

Rådgivning, som var et initiativ iværksat af et privat konsulentfirma (ALS-research) i samarbejde med kommunen. Interkulturel Rådgivning skulle varetage opsporing og motivering af unge med enden etnisk baggrund end dansk, herunder metodeudvikle på området. Imidlertid blev denne aktivitet afsluttet, da det ikke lykkedes at komme i kontakt med målgruppen og motivere flere til behandling.

I sektorplanen anføres, at man vil udarbejde en model for en koordineret forebyggende indsats over for socialt udsatte familier med psykiske lidelser eller misbrug. Dette er afløst af andre initiativer, som U-turn har iværksat overfor forældre og pårørende til unge med sociale problemer, samt udviklingsprojekter som Familien i Centrum.

### **Indsatsen over for unge med misbrug**

Center for Unge og misbrug har i sektorplanens periode videreudviklet og forankret indsatsen overfor dels de unge selv, dels i relation til forældregruppen.

Forældrearbejdet er blevet styrket i perioden. Der er udviklet et ”forældrekursus”<sup>15</sup>, hvor 70 forældre har deltaget i perioden 2007-2008. Forældrene oplevede, at de fik et større personligt overskud og bedre relationer til de unge gennem kurset. Dertil kom, at forældrekurserne også havde indirekte effekt på de unges forløb derved, at de unge ophørte med at tage stoffer eller kom i arbejde eller uddannelse. Forældrene vurderede, at deres kursusforløb havde bidraget til den positive udvikling.

Der er derudover udviklet en hjemmeside – en funktion på U-turns hjemmeside - for bekymrede forældre, som er udviklet efter devisen hjælp til selvhjælp.

### **U-turns aktiviteter 2005-2009**

#### *Behandling*

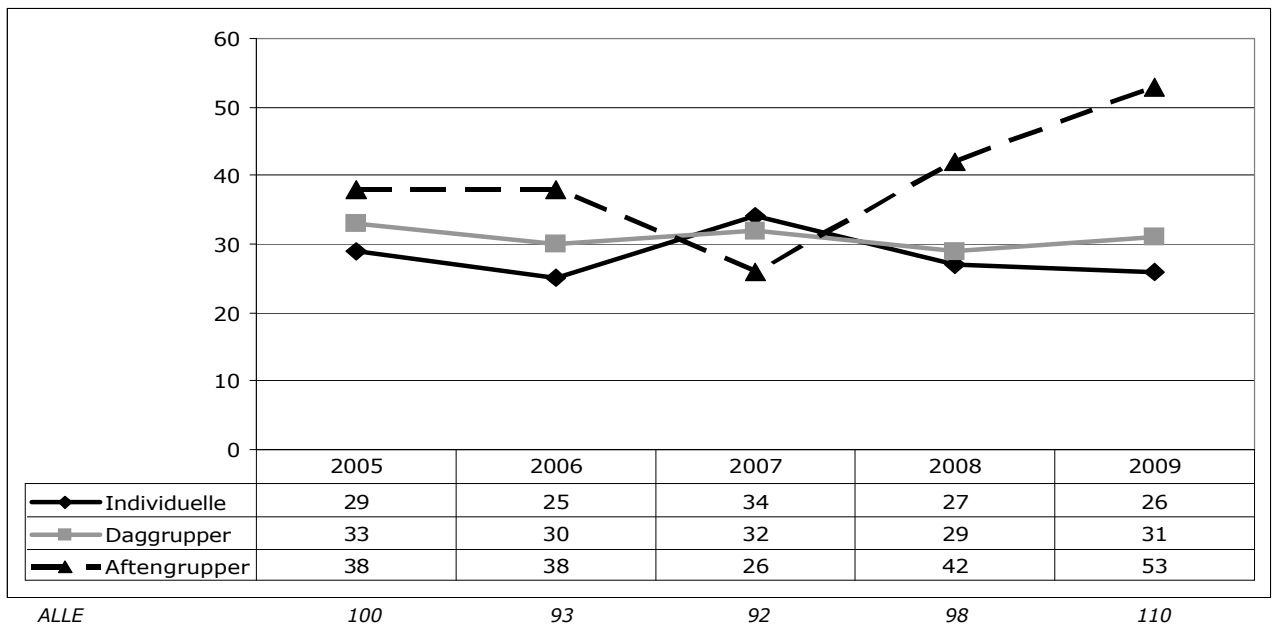
I perioden er der samlet set tale om et øget antal forløb. Især tegner aftengrupperne sig for et stigende indtag fra 2007 til 2009. Fra 2008 til 2009 ses en stigning i antal indskrevne på 20%.

*Antal indskrevne i årene: 2005-2009. Individuelle, dag- og aftengrupper.*

---

<sup>15</sup> Dan Orbe, Evaluering af forældregrupper i U-turn, 2007-2008, Socialforvaltningen, U-turn 2009.



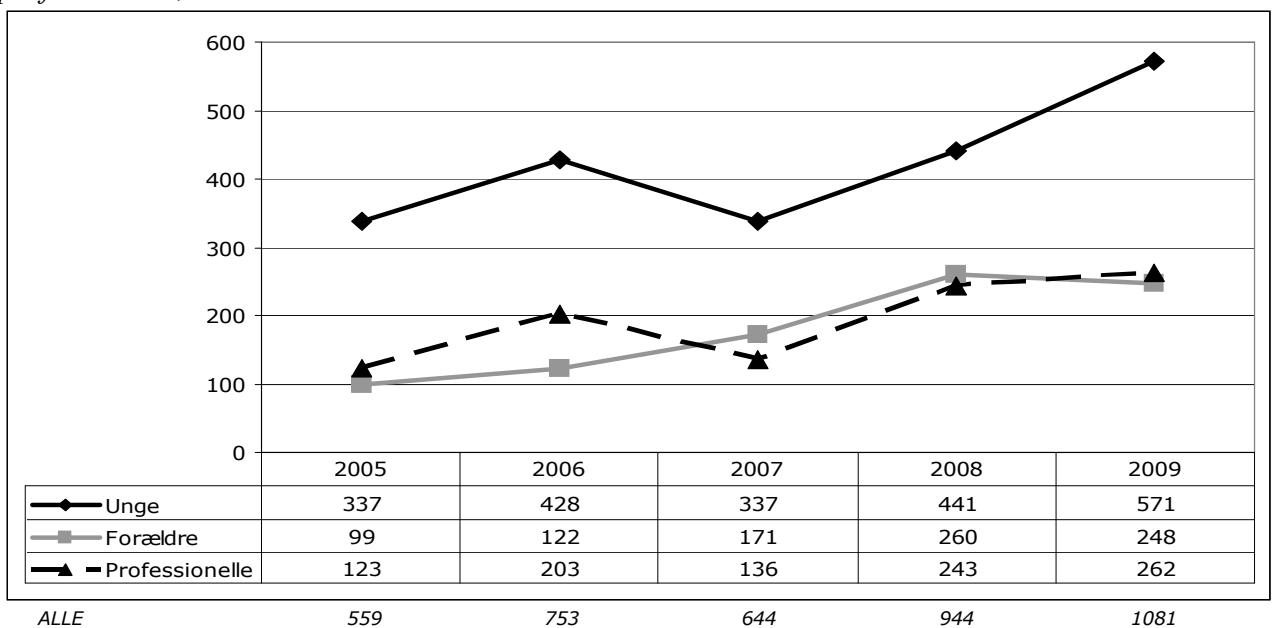


n= 493

#### Rådgivningen:

Henvendelserne i U-turns rådgivning er steget fra 559 henvendelser i 2005 til 1081 henvendelser i 2009 – en stigning på knapt 100 %. Fra 2007 til 2009 er der især sket en stigning i antallet af henvendelser fra de unge selv på 30% om året.

#### Udvikling i antal årlige henvendelser fra hhv. unge, forældre og professionelle, 2005-2009



n= 4196

### Øvrige aktiviteter.

	Konsulent- opgaver i alt	Flyver- sager	Forældregrp / interne	Forældregrp /eksterne	Forældremød er	Visitation afrusning	Presse
2005	67	--	--	--	--	--	--
2006	101	--	--	--	--	--	--
2007	175	23	17	17	4	--	--
2008	193	25	15	17	11	12	--
2009	305	22	14	19	7	13	36

Fra og med 2007 registreredes også forældrearbejde og flyversager<sup>16</sup>.  
Fra 2008 endvidere visitation til afrusningsophold til unge over 18 år<sup>17</sup>.  
Over hele perioden er der samlet tale om en aktivitetsstigning på 455  
%. Fra 2008 til 2009 alene en samlet aktivitetsstigning på 58 %.

Endelig skal nævnes, at U-turns hjemmeside er et godt dialogredskab  
med omverdenen. I 2009 har hjemmesiden haft 28.216 besøg.

### Resultater af indsatsen

U-turn har undersøgt udviklingen i de unges brug af stoffer samt  
uddannelses- og arbejdsforhold blandt de unge, som i perioden 2005-  
2008 har modtaget behandling i U-turn. Effekten af U-turns  
forældrekurserne er ligeledes blevet undersøgt.

Denne undersøgelse belyser udviklingen hos de unge fra  
behandlingsstart til behandlingsophør for henholdsvis dagholdet og  
aftenholdet. Derudover har U-turn i november/december 2008  
kontaktet alle de unge fra dagholdet, for at følge op på deres  
stofforbrug samt uddannelses- og arbejdsforhold. Ud af de 72 unge,  
som havde været igennem et dagbehandlingsforløb lykkedes det at  
indhente oplysninger fra 53.

<sup>16</sup> Flyversager er eksternt konsulentarbejde

<sup>17</sup> Unge over 18 kan tilbydes 12 dages afrusningsophold

U-turns undersøgelse viser, at der dels opnås positive resultater i løbet af et behandlingsforløb, men at der også opnås betydelige resultater i perioden efter behandlingen. Der ses desuden en tydelig sammenhæng mellem positive resultater på stofområdet og de unges forankring i beskæftigelse eller uddannelse.

#### *Unge der modtager dag- og aftenbehandling*

68 % af de unge fra aftenholdet, der ikke var i beskæftigelse ved behandlingsforløbets start, er kommet direkte i uddannelse eller arbejde ved forløbets afslutning.

77 % af de unge fra dagholdet var stadig i uddannelse eller beskæftigelse, da de blev kontaktet igen i november/december 2008. Dertil var yderligere 5 % af dem, som efter U-turn var overgået til anden behandling, kommet i uddannelse eller arbejde på opfølgningstidspunktet.

Blandt de unge, som blev kontaktet ved opfølgning, havde ca. halvdelen fastholdt den forbrugsreduktion/det ophør, som var opnået ved behandlingens afslutning. Den anden halvdel havde yderligere reduceret deres forbrug eller helt stoppet på opfølgningstidspunktet. Kun 2 personer havde haft egentligt tilbagefald.

#### *Forældrekurser*

Blandt de unge, hvis forældre havde deltaget i forældrekurser havde 75 % reduceret deres stofforbrug væsentligt eller helt stoppet med at tage stoffer. 2/3 dele af forældrene svarede i den forbindelse, at de mente, at deres deltagelse i U-turns tilbud har haft afgørende indflydelse herfor.

Forældrekurserne viser også positive resultater i forhold til de unges beskæftigelses- og uddannelsessituation, da andelen af unge, som *ikke* var i arbejde / uddannelse, var faldet fra ca. 50 % til ca. 18 %.

Det gennemgående er, at langt hovedparten af de unge enten helt ophører eller reducere deres stofbrug betragteligt i løbet af behandlingen, samtidig med at deres erhvervs- og uddannelsesmæssige situation forbedres og stabiliseres. Effekten holder sig over tid for en betragtelig del af de unge.

## **Ungegrupper, der ikke nås med den hidtidige indsats?**

Sammenfattende kan man se, at Socialforvaltningens ungeindsats er facetteret og relaterer sig til både de unge, forældrene og de professionelle omkring de unge. Alligevel peger Center for unge og Misbrug på nogle ungegrupper, som de ikke mener, man når i

tilstrækkelig grad med den nuværende indsats:

- Unge på Socialforvaltningens institutioner, hvor de unge har længerevarende ophold. Her har en stor gruppe unge et misbrug af illegale stoffer, hvilket er en udfordring både for unge selv og for de institutioner, hvor de har ophold.
- Unge med anden etnisk baggrund end dansk, hvor der er et ”mørketal” af unge med misbrug og kriminalitet, herunder bandekriminalitet, hvor man peger på behovet for en fremskudt indsats.
- Psykisk syge unge og psykisk skrøbelige unge, der har et problematisk brug af rusmidler, hvor der peges på at afklare ansvar for udredning og behandlings og behandlingsmuligheder for denne gruppe af unge

### **Opfølgning på målsætning og resultat og ydelsesmål: 2006- 2008**

I det følgende følges op på målsætninger i sektorplanen for perioden 2006-2008. Det undersøges i hvilken udstrækning er målene opfyldt, i hvilken udstrækning ikke, og hvad perspektivet og mulighederne vurderes at være fremover for at indfri målsætningerne.

#### **Flere unge med anden etnisk baggrund i behandling**

<b>Målsætning</b>	Unge (herunder unge med etnisk minoritetsbaggrund), der udvikler et vanemæssigt forbrug af stoffer, og som er i risiko for at begå kriminalitet, udvikle andre sociale eller psykiske skader, relateret til stofbrug, skal tidligt i forløbet motiveres til at ændre den risikofyldte adfærd.
<b>Resultatmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle unge, der henvender sig om behandling skal tilbydes relevant behandling inden for 14 dage</li><li>• Antallet af unge i behandling med etnisk minoritetsbaggrund skal øges med mindst 10 om året i 2006, 2007 og 2008</li></ul>

Det vurderes af U-turn, at behandlingsgarantien for de under 18-årige er overholdt.

Baggrunden for resultatmålet om at øge tilgangen til behandling blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk er, at man har en formodning om, at, at der er en større gruppe af unge med anden etnisk baggrund, som har misbrugsproblemer, men som man ikke har kontakt med i behandlingssystemet. Til U-Turns tilbud er der ingen søgning blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk, og når man ser på sammensætningen af gruppen i behandling med anden etnisk baggrund end dansk, så er der helt overvejende tale om 1. generations indvandrere og meget få efterkommere.

Tilgang af unge (18-29-årige) med anden etnisk baggrund end dansk i

perioden 2006-2009 (nye brugere i året):

**Tabel 8. Tilgang af unge med anden etnisk baggrund end dansk 2005-2009**

	1. generation	2. generation
2005	3	4
2006	10	4
2007	3	3
2008	8	4
2009	4	5

Kilde: Status-forskningssystemet.

Man kan konstatere, at det langt fra har været muligt at opfylde resultatmålet. Tilgangen ligger på et stabilt lavt niveau. Dette afspejler dels, at nye brugere i behandling gennemgående er blevet ældre, dels at gruppen med anden etnisk baggrund i begrænset omfang søger behandling for misbrug.

Der synes at være behov for andre måder at tiltrække unge efterkommere med stofproblemer til en integreret social – og misbrugsfaglig indsats, end Rådgivningscenter København og Center for unge og misbrug hidtil har praktiseret.

### Forebyggelse af uønskede graviditeter

<b>Målsætning</b>	Gennem en fokuseret rådgivning af stofmisbrugere i behandling (kvinder i den fødedygtige alder) og tilbud om gratis prævention begrænses antallet af uønskede graviditeter og skader på børn født af stofmisbrugere.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle kvindelige brugere i den fødedygtige alder skal tilbydes rådgivning vedr. brug af prævention og tilbydes gratis prævention, der er relevant i forhold til målgruppen.</li><li>• 50 % af kvindelige brugere i den fertile alder skal være i relevant antikonceptiv behandling</li></ul>

Rådgivningscentret oplyser, at alle kvinder i den fødedygtige alder får tilbud om præventiv behandling og forsøges motiveret til dette. Kvinder tilbydes gratis prævention, både P-sprøjte (fungerer 3 mdr.), Imolanon (fungerer 3 år), spiral (fungerer 5-6 år) eller p-piller. De tilbydes at blive fulgt til Sex og Samfund, der ved henvisning fra Rådgivningscentret undersøger og udleverer gratis prævention. Alle brugere har fri adgang til kondomer.

Der er ingen samlet registrering af, hvor stor en andel af de kvindelige brugere i den fertile alder, der er i antikonceptiv behandling, men det vurderes (Familieambulatoriet Thoravej), at det gælder hovedparten.

Fremadrettet (fra 2010) skal der indberettes til Sundhedsstyrelsen via Servicestyrelsens indberetningsportal, hvorvidt der for alle ”fertile” kvinder i behandling er iværksat antikonceptionsrådgivning.

## Forebyggelse af skader på børn af stofmisbrugere

<b>Målsætning</b>	Gravide stofmisbrugere skal ydes en tidlig indsats og følges gennem graviditeten for at sikre, at graviditeten gennemføres med færrest mulige komplikationer samt færrest mulige konsekvenser for barnet, samt at forældrene til det kommende barn forberedes så godt som muligt på forældreopgaven.
<b>Resultat- og Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle gravide kvindelige stofmisbrugere i behandling henvises til Hvidovre hospital og til Familieambulatoriet på Thoravej</li><li>• Ingen børn af stofmisbrugere bør fødes med abstinenssymptomer</li><li>• 75 % af anbringelser af børn af stofmisbrugere skal ske med forældrenes samtykke</li></ul>

For samtlige i behandling (august 2009) er det oplyst, at 92% ikke har hjemmeboende børn. 162 havde oplyst, at de på interviewtidspunktet havde hjemmeboende børn under 18 år.

Blandt nye brugere i behandling i 2009 oplyste 84%, at de ikke havde hjemmeboende børn under 18 år. 39 oplyste, at de havde hjemmeboende børn under 18 år.

Københavns kommune har haft et specialtilbud til stofmisbrugende forældre med børn (Familieambulatoriet Thoravej), som gennem en årrække har varetaget en række støttende foranstaltninger til familierne, samtidig med, at de også har varetaget en række kontrolfunktioner. Familieambulatoriet har derudover haft opgaver omkring at vejlede og støtte gravide kvinder og sikre, at børnene blev født under de bedst mulige omstændigheder.

Rådgivningscentret oplyser, at alle gravide brugere eller brugere, der har børn i hjemmet henvises direkte til Familieambulatoriet Thoravej. Enkelte visiteres dog først til stoffri døgnbehandling.

Der er en tendens til, at brugere med børn ikke ønsker at blive visiteret til Thoravej. I disse tilfælde, hvor det skønnes nødvendigt, er Rådgivningscentret og Familieambulatoriet i fællesskab forpligtede til at motivere brugeren for at behandlingen overgår til Familieambulatoriet.

For de brugere, der bliver gravide, mens de er i behandling, arbejdes der systematisk og tværsektorielt med fælles fokus på, at graviditeten gennemføres med færrest mulige komplikationer. I sådanne forløb har Familieambulatoriet Thoravej /Rådgivningscentret ansvaret for behandling af misbruget og den sociale behandling. Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital tager ansvaret for fødslen, og børnefamilieteamet ansvaret for indsatsen om det nyfødte barn.

Familieambulatoriet oplyser, at der ikke findes nogen eksakt statistik over hvor mange børn, der fødes med abstinenssymptomer, men at det

sker jævnligt.

Familieambulatoriet vurderer tilsvarende skønsomt, at 50% anbringelser af børn af stofmisbrugere sker med forældrenes samtykke.

Rådgivningscentret og Familieambulatoriet har indgået en aftale (februar 2010) om det indbyrdes samarbejde og kriterier for visitation, herunder også hvorvidt de nye brugergrupper skal følge samme procedure, som hidtil har været gældende for opiatmisbrugere. Ifølge aftalen opfordrer Familieambulatoriet til, at kokainmisbrugere følger samme procedure, mens det er op til konkret individuel vurdering af Modtageenheden, hvorvidt en visitation til Familieambulatoriet Thoravej er relevant, og hvorvidt børnefamilieteamet skal underrettes.

### **Behandlingsmål: Reduktion af stof-kriminalitets- og psykisk belastning**

<b>Målsætning</b>	Behandlingssystemet skal tilbyde behandling, der modsvarer de forskellige brugergruppers behov, hvilket sikres gennem et varieret og tilstrækkeligt udbygget behandlingssystem (kvalitativt og kvantitativt), og gennem brobygning til tilgrænsende tilbud.
<b>Resultatmål – ambulans behandling</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Minimum 50 % af brugerne, der modtager behandling i modtage- og behandlingsenheden, nedsætter deres misbrug af illegale stoffer og alkohol med minimum 30 % (i forhold til forbrug ved indskrivning).</li><li>• Minimum 50 % af de brugere, der er kriminelle, mindsker deres kriminalitet med minimum 30 % (i forhold til kriminalitet ved indskrivning).</li><li>• Minimum 50 % af brugerne reducerer deres psykiske problemer med minimum 30 % (i forhold til problemer ved indskrivning)</li></ul>

Formålet med behandling er at reducere afhængigheden af stoffer, men også reducere andre belastninger, som kan være en følge af eller på anden måde sammenhæng med stofmisbruget.

For at undersøge om behandlingen har de ønskede effekter og øge mulighederne for såvel behandlere og brugere for at kunne følge udviklingen og have en dialog om udviklingen i brugerens situation er der introduceret et interviewschema, som kan bruges af alle enheder.

I 2006 blev ASI (Addiction Severity Index) introduceret som redskab til brug for udredning af brugernes belastninger ved indskrivning i behandling, og tilsvarende ved opfølgning efter 6 måneder på en modtageenhed og en gang årligt på en behandlingsenhed. Formålet med opfølgningen var at måle om der skete en ændring af brugernes belastning i løbet af behandlingen, både med hensyn til at måle en effekt af behandlingen, men også med det formål at tilpasse behandlingen undervejs i samarbejde med brugeren.

ASI er blevet brugt – i stigende grad – ved indskrivning i behandling i forbindelse med udredning af belastning og behandlingsbehov, men i

mindre grad er der blevet lavet opfølgninger undervejs i behandlingsforløbet.

Ud fra det datamateriale, der foreligger på nuværende tidspunkt, er det ikke muligt at vurdere om målene for den ambulante behandling med henblik på reduktion af belastning er opfyldt.

Imidlertid er der i projektsammenhæng mere systematisk fulgt op på hvorvidt behandlingen har haft en effekt på brugernes belastninger på forskellige dimensioner. Nedenfor i tabel 9 sammenholdes Hash- og kokainprojektets deltagere med Projekt X-felts deltagere (heroinbrugere i substitutionsunderstøttet behandling) mht. ændringer i belastning fra indskrivning til opfølgning efter hhv. 4 måneder og 3-6 måneder. De heroinafhængige havde gennemsnitligt set en længere periode i behandling end hash- og kokainbrugere inden opfølgningen.

**Tabel 9. Sammenligning af reduktion i belastning mellem Hash- og kokainprojektets og X-felts brugere.**

	Stoffer (reduktion>40pct)	Psykisk (reduktion>40pct)	Social (reduktion>40pct)	Antal n
Aftengruppen (n=56)	59%	38%	57%	56
Dagsgruppen (n=35)	49%	40%	31%	35
x-felts <sup>18</sup> brugere (n=50)	47%	24%	37%	50

Kilde: Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug, målgruppe, metoder og resultater, Udarbejdet af Dorrit Pedersen. Socialforvaltningen febr. 2010.

Det gennemgående billede er, at hash – og kokainmisbrugerne (især aftengruppens deltagere) i højere grad reducerer belastningen med over 40% i løbet af behandlingen end de heroinafhængige, og det uanset at belastningsniveauerne kun afveg begrænset indbyrdes mellem de to grupper ved indskrivningen. Denne forskel kan ikke forklares udtømmende her, den kan formentlig dels tilskrives forskellen i brugergrupperne (behandlingsmotivation, grad af social marginalisering og graden af stofafhængighed), dels forskelle i behandlingsinterventionerne.

Det forventes, at der fremadrettet vil være muligt at undersøge effekten af behandling på 9 dimensioner (belastningsområder) på alle brugere i behandling.

<sup>18</sup> Helle Petersen, Mål, midler & kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen september 2005. Københavns Kommune



## Resultater af den stoffrie behandling

<b>Målsætning</b>	Den stoffrie behandling skal være attraktiv, faglig og metodisk stringent, ikke-stigmatiserende og helhedsorienteret gennem brugerorientering, anvendelse af evidensbaserede metoder og differentierede tilbud i relation til tid, behandlingsintensitet og mål.
<b>Resultatmål – stoffri døgntilbeholdning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 25 %, der udskrives fra stoffri behandling, udskrives færdigbehandlede og stoffri.</li><li>• Højest 33 % af dem, der udskrives færdigbehandlede og stoffri, falder tilbage i misbrug inden et år efter udskrivning.</li><li>• Alle, der udskrives færdigbehandlede og stoffri har en stabil boligsituation og har kontakt til ikke-misbrugende netværk.</li><li>• Mere end 50 % af iværksatte stoffri behandlingsforløb gennemføres i henhold til behandlingsplanen.</li></ul>

I 2006 blev der besluttet en standard for målopfyldelse for den stoffri behandling på mindst 25%, højst 33% på antal ”tilbagefald” og højst 50% hvad angår ”drop out”.

Det har siden vist sig, at målopfyldelsen reelt var steget til gennemsnitligt 35% for stoffri udskrivning, tilbagefald reduceret til mellem 15 og 20% og ”drop out” reduceret til under 50% siden 2006.

Den forbedrede målopfyldelse for den stoffrie behandling kan delvist forklares ved en ændret brugersammensætning – flere med andet hovedstof end heroin og med en fortsat kontakt til arbejdsmarkedet - kommer i stoffri behandling, delvis ved at behandlingens længde er blevet kortere, delvis ved et mere kompetent behandlingssystem, idet medarbejderne har opnået en højere anciennitet, og flere har gennemgået relevant efteruddannelse.

## Kvalitetsudvikling af substitutionsbehandlingen

<b>Målsætning</b>	Substitutionsbehandlingen skal kvalitetsudvikles gennem udvikling af faglige standarder, der skal sikre, at mål for behandlingen understøttes af en hensigtsmæssig medicinsk behandling (herunder ordinationspraksis og valg af substitutionspræparat), og at risikoen for overdosisdødsfald og videresalg af medicin begrænses.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicinsk audit gennemføres en gang årligt</li><li>• Alle nye brugere, hvor der er indikation for substitutionsbehandling, tilbydes buprenorphin som førstepræparat</li><li>• Mindst 80 % af alle nye brugere i substitutionsbehandling, sættes i buprenorphinbehandling</li></ul>

Der er gennemført en årlig audit af medicindosis, som følges op af en evt. justering af ordinationspraksis med en deraf følgende nedgang i antallet af overdosisstilfælde. På Specialinstitutionen Forchhammersvej, hvor dosisstørrelserne gennemgående er høje (se figur 11) gennemføres en ”hjemkaldelsessamtale” en gang om året med alle brugere for at vurdere om dosisstørrelse er relevant.

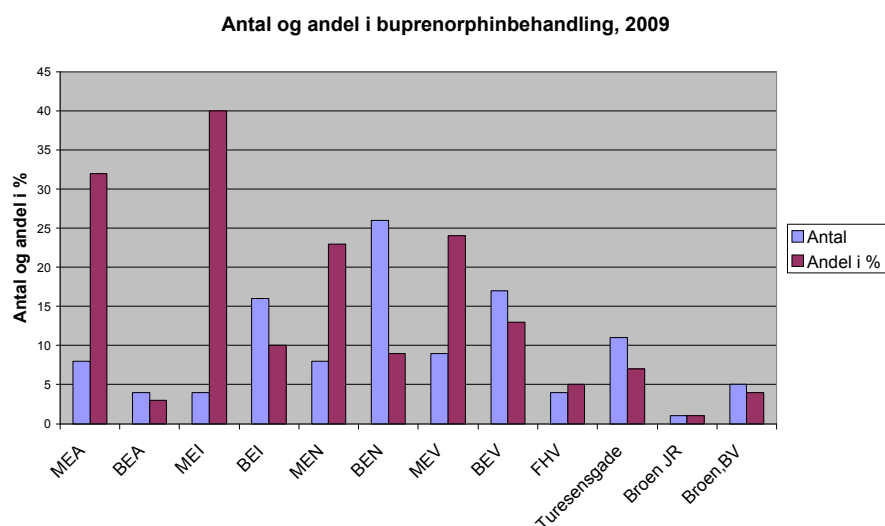
**Figur 11. Dosisstørrelse angivet for metadon, opdelt efter behandlingssted.**

**Fejl! Objekter kan ikke oprettes ved at redigere feltkoder.**

Kilde: Indberetninger fra lægerne i behandlingssystemet i 2009.

Buprenorfin tilbydes fortrinsvist som første substitutionsstof til nye i behandling og tilbydes også til brugere, som er i metadonbehandling, heraf er der imidlertid kun et fåtal af brugerne der er interesserede i dette præparat.

**Figur 11. Antal i Buprenorfinbehandling og andel blandt indskrevne brugere i substitutionsbehandling, som er i buprenorfinbehandling. Målt på en dato i 2009 (punktprævalens) opgjort efter institution.**



Kilde: Indberetninger fra lægerne i behandlingssystemet i 2009.

Andelen der er i buprenorfinbehandling varierer på modtageenhederne mellem 40% og 23%, på behandlingseenhederne mellem 3% og 12% og på de øvrige behandlingstilbud, som fortrinsvist har de ældre brugere i behandling mellem 1% og 5%, Målet på 80% er ikke nået, men Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges, samtidig med at brugernes præferencer imødekommes. Ældre brugere i langvarig metadonbehandling foretrækker helt gennemgående at fortsætte i metadonbehandling.

## Personaleomsætning og kompetenceudvikling

<b>Målsætning</b>	Gennem en kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling af medarbejderne sikres det, at der er de relevante og nødvendige kompetencer tilstede i behandlingssystemet og at behandlingssystemet opleves som en attraktiv arbejdsplads.
<b>Resultatmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en gennemsnitlig personaleomsætning på 15 % per år målt for samtlige institutioner.</li> <li>• Alle nyansatte medarbejdere har inden 1 år efter deres ansættelse gennemført et undervisningsforløb, der introducerer til arbejdet med stofmisbrugere og behandlingssystemet</li> <li>• Alle institutioner skal have udarbejdet en voldspolitik</li> </ul>

Det er en gennemgående erfaring<sup>19</sup>, at en personalegruppe med høj anciennitet og en opdateret efteruddannelse giver de bedste behandlingsresultater.

Det er derfor positivt, at personaleomsætningen i Rådgivningscenter København ikke er højere end 16% årligt i perioden (den er ikke opgjort på de øvrige centre, men overskrider næppe Rådgivningscentrets).

Der har i perioden været sat markant ind på alle centre i forhold til kompetenceudvikling af personalet. En stor del af medarbejderne efteruddannes i den kognitive metode, nye medarbejdere tilbydes introkurser.

Der er iværksat et særligt uddannelsesforløb på behandlingenhederne for at få en fælles referenceramme, en fælles forståelse af misbrug/afhængighed og en kompetence indenfor løsningsfokuseret behandling, især med henblik på at understøtte brugernes motivation for forandring.

Der er udviklet en voldspolitik på alle centre eller under udvikling.

## Den sociale handleplan

<b>Målsætning</b>	Gennem den sociale handleplan sikres brugerinddragelse og koordinering af misbrugsbehandling med socialt integrerende tiltag, sundhedsfremmende og sygdomsbekæmpende tiltag og tiltag, der dækker omsorgs- og plejebehov i henhold til fælles mål for den brugerrettede indsats.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle brugere i behandling skal have tilbudt en social handleplan, som skal opdateres løbende med en opfølgning mindst hver 6. måned. Tilbuddet om en social handleplan og den sociale handleplan skal registreres i den elektroniske brugerjournal.</li> </ul>

Der monitoreres løbende via den elektroniske brugerjournal og SOFDW på, om målene hvad angår tilbud om sociale handleplaner og halvårsopfølgningen opfyldes.

<sup>19</sup> Erfaringer fra Danris-rapporten 2006 og Pedersen, M.U. (2009): [Stoffri døgnehåndling 1997 til 2007](#), Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Stort set alle får tilbudt at få udarbejdet en social handleplan. Imidlertid er der en meget stor andel af brugerne, der afviser tilbuddet. Det drejer sig især om førtidspensionisterne, men i det hele taget er der en stor gruppe blandt gruppen i længerevarende substitutionsbehandling, der afviser at modtage tilbuddet.

Der synes at være forskellige måder at arbejde med sociale handleplaner på hhv. modtageenhederne og behandlingenhederne. På modtageenhederne bruges den sociale handleplan som et led i brugerinddragelsen og til at skabe en koordineret helhedsorienteret indsats. På behandlingenhederne har arbejdet med sociale handleplaner mere været set som noget, der ”ligger ved siden” af behandlingen. Der er imidlertid i 2009 iværksat et udviklingsarbejde og en kompetenceudvikling på behandlingenhederne, som integrerer arbejdet med sociale handleplaner i den øvrige indsats, og hvor den løsningsfokuserede metode anvendes.

## Koordination af behandling og beskæftigelsesindsatsen

<b>Målsætning</b>	Misbrugsbehandlingen og beskæftigelsesindsatsen skal understøtte hinanden med henblik på at øge brugernes livsmuligheder og fremme deres adgang til selvforsørgelse
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rådgivningscentrene koordinerer den sociale handleplan med jobcentret, når der er ændringer i behandling eller i brugernes situation, der har indflydelse på brugerens beskæftigelsesmæssige situation eller fremtidige forsørgelse</li> </ul>

I 2008/2009 er der udviklet et formaliseret samarbejde mellem Beskæftigelsesforvaltningen og Socialforvaltningen om ”fællesborgerne” (BIF/SOF-samarbejdet), som i april 2010 er lanceret via en fælles ”BIF-SOF” portal til at understøtte sagsgangen omkring ”fællesborgerne”.

BIF/SOF- samarbejdet har bidraget til at løfte beskæftigelsesindsatsen for brugerne. Dette arbejde har uden tvivl medvirket til, at aktiveringsprocenten er øget blandt stofmisbrugere i behandling for alle matchgrupper. Som led i samarbejdet er der udarbejdet sociale handleplaner for 177 fællesborgere (som overskrider målet, som var 97). Rådgivningscentret oplyser, at de fortsat arbejder på at kvalitetsudvikle samarbejdet inden for samarbejdet med BIF.

Uanset at aktiveringsindsatsen er øget for stofmisbrugere i behandling i perioden 2007-2009 for alle matchgrupper, så anfører Center for Misbrug, at aktiveringstilbuddet ”Hotellet”, som er et tilbud til de misbrugende kontanthjælpsmodtagere, ikke udnyttes hensigtsmæssigt, og at samarbejdet med BIF burde sætte fokus på hvordan tilbud til den

svageste gruppe kunne komme flere brugere til gode.

Der har været gennemført et projekt om social aktivering i regi af Aktivitetscentret på Sundholm fra 2006 til 2008 med henblik på et dag-til-dag beskæftigelsestilbud til udsatte misbrugere og hjemløse ("Grundlæggerne"). Projektet havde karakter af en "socialøkonomisk virksomhed" med støtte. Projektet opnåede positive resultater mht. brugertilfredshed og indtjening. Imidlertid blev projektet ikke prioriteret videreført, uanset de gode resultater, da der i sidste ende ikke kunne findes den nødvendige finansiering.

## Hjemløse-indsatsen på stofmisbrugsområdet

<b>Målsætning</b>	Brugere i behandling skal tilbydes hjælp til at etablere/opretholde stabile og velfungerende boligforhold gennem pædagogisk støtte i eget hjem, tilbud om pleje- og omsorg i eget hjem, samt udbygning af botilbud til særlige målgrupper.
<b>Resultatmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 33 % af de brugere, der i det foregående år har været uden bolig, (har haft ophold på et herberg eller som har været registreret under ukendt adresse i folkeregistret skal) skal i det efterfølgende år have opnået en mere stabil boligsituation, målt ved at have en adresse i folkeregistret, som ikke er et herberg.</li><li>• Andelen af brugere i behandling i løbet af et år, der er hjemløse (forstået som enten havende ophold på et herberg eller være uden fast adresse i folkeregistret i løbet af året) må ikke overstige andelen det foregående år.</li></ul>

Indsatsen for at afhjælpe hjemløshed monitoreres løbende og det ses, at i hele perioden ligger andelen på omkring 40%, der et år efter at de har været uden fast adresse har fået en stabil bolig.

Den fremadrettede hjemløseindsats – og for misbrugerne – skal ses i sammenhæng med realisering af hjemløsestrategien.

## Koordination med Kriminalforsorgen

<b>Målsætning</b>	Gennem en struktureret og koordineret samarbejde med Kriminalforsorgen vedr. enkelte brugeres løsladelsessituation skal brugernes tilbagefald til ny kriminalitet begrænses.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At alle brugere, der er klienter begge steder, får udarbejdet en fælles social handleplan.</li><li>• At behandling, der er påbegyndt, mens brugeren er i Kriminalforsorgens regi, fortsættes efter en struktureret plan i behandlingssystemets regi.</li></ul>

Der har i perioden 2006-2008 været iværksat flere fællesprojekter med Kriminalforsorgen. Projekt over Muren er et satspuljeprojekt i det københavnske fængselsvæsen, som havde til formål at skabe kontakt til og tilbyde en indledende behandling til misbrugere, fortrinsvist hash- og kokainmisbrugere, mens de var indsatte og efterfølgende efter løsladelse sikre en videreførelse af behandlingen i kommunalt regi.

Projektet blev i forløbet akkrediteret af Kriminalforsorgens akkrediteringspanel<sup>20</sup> og er efterfølgende forankret i Center for Misbrug og videreføres fortsat i et samarbejde mellem Kriminalforsorgen og Københavns Kommune.

Projektet opnåede kontakt med en relevant målgruppe, heraf også med en gruppe, som havde behov for en tidlig indsats, men som man ikke ville kunne have nået, mens de var i ”frihed”.

Derudover har Rådgivningscentret været part i projektet ”den gode løsladelse” med deltagelse af Kriminalforsorgen og Servicestyrelsen. I slutningen af 2008 er der etableret en samarbejdsaftale for at sikre en mere fast struktur omkring løsladelse og videreførelse af behandling. Der er udarbejdet procedurer for samarbejdet med Beskæftigelsesforvaltningen, således at en løsladt kan få kontanthjælp fra første løsladelsesdag. Der er klare procedurer om koordinering og samarbejde om den fælles handleplan.

## Sygdomsbekæmpelse, sundhedsfremme og reduktion af dødelighed

Målsætning	Stofmisbrugernes helbredsmæssige problemer (og dermed dødeligheden) bør reduceres ved en rettidig forebyggende, behandlende og social indsats. Indsatsen i forhold til de helbredsmæssige problemer skal være en integreret del af den samlede indsats, og skal ske i et samarbejde med det primære og sekundære sundhedsvæsen (brobygning).
Ydelses- og resultatmål	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle brugere skal tilbydes udredning for hiv og hepatitis dokumenteret ved journaloptegnelse</li><li>• Alle ikke-smittede brugere skal tilbydes vaccination mod hepatitis B dokumenteret ved journaloptegnelse.</li><li>• 50 % af ikke-smittede stofmisbrugere skal være fuldt vaccinerede mod hepatitis B senest et år efter indskrivning i behandlingssystemet.</li></ul>

Der foreligger ikke tal for, hvor mange i Københavns kommune, der er smittede eller nysmittede år for år.

Rådgivningscenter København og Center for Specialinstitutioner melder tilbage i deres rapportering at ovennævnte ydelses- og resultatmål er opfyldte, dog uden at dette er dokumenteret i aggregeret form. Det er dokumenteret i de enkelte journaler.

Rådgivningscenter København noterer, at den sundhedsfremmende indsats for brugerne i deres regi er styrket ved at brugerne tilbydes:

- hepatitis C vaccine
- redskaber til og vejledning omkring fixeteknik
- sundhedspleje på sundhedsklinik

<sup>20</sup> Projekt over Muren, Akkrediteringsrapport, Københavns fængsler, Københavns Kommune Projekt over Muren, 2009.

### *Dokumentation*

I løbet af 2010 i forbindelse med den fælles indberetningsportal til Service- og Sundhedsstyrelserne vedr. indsatser over for stofmisbrugere i behandling vil der blive indført en systematisk registrering af oplysninger om forekomst af HIV og Hepatitis, og hvorvidt der er udført vaccinationer for hepatitis.

### **Skadesreduktion/ legaliseringstiltag**

Københavns Kommune uddeler gratis sprøjter og kanyler til borgerne. Der er udviklet en række gadeplansinitiativer af såvel social- og sundhedsfaglig karakter, som tilbyder ydelser til de mest udsatte borgere.

### *Fixerum*

I 2005 og 2006 gav Københavns Kommune udtryk for overfor regering og folketing, at der er behov for etablering af fixerum, dvs. lokaliteter, hvor der er adgang til at indtage stofferne i rene og ikke-stressende omgivelser.

Dette har imidlertid været konsekvent afvist af regeringen, og Københavns kommune har således alene måttet etablere sundhedsrum, hvor der er adgang til at indtage legalt ordinerede stoffer, mens det ikke har muligt at etablere egentlige fixerum. Dette har medført, at gadescenen omkring sundhedsrum og værested er domineret af handel med illegale stoffer og injektion af stofferne.

Københavns kommune har på Vesterbro i 2008 etableret et sundhedsrum med sundhedsydelser samt adgang til at indtage lægeligt ordinerede ”stoffer”. Et lokalt initiativ ”Dugnad” driver et værested ved siden af sundhedsrummet.

Ingen af delene dækker imidlertid behovet for et ”fixerum”, som der tidligere er gjort opmærksom på overfor regering og folketing, at der er stort behov for, men som den siddende regering fortsat afviser at give mulighed for at etablere.

### *Heroinbehandling*

I 2010 er der åbnet et heroinbehandlingstilbud i Københavns Kommune med plads til op til 120 brugere. Heroinbehandlingen er finansieret af Sundhedsministeriet. Sundhedsstyrelsen har defineret rammerne og følger søgning og effekt af tilbuddet.

### *Forsøg med afkriminalisering af hashhandel*

På baggrund af en stigende bande- og voldskriminalitet, knyttet til en stadig mere spredt hashhandel i København har Borgerrepræsentationen bedt Socialudvalget om at udarbejde en redegørelse om effekterne af en afkriminalisering af hashhandelen i København. På baggrund af redegørelsen anbefalede Socialudvalget, at Borgerrepræsentationen drøftede igangsættelse af en forsøgsordning med afkriminalisering af hashhandelen på særlige cafeer i København og rettede en henvendelse til Justitsministeriet herom. Efterfølgende fremsendte Borgerrepræsentationen nedenstående henvendelse om at iværksætte en forsøgsordning. Der er i skrivende stund ikke modtaget svar fra Justitsministeriet på denne henvendelse.



Justitsminister Brian Mikkelsen  
Justitsministeriet  
Slotsholmsgade 10  
1216 København K

Dato:  
Sagsnr.: 2009-158955  
Dok.nr.: 2009-720244

Kære Brian Mikkelsen

På baggrund af behandling i Socialudvalget vedr. spørgsmålet om en forsøgsordning med et legalt reguleret hashmarked i København, har Borgerrepræsentationen den 28. januar 2010 besluttet at rette henvendelse til Justitsministeriet med henblik på at få en dispensation fra gældende lovgivning vedr. handel med euforiserende stoffer.

Forsøgsordningen med et legalt og reguleret hashmarked i København skal ses som Københavns Kommunes ønske om at bidrage til at finde en bedre løsning på de udfordringer, vi i det meste af landet står overfor, i forhold til et øget forbrug af hash og øget kriminalitet forbundet med hashhandlen.

Vi har i Københavns Kommune afholdt en høring om spørgsmålet, og har modtaget 53 høringssvar, hvoraf 41 talte positivt for et legalt reguleret hashmarked.

De gennemgående argumenter for at støtte forslaget er mulighederne for:

- At begrænse kriminalitet i almindelighed og bandekriminalitet i særdeleshed.
- At de ressourcer, der i dag benyttes til at bekæmpe hashen, kan anvendes mere hensigtsmæssigt.
- At veldrevne legale udsalgssteder, giver bedre kontakt til brugere og bedre adgang til at hjælpe misbrugere.

Dertil kommer, at der ikke er belæg for, at der er sammenhæng mellem graden af kriminalisering og forbruget af hash.

Rådhuset  
1599 København V

Borgerrepræsentationen har, på baggrund af Socialudvalgets behandling af spørgsmålet samt høringen, besluttet at anmode Justitsministeriet om dispensation fra lovgivningen på området for handel med euforiserende stoffer, så der kan gennemføres en 3-årig forsøgsordning med offentligt drevene salgssteder med fagligt velfunderet personale. Det vil give mulighed for at afprøve om et legalt reguleret hashmarked:

Telefon  
33 66 33 66  
Telefax  
33 66 70 75

- Kan have en positiv indvirkning på forbruget og især misbruget af hash. [www.kk.dk](http://www.kk.dk)
- Kan skabe en platform for mere effektiv folkeoplysning om virkningerne og skadevirkningerne ved brugen af hash.

Side 2 af 2

- Kan skabe en bedre og tidligere kontakt mellem hashmisbrugerne og behandlingssystemet.
- Kan mindske overgangen fra brugen hash til farligere og mere afhængigheds skabende stoffer.
- Kan have en begrænsende effekt på den organiserede kriminalitet, særligt den voldelige bandekriminalitet.

Det er afgørende, at der ved en forsøgsordning er tale om en egentlig legalisering i alle de led, der er forbundet med dyrkning, import, køb og salg af hash og ikke blot en afkriminalisering eller legalisering af visse led i kæden, da der i så fald ikke er mulighed for at påvirke den organiserede kriminalitet.

Det skal bemærkes, at flere andre lande, der er tilsluttet FN's Narkotikakonvention har afkriminaliseret deres hashmarked. Heroinforsøgene, der er gennemført i en række lande er desuden tegn på, at konventionen ikke er en hindring for forsøgsordninger med nationale lempelser i lovgivning om euforiserende stoffer.

Såfremt ministeren har uddybende spørgsmål til vore planer for forsøgsordningen kan der rettes henvendelse til Socialborgmester NN.

Borgerrepræsentationen ser frem til at modtage svar på denne anmodning.

Venlig hilsen

NN Overborgmester

/NN, Socialborgmester

Bilag:

Notat vedrørende afkriminalisering af hashhandlen i København af 7. september 2009

## **Perspektivering**

Denne evaluering peger på, at der er i sektorplanens periode sket en væsentlig udvikling hvad angår en række af sektorplanens fokusområder:

- Indførelse af trinbehandling har kvalificeret visitationsprocessen, herunder medvirket til at synliggøre og differentiere behovet for hhv. ambulans/dag/døgnbehandling efter objektive kriterier

- Behandlingssystemet har integreret nye målgrupper som hash- og kokainmisbrugere og udviklet nye behandlingstilbud til en del af målgruppen
- Der er i perioden sket en reel samordning af beskæftigelsesindsatsen og misbrugsbehandlingen og mellem kriminalforsorgens og behandlingssystemets indsats til gavn for borgerne
- Det opsøgende gadeplansarbejde er blevet en fast forankret indsats, som fungerer som brobygning mellem brugere og de forskellige myndighedsområder til gavn for de allersvageste
- Substitutionsbehandlingen er blevet et mere varieret og differentieret tilbud, hvor buprenorphin tilbydes som alternativ til metadon, heroinbehandling tilbydes de langvarigt afhængige, og der tilbydes metadon til injektion.
- Den sundhedsfaglige indsats i forhold til antikonception, screening for smitsomme sygdomme og vaccinationer er udbygget i perioden med gode resultater
- Skadesreduktionsindsatsen på gadeplan og de politiske visioner, hvad angår heroinbehandling og legalisering af hash har skabt grundlag for nye indsatser

Evalueringen peger imidlertid også på områder, hvor der er behov for at tænke nyt, hvor der er behandlingsbehov, der ikke imødekommes, hvor samordningen mellem indsatsområderne ikke fungerer, hvor kvalitet og effekt kan forbedres. Det bør i forlængelse af evalueringen overvejes, hvordan:

- Behandlingssystemet kan øge opmærksomheden over for nye tendenser i misbrugsmønstret og yde en tidlig indsats over for nye målgrupper
- Behandlingssystemet bliver tilgængeligt for flere målgrupper, fx yngre med anden etnisk baggrund end dansk, unge kokainmisbrugere, de udsatte unge med særlige problemer, velfungerende borgere med et misbrug, de svageste brugere
- Der kan differentieres yderligere i behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsbehandling med henblik på 1) motivation til forandring og udvidelse af livsmuligheder for større dele af gruppen og 2) at sikre at social- og sundhedsfaglig støtte tilbydes sammen med medicinsk indsats

- Det skal løbende afvejes, hvordan udbuddet af behandling bedst matcher behandlingsbehovet for mere eller mindre intensiv behandling (trin 1, trin 2 og trin 3-behandling) og mere eller mindre "wrap around"-tilbud .
- Samordning mellem stofmisbrugsbehandling og psykiatrisk behandling kan kvalificeres, således at brugerne ikke fortsat falder mellem to stole
- Samordning mellem misbrugsbehandling og pleje- og omsorgstilbud (SOF-SUF) kan tilgodese de øgede pleje- og omsorgsbehov blandt ældre, svækkede brugere