

Forvaltningens forord

Den foreliggende rapport om personer i substitutionsbehandling ledsaget af en udvidet psykosocial indsats (Projekt X-felt) viser, at behandling med metadon eller buprenorphin har en meget markant effekt på omfanget af det illegale misbrug og kriminalitet, som gennemsnitligt reduceredes med 80 – 90 % efter få måneders behandling, og en noget mindre markant effekt på omfanget og sværhedsgraden af psykiske lidelser. Behandlingen medførte også en forbedring af brugernes boligsituation, men der var ingen effekt på deres beskæftigelsessituation. Det sidste er beklageligt, men ikke overraskende i forhold til brugernes i udgangspunktet meget beskedne uddannelses- og arbejdsmæssige kvalifikationer, et krævende arbejdsmarked og en beskæftigelsessituation, hvor der står 900.000 andre udenfor arbejdsmarkedet.

Resultaterne er ikke overraskende, og svarer til dem man finder i andre undersøgelser af kvalificerede behandlingsprogrammer, men er her bedre dokumenteret end man normalt ser det, og det er den primære styrke ved denne rapport.

Projekt X-felt var et af flere af de projekter Socialministeriet finansierede for at undersøge om en udvidet psykosocial indsats medførte bedre behandlingsresultater end ved den normale temmelig ressourcefattige behandling (en beskrivelse af samtlige projekter kan findes i: Petersen MU. Heroinafhængige i metadonbehandling. Center for Rusmiddelforskning, 2005). Det særlige ved Projekt X-felt var, at man definerede udvidet social støtte ikke kun som brug af flere personaleressourcer, men også som et systematisk kvalitetsudviklingsprojekt med fastsættelse af kvalitets- og procesmål med tilhørende standarder, og en tæt monitorering af behandlingsindsatsen ved regelmæssig brug af validerede, og internationalt brugte, spørgeskemaer. Hermed blev det muligt løbende at følge resultaterne af behandlingen på en række områder, og at korrigere indsatsen, hvis resultaterne ikke levede op til de fastsatte standarder.

Det er en ny, og også ret krævende, måde at arbejde på for behandlingssystemet, men den indebærer en række åbenbare fordele. For den enkelte bruger i behandling og for dennes kontaktperson bliver det muligt at vurdere om man når de fastsatte behandlingsmål, og for at korrigere behandlingen der hvor målene ikke er nået. Tilsvarende er det for institutionen og dennes ledelse muligt løbende at konstatere om behandlingen når sine mål på forskellige områder, og konstatere hvor der evt. er

mangler i indsatsen. Dette giver den administrative ledelse i FAF mulighed for relativt tæt at følge behandlingsindsatsen på den enkelte institution.

Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget besluttede i 2004 at videreføre Projekt X-felt som en kommunal institution. Det er forvaltningens ønske, at den indsats der i Projekt X-felt er gjort for at integrere en systematisk kvalitetsudvidelse og -sikring med en løbende monitorering af behandlingsresultaterne, kan anvendes som model i det øvrige behandlingssystem.

MÅL, MIDLER &
KVALITET
i
stofmisbrugsbehandlingen

Af afdelingslæge Helle Petersen

Københavns Kommune, Familie - og Arbejdsmarkedsforvaltningen

September 2005.

Forord:

Det foreliggende er en afrapportering af et af de 4 projekter som blev iværksat i perioden 2001 –2004 med henblik på at dokumentere en evt. effekt af udvidet psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen i Danmark. Projekterne blev finansieret af Socialministeriet. Herværende projekt, Projekt X-felt, har været forankret i Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, kontoret for voksne med særlige behov.

Tak til de omstillingsparate og dygtige medarbejdere i Projekt X-felt.

Tak til brugerne som lagde krop til hele processen.

Tak til centerleder Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning og overlæge Bent Nielsen, psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital for inspiration og mange gode råd.

Sidst, men ikke mindst, tak til socialoverlæge Peter Ege for altid tålmodig og inspirerende faglig sparring og vejledning.

Forvaltningens forord

Den foreliggende rapport om personer i substitutionsbehandling ledsaget af en udvidet psykosocial indsats (Projekt X-felt) viser, at behandling med metadon eller buprenorphin har en meget markant effekt på omfanget af det illegale misbrug og kriminalitet, som gennemsnitligt reduceredes med 80 – 90 % efter få måneders behandling, og en noget mindre markant effekt på omfanget og sværhedsgraden af psykiske lidelser. Behandlingen medførte også en forbedring af brugernes boligsituation, men der var ingen effekt på deres beskæftigelsessituation. Det sidste er beklageligt, men ikke overraskende i forhold til brugernes i udgangspunktet meget beskedne uddannelses- og arbejdsmæssige kvalifikationer, et krævende arbejdsmarked og en beskæftigelsessituation, hvor der står 900.000 andre udenfor arbejdsmarkedet.

Resultaterne er ikke overraskende, og svarer til dem man finder i andre undersøgelser af kvalificerede behandlingsprogrammer, men er her bedre dokumenteret end man normalt ser det, og det er den primære styrke ved denne rapport.

Projekt X-felt var et af flere af de projekter Socialministeriet finansierede for at undersøge om en udvidet psykosocial indsats medførte bedre behandlingsresultater end ved den normale temmelig ressourcefattige behandling (en beskrivelse af samtlige projekter kan findes i: Petersen MU. Heroin-afhængige i metadonbehandling. Center for Rusmiddelforskning, 2005). Det særlige ved Projekt X-felt var, at man definerede udvidet social støtte ikke kun som brug af flere personaleressourcer, men også som et systematisk kvalitetsudviklingsprojekt med fastsættelse af kvalitets- og procesmål med tilhørende standarder, og en tæt monitorering af behandlingsindsatsen ved regelmæssig brug af validerede, og internationalt brugte, spørgeskemaer. Hermed blev det muligt løbende at følge resultaterne af behandlingen på en række områder, og at korrigere indsatsen, hvis resultaterne ikke levede op til de fastsatte standarder.

Det er en ny, og også ret krævende, måde at arbejde på for behandlingssystemet, men den indebærer en række åbenbare fordele. For den enkelte bruger i behandling og for dennes kontaktperson bliver det muligt at vurdere om man når de fastsatte behandlingsmål, og for at korrigere behandlingen der hvor målene ikke er nået. Tilsvarende er det for institutionen og

dennes ledelse muligt løbende at konstatere om behandlingen når sine mål på forskellige områder, og konstatere hvor der evt. er mangler i indsatsen. Dette giver den administrative ledelse i FAF mulighed for relativt tæt at følge behandlingsindsatsen på den enkelte institution.

Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget besluttede i 2004 at videreføre Projekt X-felt som en kommunal institution. Det er forvaltningens ønske, at den indsats der i Projekt X-felt er gjort for at integrere en systematisk kvalitetsudvidelse og –sikring med en løbende monitorering af behandlingsresultaterne, kan anvendes som model i det øvrige behandlingssystem.

Indholdsfortegnelse:

INDHOLDSFORTEGNELSE:.....	5
RESUME:.....	7
KAPITEL 1: INDLEDNING.....	10
1.1 DEN HISTORISKE BAGGRUND – PROBLEMSTILLINGEN.....	10
1.2 DEN EKSISTERENDE VIDEN	12
1.3 FORMÅL.....	18
1.4 PROJEKT X-FELT.....	18
1.5 IMPLEMENTERING.....	19
1.6 MÅLGRUPPE	20
1.7 RANDOMISERING-/VISITATIONSMETODE.....	20
1.8 UNDERSØGELSESDSIGN	22
KAPITEL 2: PROJEKT X-FELTS OPFATTELSE AF UDVIDET PSYKOSOCIAL STØTTE.....	23
2.1 ØGET PSYKOSOCIAL BEHANDLINGSINDSATS OPFATTES SOM "KVALITET I BEHANDLING"	23
2.2 KVALITETSUDVIKLING	23
2.2.1 Begreber og definitioner i kvalitetsudvikling.....	26
2.2.3 Dataindsamling.....	30
2.2.4 Kvalitetsudviklingsstrategi.....	31
2.2.5 Implementering	31
2.3 SYSTEMATISK DOKUMENTERET BEHANDLING INDSATS.	35
2.3.1 Kobling af forskning, daglig klinisk praksis og kvalitetsudvikling.....	35
2.3.2 Dokumentation med EUROP-ASI og SF-36.....	35
2.3.3 Den Elektroniske Brugerjournal og ydelsesdokumentation.....	38
2.4 INDIVIDUEL TILRETTELAGT BEHANDLING.....	40
2.5 BEHANDLINGSALLIANCE	41
2.6 FAGLIGT VELUDDANNET PERSONALE	42
2.7 SYSTEMATISK ORGANISERET BEHANDLINGSINDSATS	43
2.7.1 Systematisk rådgivningsindsats.....	43
2.7.2 Struktureret kortlægning af problemområder og behandlingsbehov ved standardiserede spørgeskemaer (ASI og SF-36)	44
2.8 CASE MANAGEMENT.....	49
2.9 PERSONALE:KLIENT RATIO	52
2.10 MINIMERING AF KONTROLFORANSTALTNINGER	52
KAPITEL 3: PROJEKT X-FELTS RAMMER.....	55
3.1 PROJEKTETS ORGANISERING I FORHOLD TIL KØBENHAVNS KOMMUNES MISBRUGSBEHANDLING.....	55
3.2 PERSONALESAMMENSÆTNING OG ORGANISATORISK TILRETTELÆGGELSE	56
3.2.1 Personalesammensætning.....	56
3.2.2 Den organisatoriske tilrettelæggelse af behandlingen.....	58
3.2.3 Projektets ledelsesstruktur.....	60
3.2.4 De ansattes arbejdsfunktioner.....	60
3.2.5 Brugerinvolvering.....	61
3.3 DET FYSISKE MILJØ.....	61
3.4 RAMMER FOR SUBSTITUTIONSBEHANDLINGEN	64
3.4.1 Apoteksudlevering og kontrol i behandling.....	65
3.4.2 Substitutionsbehandlingen i Projekt X-felt.....	66
3.4.3 Rammer for selvadministration.....	69
3.4.4 Varighed af substitutionsbehandling.....	70
3.5 ANDEN MEDICINSK BEHANDLING	70
KAPITEL 4. BEHANDLINGSSYSTEMETS YDELSER	70

4.1 MÅLSÆTNING	70
4.2 OVERORDNET BEHANDLINGSSTRATEGI	71
4.3 BEHANDLINGSMODALITETER.....	73
4.3.1 Individuel rådgivning.....	73
4.3.2 Individuel støtte og anden kontakt	74
4.3.3 Individuel - og gruppeterapeutiske forløb med psykolog (afsnittet er skrevet i samarbejde med psykolog Bendt Skjold Hansen).....	75
4.3.4 Sundhedsfaglig service.....	76
4.3.5 Hiv/hepatitis.....	77
4.3.6 Undervisning og forebyggelse.....	77
4.3.7 Forebyggelse af uønsket graviditet og underlivssygdomme.....	78
4.3.8 Gratis medicin.....	78
4.3.9 Ad hoc-gruppeaktiviteter, bofællesskab	79
KAPITEL 5: KVALITETSUDVIKLINGSMODELLEN I PROJEKT X-FELT	80
5.1 KVALITETSUDVIKLINGSPROCESSEN.....	80
5.2 KVALITETSMÅL	81
5.3 STANDARDYDELSER	85
5.4 SAMMENHÆNG MELLEM KVALITETSMÅL OG STANDARDYDELSER.....	93
5.5 YDELSEREGISTRERING.....	94
5.6 KLIENTFORLØBSBESKRIVELSER, ÅRSAGSANALYSER OG METODISK PROJEKTARBEJDE	97
KAPITEL 6: RESULTATER.....	100
6.1 BAGGRUNDSDATA	100
6.2 SVARPROCENT VED ASI OG SF-36	105
6.3 EUROPASI DATA:	106
6.3.1 Bolig.....	106
6.3.2 Arbejde/indtægt.....	107
6.3.3 Kriminalitet.....	110
6.3.4 Stoffer og injektionsmisbrug.....	111
6.3.5 Alkohol.....	116
6.3.6 Psykisk helbred	117
6.3.7 Fysisk helbred.....	121
6.4 SF-36 DATA:.....	124
6.5 LEVEREDE OG DOKUMENTEREDE YDELSER.....	128
6.6 MEDICINDOSER, FORDELING METADON/BUPRENORFIN, MEDICINFRI	131
KAPITEL 7: RESULTATER AF KVALITETUDVIKLINGSPROCESSEN	132
7.1 KVALITETSMÅL 1: ØGET LIVSKVALITET.....	132
7.2 KVALITETSMÅL 2: ØGET SOCIAL INTEGRATION.....	140
7.3 KVALITETSMÅL 3: REDUKTION AF MISBRUG	141
7.4 KVALITETSMÅL 4: REDUKTION I KRIMINALITET.....	142
7.5 KVALITETSMÅL 5: FASTHOLDELSE I BEHANDLING.....	143
7.6 STANDARDYDELSE 1: EUROPASI/SF36 INTERVIEW.....	144
7.7 STANDARDYDELSE 2: BEHANDLINGSPLAN.....	145
7.8 STANDARDYDELSE 3: SOCIAL HANDLEPLAN.....	146
7.9 STANDARDYDELSE 4: INDIVIDUEL RÅDGIVNING (IR)	146
7.10 STANDARDYDELSE 5: HIV/HEPATITIS PROGRAM.....	147
7.11 STANDARDYDELSE 6: FOREBYGGELSE AF UØNSKET GRAVIDITET OG SEXUELT OVERFØRBARE SYGDOMME.....	149
KAPITEL 8: KONKLUSION	151
REFERENCER:	165

Resume:

Projekt X-felt var et af de projekter som Socialministeriet finansierede i perioden 2001 – 2005 for at få belyst værdien af en udvidet psykosocial indsats til brugere i substitutionsbehandling med metadon og buprenorfin. I Projekt X-felt blev en udvidet indsats ikke kun defineret som indsats karakteriseret ved en høj personalenormering, men også som en indsats karakteriseret ved en systematisk kvalitetsudviklingsproces, ved en evidensbaseret indsats og ved en nedtoning af de formelle kontrolelementer, som der kompenseredes for ved en tæt behandlingsmæssig kontakt til brugerne.

I projektperioden blev i alt 91 tilfældigt udvalgte, ny- eller genindskrevne heroinmisbrugere, visiteret til behandling i projektet. Der var tale om en hårdt belastet gruppe. Ca. en fjerdedel var kvinder, gennemsnitsalderen var 37 år. 41 % havde ikke tidligere været i behandling. 75 % var enlige. 40 % havde højst 9 års skolegang, 60 % ingen uddannelse. 60 % havde stabile boligforhold og 3 % boede på gaden ved indskrivning. 77 % havde ved indskrivning en ikke-aktiv beskæftigelsesstatus, hovedparten kontanthjælpsmodtagere.

Gruppen var massivt misbrugende med en høj forekomst af blandingsmisbrug, og et heroinmisbrug af gennemsnitlig 7,3 års varighed.. 14 % havde desuden et alkoholmisbrug. I gennemsnit havde brugerne anvendt 11.000 kr. på narkotika den sidste måned før indskrivning, og ca. 40 % havde injiceret 20 ud 30 dage forud for behandlingsstart. Der var en meget høj forekomst af psykiske problemer, i alt angav 63 % at de havde svære psykiske problemer forud for indskrivning i behandling. 36 % beskrev symptomer forenelig med en svær depression, 11 % havde haft alvorlige selvmordstanker før behandlingsstart. 49 % havde haft fysiske problemer i gennemsnitlig 10 dage den sidste måned forud for indskrivning.

Projektet havde som udgangspunkt et ønske om at optimere behandlingsalliancen og nedtone de formelle kontrolforanstaltninger i behandlingen. Dette var muligt ved en systematisk, helhedsorienteret og individuel udredning og afklaring af behandlingsbehov samt behandlingstilrettelæggelse. Til brug herfor udvikledes en systematisk dokumentationsstrategi for kontinuerlig monitorering af behandlingseffekt ved hjælp af standardiserede interviews, EuropASI og SF-36. Behandlerne (case managers) anvendte de standardiserede interviews i det direkte behandlingsarbejde, og ved hjælp af en i projektet udviklet database er metoden indgået som et dialogværktøj til feedback og behandlingstilrettelæggelse. Samme

dokumentationsstrategi har været basis for den i projektet implementerede kvalitetsudviklingsproces samt for forskningsdelen i projektet.

Kvalitetsudviklingsprocessen har omfattet en implementering af kvalitetsudviklingsmetoden i behandlingsarbejdet svarende til praksis indenfor sundhedsvæsenet. Projektet har udviklet evidensbaserede metoder til at vurdere behandlingseffekt i praksis, hvor centrale værktøjer hertil har været fastsættelse af resultat- og procesmål. Hermed blev det været muligt løbende at følge resultaterne af behandlingsindsatsen, og ved kvalitetsbrist at justere praksis i behandlingen.

Generelt fandtes ved behandlingsstart en population med et væsentlige dårlige selvoplevet fysisk og psykisk helbred end et tilsvarende normalmateriale. Dette var mest udtalt for det psykiske helbred og for det sociale funktionsniveau. Efter 3-8 måneders behandling var der en forbedring i den selv vurderede helbredsopfattelse, og denne forbedring var stabil under behandlingen, men nåede ikke på noget tidspunkt op på samme niveau som for normalbefolkningen. Med andre ord var der tale om en svært belastet gruppe, som godt nok blev bedre under behandling, men hvor et normaliseringsperspektiv på behandling, en såkaldt "helbredelse", langt fra altid var et realistisk behandlingsmål.

Den kriminalitetsreducerende effekt af behandlingen var markant og stabil under behandlingen. Antallet af dage med kriminalitet blev reduceret med 82 %. Parallelt hermed sås en stabil reduktion på knapt 80 % i antal dage med heroinmisbrug, og tilsvarende for dage med injektionsmisbrug og kokainmisbrug.

Effekten på de sociale forhold var mere beskedne, idet der kunne konstateres en stigning i andelen på kontanthjælp og førtidspension under behandlingen. Men man kan heller ikke hos et klientel med manglende uddannelse, manglende erhvervs erfaring, kroniske helbredsmæssige belastninger og mange års stofafhængighed forvente, at de i noget større omfang kan integreres på et krævende arbejdsmarked.

I forhold til boligsituationen var resultaterne bedre, idet andelen som boede på gaden eller herberg/forsorgshjem ved behandlingsstart reduceredes til nul og 12-15 % flere etableredes i egen bolig.

Der blev iværksat en vellykket kvalitetsudviklingsproces ved implementering af standarder for blodprøvescreening for hepatitis og hiv, vaccination mod hepatitis B og relevante antikonceptive tilbud til de kvindelige brugere.

Et ydelsesregistreringssystem blev udviklet og viste, at behandlingsydelseerne fordelte sig nogenlunde ligeligt mellem konfrontationsydelser og sagsbehandling uden klientkontakt. Af konfrontationsydelserne var 1/3 sundhedsfaglige ydelser, 1/3 var individuel rådgivning ved case manager, og 1/5 uspecifikke kontakter. Gennemsnitlig modtog brugerne én konfrontationsydelse per uge.

Kapitel 1: Indledning

1.1 Den historiske baggrund – problemstillingen

I mange år, både i Danmark og internationalt, har der hersket store uklarheder om indholdet i og resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen.

En usystematisk, subjektiv og anekdotisk bedømmelse af behandlingsprogrammernes effektivitet har været herskende. Samtidig har vi fået flere og flere behandlingskrævende stofmisbrugere, en konstant stigning i antallet af stofmisbrugere i metadonbehandling samt en voldsom stigning siden begyndelsen af 1990'erne i antallet af dødsfald blandt stofmisbrugere. Forhold der kunne tyde på en svigtende behandlingsindsats. Store økonomiske ressourcer har været bevilget og man kan med rette forstå, at der fra politisk hold i mange år har været efterspurgt resultater, der kan fortælle hvorvidt det overhovedet kan nytte med en behandlingsindsats.

Manglende viden om hvilken behandling der hjælper hvilke stofmisbrugere, manglende forståelse af stofmisbrugets kompleksitet, manglende kendskab til skadevirkningerne af stofmisbrug og mangel på kvalificerede mål og indhold for behandlingsindsatsen gjorde, at man fra politisk side, og også fra forskellige fagkredse, i 1996 satte ekstra fokus på - og håb til - heroinforsøgene først fra Schweiz og siden i Holland. Hurtigt fik debatten den drejning hos fortalere for heroinbehandling, at blot man gav heroin til de hårdest belastede, så var både deres og samfundets trængsler forbi.

Imidlertid viste forsøgene ikke det, som fortalere havde håbet på.

Fra forsøgene i Schweiz kunne således kun konkluderes, at man ikke kunne afgøre om heroinbehandling var mere effektiv end metadonbehandling. Hvorvidt de opnåede behandlingsresultater kunne tilskrives heroinbehandling eller den omfattende psykosociale støtte eller kombinationen af begge, kunne ikke afgøres (1,2).

I 1998 iværksattes efterfølgende i Holland et meget velorganiseret og kontrolleret eksperiment med lægeordineret heroin til de mest belastede stofmisbrugere (3,4). Resultaterne af den store undersøgelse viste, at samtidig behandling med heroin og metadon havde en signifikant mere positiv effekt på de mest behandlingsresistente stofmisbrugeres fysiske, psykiske og sociale belastning end det er tilfældet med peroral metadon alene.

I bedste fald viser det hollandske forsøg, at 25 % af de mest belastede stofmisbrugere i metadonbehandling vil kunne profitere af supplerende heroinbehandling.

Umiddelbart er resultaterne meget opløftende. Hvorfor og hvordan supplerende heroinordination virker er uvist og besvares ikke af undersøgelsen.

Hvis man antager, at antallet af de hårdest belastede stofmisbrugere i Danmark er ca. 1000, vil de hollandske resultater overført til danske forhold svare til, at mellem 150 og 250 af de stofmisbrugere, der i dag er i metadonbehandling, vil respondere positivt på en sådan behandling (2,5). Heroinbehandling vil således have en kun ganske lille betydning på den samlede stofmisbrugersituation, hvilket yderligere skal ses i relation til, at behandlingen er medicinsk ganske irrationel, vanskelig at administrere og relativt dyr. De allermest kaotiske stofmisbrugere vil ikke kunne forventes at overholde de rammer og regler, en sådan behandling kræver.

Der findes i Danmark ca. 20.000 opiatmisbrugere. Lægeordineret behandling med heroin vil altså ikke være en behandlingsmetode, som generelt ændrer de store problemer. Så set i lyset af heroinbehandlingens begrænsede betydning for den samlede misbrugersituation og set i lyset af de øgede økonomiske ressourcer som siden 1996 har tilflydt stofmisbrugsområdet, besluttede den daværende regering i 1999 at etablere et 3-årigt forsøgsprojekt for stofmisbrugere i substitutionsbehandling, Metadonprojektet (6).

Det er veldokumenteret at substitutionsbehandling virker, men også at effekten er langt fra optimal. Virkningen af substitutionsbehandlingen hænger antageligt sammen med mængden og kvaliteten af den psykosociale støtte, der tilbydes stofmisbrugeren i metadonbehandling.

Formålet med Metadonprojektet er således en nærmere belysning af effekten af en udvidet psykosocial støtte i forhold til hidtil kendt praksis.

1.2 Den eksisterende viden

Det samlede billede af misbrugsbehandlingen i Danmark viser med al tydelighed, at der mangler en systematisk og evidensbaseret behandling, og ikke mindst mangler der dokumentation for den anvendte praksis i behandlingen. Vigtig viden og erfaring går derfor tabt, således at man så at sige starter forfra hver gang. Behandlingsgrundlaget kommer til at hvile på tro, holdninger og private erfaringer i stedet for at bygge på systematisk erfaringsopsamling.

Der findes efterhånden et uoverskueligt antal undersøgelser af høj kvalitet indenfor stofmisbrugsbehandlingsområdet. De mange internationale forskningsresultater har imidlertid været vanskelige at implementere i den danske behandlingsindsats.

En vigtig forklaring på dette er, at der i Danmark har manglet en egentlig behandlingsforskning på stofmisbrugsområdet, som kunne analysere og perspektivere resultaterne til danske forhold. Yderligere har det været vanskeliggjort af, at der har hersket en stor uensartethed i opfattelsen af målgruppe, metoder og mål for stofmisbrugsbehandlingen, hvilket har afspejlet sig både i forsknings- og behandlingsverdenen. Talrige undersøgelser har belyst og undersøgt facetter af den psykosociale behandling, både i relation til metadonbehandling og i relation til stoffri behandling.

Til trods herfor er der endnu ikke fundet videnskabelig evidens for, at der findes en overordnet behandlingsmetode, der er effektiv overfor alle stofmisbrugere.

Så enkelt er det desværre ikke, og at tilstræbe en sådan overordnet behandlingsmetode er helt urealistisk, - og ganske forkert.

Et paradigmeskift indenfor stofmisbrugsbehandlingen har gradvist fundet sted, og nødvendigheden af en mere nuanceret opfattelse af gruppen af stofmisbrugere som kontrast til tidligere tiders stereotype opfattelse af gruppen er blevet mere og mere klar.

Stofmisbrug og afhængighed er et sammensat og kompliceret problem, som bæres af mange forskellige mennesker. Udover misbruget og afhængigheden er tilstanden præget af alvorlige helbredsmæssige og sociale problemer.

Stofmisbrug er også et meget langvarigt, undertiden kronisk, problem med et meget svingende forløb, hvor gode og dårlige perioder afløser hinanden, hvilket er bekræftet i adskillige både danske og internationale undersøgelser.

Muligheden for at opnå blivende stoffrihed er begrænset (7,8,69). Alt tyder således på, at selv med en intensiv og langvarig behandlingsindsats, kan vi maksimalt opnå permanent stoffrihed hos ca. 30 % af stofmisbrugergruppen (9). Hovedparten af stofmisbrugerne forbliver afhængige.

Stofmisbrug kan betragtes som "en af modernitetens kroniske tilstande" og kan med fordel sammenlignes med de kroniske livsstilssygdomme som f.eks. astma, sukkersyge eller forhøjet blodtryk.

Så uden at drage konklusioner om årsager til stofmisbrug (socialt problem, sygdom, enten eller/både og), så har undersøgelser af behandlingseffekten og behandlingsforløbene for stofmisbrug mange ligheder med de store kendte velkendte livsstilssygdomme (10):

- Behandling hjælper, så længe man er i behandling. Ved ophør med behandling ses tilbagefald. Dette er veldokumenteret, også for stofmisbrugsbehandlingen (11, 12,25, 69).
- Tilstanden kan ikke helbredes, men den kan behandles og symptomerne kan reduceres.

Generelt har al stofmisbrugsbehandling været vurderet på effektmålet stoffrihed. Dette er ikke meningsfuldt, når man skal vurdere behandlingseffekten over for en tilstand, der har karakter af en kronisk recidiverende forstyrrelse, hvor det er mere relevant at vurdere graden af forbedringer over tid (10, 69).

Et positivt behandlingsresultat er ikke nødvendigvis det samme som at alle problemstillinger i stofmisbrugerens multikomplekse situation kan forbedres eller løses, - der er således ikke tale om en "helreovering" (13) i behandlingen af stofmisbrugere.

Så andre og mere relevante succeskriterier for behandlingsresultater må anvendes, når effekten af en given behandling skal vurderes.

Stofmisbrugeren i behandling ønsker en bedre livskvalitet, at fungere bedre socialt, psykisk og ofte også fysisk, få bolig, genetablere familie – og andet netværk, integration på arbejdsmarkedet. Fra samfundets side ønskes en reduktion i omkostningerne forbundet med kriminalitet, sygdom, smitterisiko samt overførselsindkomster.

Det er særdeles veldokumenteret (14,15) at metadon har en positiv effekt på omfanget af misbrug, kriminalitet, dødelighed og risikoadfærd i relation til hiv-smitte.

Den mest velundersøgte komponent i substitutionsbehandlingen er dosisniveauet for selve metadonen og her er fundet evidens for, at døgndosen ikke bør være mindre end 60 mg (70). Der hersker således ikke tvivl om, at metadon er en virksom ingrediens i substitutionsbehandlingen. Men den farmakologiske behandling alene er formentlig kun virksom for et ganske lille del af de metadonbehandlede (16, 17, 18, 19).

Det synes nødvendigt at tilknytte en eller anden form for psykosocial intervention.

Til gengæld ved vi ikke så meget om værdien af og effekten af den ledsagende psykosociale behandlingsindsats, som omfatter varierende grader og former af rådgivning, forskellige sociale støtteforanstaltninger, psykologisk behandling, sundhedsfaglige indsatser m.m. Specielt er det vanskeligt at indkredse, hvad der virker.

Der er imidlertid efterhånden fundet evidens for, at noget behandling virker bedre end andet. I 2001 blev fra svensk side, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdring, publiceret, en stor oversigt, "Behandling av alkohol- og narkotikaproblem – Vol II" (19), for nemheds skyld kaldet SBU- rapporten, over 270 randomiserede kontrollerede undersøgelser af indsatsen for

stofmisbrugere. Ved at anvende den metanalytiske metode har man skabt et overblik og en samlet vurdering af effekten af forskellige indsatsområder.

I forhold til den psykosociale behandling af stofmisbrugere fandt man således, at psykoterapeutiske behandlingsmetoder, (herunder egentlig teoribaseret kognitiv terapi, interpersonel psykoterapi, familie/parterapi m.fl.) er den behandlingsform, der havde den største effekt på misbruget i positiv retning og bedst fastholder klienterne i behandling. SBU-rapportens skelnen mellem psykoterapeutiske metoder og såkaldte re-educative metoder (manual baseret rådgivning, adfærdsterapi, visse kognitive adfærdsterapeutiske varianter m.fl.) er problematisk, og meget tyder på at de re-educative metoder formentlig er lige så gode (6).

Imidlertid er der ikke tvivl om, at der *ikke* fandtes signifikant effekt af såkaldte støttende metoder (rådgivning uden manual, afslapning, akupunktur, uspecifik støtte mm.) Sidstnævnte er særdeles interessant idet denne behandlingsform, altså de uspecifikke støttende metoder, må siges at have være dominerende indenfor det psykosociale behandlingsfelt i stofmisbrugsbehandlingen i Danmark.

Vanskelighederne med en kvalitativ opdeling af behandlingsmetoder skal selvfølgelig også ses i lyset af deres udførelse, da hverken støttende, re-educative eller psykoterapeutiske metoder har effekt, hvis de udføres med manglende professionalitet (6).

I SBU-rapporten fokuseres da heller ikke på, hvad andre metaanalyser og randomiserede klinisk kontrollerede undersøgelser har vist, nemlig at det i højere grad er den psykosociale behandlings professionelle gennemførelse som har betydning for effekten, end det er den psykoterapeutiske retning (20,21). Forskellen i effekt må således forklares ved kvaliteten af de mere generelle uspecifikke ydelser, som alle behandlingsprogrammer, uanset metode, tilbyder, eller rettere bør tilbyde, klienterne (12).

Prendergast et al (20) fandt således ved metaanalyse af 143 studier, at de mest effektive programmer er dem, hvor forskerne er involveret i at designe behandlingsprogrammet, hvor der anvendes standardprotokoller, og hvor stofmisbrugerne og behandlingen monitoreres tæt.

Det er således behandlingens organisering, struktur og professionelle gennemførelse; som er de mest effektive elementer i behandlingen. Dette understøttes af Ball & Ross (16) som finder, at det er flg. faktorer der forklarer forskellen i effektivitet på behandlingsprogrammerne:

- Ledelsen, og dermed organiseringen af behandlingsprogrammet
- En behandlingspolitik, der lægger vægt på langvarig behandling og rehabilitering.
- Omfanget af ydelser (rådgivning, revalidering, erhvervsrådgivning mm.)
- Omfanget af sundhedsfaglige ydelser (behandling af somatiske og psykiske ydelser).
- Metadondosering. Fleksibel dosering og intet doseringsloft.

Effekten af behandlingen bliver således signifikant større, hvis der i tillæg til den almindelige rådgivning om stofrelaterede problemer målrettet suppleres med sundhedsfaglige ydelser, familie/par rådgivning, psykoterapi, bolig og erhvervsvejledning mm.

Ligeså finder McLellan m.fl i en randomiseret, kontrolleret undersøgelse af effekten af en øget psykosocial behandlingsindsats, hvor klienterne tilfældigt blev delt i 3 grupper: metadon uden rådgivning, metadon med standard rådgivning og metadon med standard-rådgivning samt on-site medicinsk/psykiatrisk service, familieterapi og erhvervsvejledning (18, 22). Resultaterne af undersøgelsen viste tydeligt, at behandlingsresultaterne afhænger af omfanget af ydelser supplerende til metadon.

De bedste behandlingsresultater fås, når man kan yde flere forskellige professionelle behandlingsydelser (sundhedsfaglige, socialfaglige og psykoterapeutiske) målrettet efter de problemer, som stofmisbrugeren præsenterer sig med. Med andre ord, være i stand til at yde en helhedsorienteret og individuel differentieret behandlingsindsats, - af McLellan gruppen meget betegnende kaldet "wrap-around service".

Det har ingen påviselig effekt at matche specifikke stofmisbrugere til specifikke behandlingsmodaliteter, men det har effekt når man specifikt matcher de professionelle ydelser til stofmisbrugerens problemstillinger (34, 68).

Rådgivning er det centrale element i den psykosociale behandling. Omfanget og kvaliteten af rådgivningen er af afgørende effekt for behandlingen. Det er veldokumenteret, at professionel rådgivning virker og effekten er klart relateret til rådgiverens kvalifikationer (21). En dansk undersøgelse (6) definerer professionalitet i denne sammenhæng som a) en systematisk, sammenhængende og metodeklar indsats der b) inddrager relevante andre professionelle (f.eks. psykiatere, andre læger, socialrådgivere, psykologer), og som c) forankres skriftlig og dokumenteres/monitoreres og endeligt d) varetages af behandlere, der magter a, b og c, og som er i besiddelse af hvad man kan kalde for en høj kommunikativ kompetence.

I en evalueringsrapport over døgnbehandling i Danmark finder man sammenhæng mellem behandlernes evne til at udføre en "kommunikativ strategisk arbejdsalliance" og et positivt behandlingsresultat (23). Den kommunikative strategiske arbejdsalliance er kendetegnet ved at være "rådgivende", "vejledende", "tolkende", "informerende" og "planlæggende" og rapporten støtter Philadelphia-gruppens fund, at det er de bedst uddannede behandlere, der oftest etablerer en hensigtsmæssige alliance.

Så for at kunne yde en relevant behandlingsindsats i forhold til de meget komplekse problemer, stofmisbrugerne bærer rundt på, er det veldokumenteret, og sådan set også ganske logisk, at der kræves behandlere med en relevant psykologisk, social- og sundhedsfaglig uddannelse, suppleret med en relevant efteruddannelse.

Dette synes yderligere vigtigt når man tager i betragtning, at der blandt stofmisbrugerpopulationen er en særdeles høj forekomst af psykiske og somatiske sygdomme. I en nyere norsk undersøgelse af 482 stofmisbrugere i behandling (24) fandtes således, at 60 % opgav at lide af depression, angst og alvorlige suicidal tanker, ca. 40 % havde et eller flere alvorlige suicidalforsøg bag sig. Hele 75 % havde ved indskrivning i behandling diagnosen personlighedsforstyrrelse i henhold til internationale psykiatriske diagnostiske kriterier, med høj prævalens af antisocial (50%), passiv-aggressiv (45 %) og borderline (27 %) personlighedsforstyrrelser.

33 % angav at lide af kroniske fysiske skader eller sygdomme som påvirkede deres livsførelse. 65 % var smittet med hepatitis, overvejende hepatitis C og 3 % var smittet med hiv. I den store engelske follow-up undersøgelse af 418 stofmisbrugere i behandling, The National Treatment Outcome Research Study (25) fandt man , at 20 % af stofmisbrugerne havde modtaget psykiatrisk behandling for psykiske sygdomme uden egentlig relation til stofmisbrug forud for indskrivning i stofmisbrugsbehandling.

Der er ikke vægtige grunde til at antage, at forholdene blandt danske stofmisbrugere afviger fra stofmisbrugerne i Norge eller UK

1.3 Formål

Socialministeriet har i deres oplæg vedrørende "Metadonprojektet" lagt op til, at der blev udført en såvel kvalitativ som kvantitativ evaluering af den ambulante metadonbehandling, kombineret med en intensiv psykosocial indsats.

Man ønskede undersøgt i hvilket omfang der kan opnås bedre resultater i forhold til den sociale, psykiske og sundhedsmæssige funktion. Der ønskedes også lagt vægt på brugerinddragelse og brugermedvirken, således at brugerne får indflydelse på deres egen behandling og de rammer, der udgør denne. Endvidere ønskedes der en omkostningsvurdering for at vurdere de samlede omkostningerne ved en sådan øget indsats.

Projekt X-felt er et af de 4 regionale projekter i Danmark som indgik i Metadonprojektet og som alle indgik i den samlede evaluering ved Center for Rusmiddelforskning (CRF).

1.4 Projekt X-felt

Projekt X-felt har således udviklet og er opstartet på baggrund af eget forskningsdesign, som er genstanden for denne rapport.

Tilbage i 1982 skrev Peter Ege (12) i artiklen "Evaluering af stofmisbrugerbehandling", at baggrunden for hans undersøgelse var et "ønske om nærmere at sætte behandlingsresultater i

forhold til en veldefineret behandlingsindsats, forsøg på en mere systematisk og objektiv vurdering af et behandlingsprogramms evne til at nå, eller tilnærme sig, de satte mål." Knap 25 år efter er dette ønske fortsat lige aktuelt og er også baggrunden for - og hensigten med - Projekt X-felt.

Projekt X-felts formål.

- **At undersøge om man ved at tilbyde en relevant og øget psykosocial støtte til opioidafhængige i ambulans substitutionsterapi sammenlignet med "standardbehandling" i højere grad kan opnå bedre behandlingsresultater vurderet ved fastholdelse i behandling samt en række sociale og sundhedsmæssige kriterier.**
- **At definere, udforme og udøve en øget psykosocial behandlingsindsats**
- **At resultaterne fra undersøgelsen kan bidrage til fastlæggelse af rimelige standarder for den fremtidige substitutionsterapi**

1.5 Implementering

For at undersøge de i formålet fremsatte spørgsmål og hypoteser, blev der således etableret en hel ny behandlingsinstitution, en slags "klinisk forsøgsbase".

Til dette formål blev først ansat et team bestående af to personer, psykolog og læge, som skulle udvikle projektets forskningsdesign samt udforme de indholdsmæssige, organisatoriske og fysiske rammer for behandlingsindsatsen. Udviklings- og designfasen foregik fra medio november 2001-maj 2002, i hvilken periode de fysiske rammer også blev etableret i lokaler i Købmagergade og det ny personale blev ansat.

Juni 2002 åbnedes Projekt X-felt som behandlingsinstitution, og efter introduktion og træning af personalet blev de første klienter modtaget medio august 2002.

1.6 Målgruppe

Stofafhængige med opiatmisbrug som i projektperioden (august 2002 –maj 2005) blev indskrevet i det københavnske behandlingssystem, og hvor der forelå et ønske om substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin.

Inklusionskriterier

- Udelukkende nyindskrevne, dvs. førstegangs-indskrevne og indskrevne, som tidligere havde været i substitutionsbehandling, men som op til indskrivningen havde været ude af misbrugsbehandlingssystemet.
- Mundtlig og skriftlig accept på at følge forsøgsprotokollen, dvs. deltagelse i de her foreskrevne undersøgelser og interview.

Eksklusionskriterier

- Ikke opfyldelse af inklusionskriterierne
- Fængselsdomme over 3 måneder.
- Udskrivelse/overførsel til anden behandlingsforanstaltning pga. vold eller trusler.

100 klienter opfyldte ovenstående kriterier og blev indskrevet i projektet efter nedenstående procedure.

1.7 Randomisering-/visitationsmetode

Projektet blev udformet som en kontrolleret, randomiseret undersøgelse hvor alle nyhenvendelser til behandlingssystemet blev fordelt til enten X-felt, interventionsgruppen med udvidet psykosocial indsats, eller til et af de 4 Rådgivningscentre, kontrolgruppen med det sædvanlige indhold i behandlingen, standard psykosocial indsats, efter en fastlagt randomiseringsmetode. Interventionsgruppen i X-felt blev både underlagt X-felt's eget forskningsdesign samt indgik i den eksterne evaluering ved CFR.

Projektet blev udformet som en kontrolleret, randomiseret undersøgelse.

- Kontrol- og interventionsgruppen skulle udgøres af 100-120 brugere i hver gruppe.

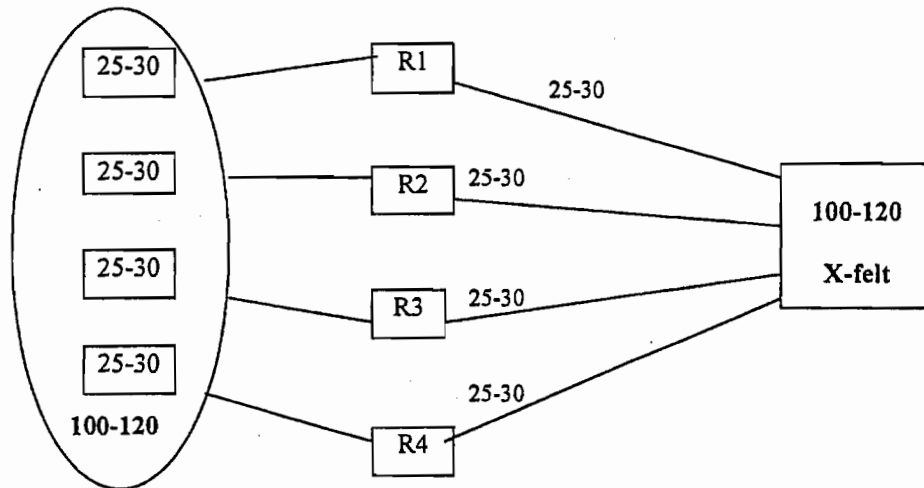
- Interventionsgruppen udgøres af gruppen som blev indskrevet i X-felt.
- Kontrolgruppen skulle udgøres af 25-30 fra hvert af de 4 visiterende rådgivningscentre (RC1, RC2, RC3, RC4) hvortil al henvendelse med ønske om behandling for stofmisbrug foregår i Københavns kommune.
- Der var således tale om 4 randomiseringsgrupper; 50-60 stofafhængige, som kom til RC 1, visiteres vilkårligt med 25-30 til X-felt og 25-30 til RC 1. Ligeledes fra de øvrige centre.
- De første 15 der kom fra hvert af de 4 RC fra projektperiodens start 05.08.02 blev henvist til X-felt.
- Når de første 15 brugere fra RC 1 (og efterfølgende RC 2,3 og 4) var indskrevet i X-felt, skulle de næste 15 brugere som blev indskrevet i de 4 rådgivningscentre placeres i kontrolgruppen.
- Interventionsgruppen indgik dels i X-felt's interne undersøgelsesdesign, men blev samtidig underlagt det eksterne undersøgelsesdesign ved CRF.
- Efter at 60 brugere var indskrevet i interventionsgruppen i X-felt, fortsatte indskrivning i X-felt således, at hver gang en klient blev udskrevet fra X-felt, henvistes den næste der kom til RC 1 og blev indskrevet i X-felt, og når den næste igen forlod X-felt, blev den næste der henvendte sig på RC 2, henvist til X-felt, osv.
- Efter normeringen på 60 var opfyldt i X-felt, fordeltes brugerne til kontrol og interventionsgruppe således, at hver gang RC 1 henviser én bruger til X-felt, placeres den næste henvisning til RC i kontrolgruppen. Ligeledes med RC 2, 3 og 4.
- Indskrivning til interventionsgruppen i X-felt og til kontrolgruppen varer indtil der er indskrevet 100-120 i hver gruppe. Dette forventes at ville tage ca. 1 år.
- Personer der ikke ønskede eller ikke kunne indgå i interventionsgruppen i X-felt, blev visiteret tilbage til rådgivningscentrene eller til andre relevante behandlingstilbud.

Fig. 1: Randomiserings-/visitationsmodellen

Kontrolgruppe

De 4 rådgivningscentre

Interventionsgruppe i X-felt



Det måtte desværre vise sig, at det ikke lykkedes de københavnske rådgivningscentre at gennemføre etablering af kontrolgruppen, men randomiseringsmetoden for indskrivning i projekt er gennemført i henhold til modellen.

1.8 Undersøgellesdesign

Projekt X-felt er udformet som et tidsseriedesign med observationspunkter af effektvariable ved indskrivning og herefter hver 3. måned under hele behandlingsforløbet ved anvendelse af strukturerede klient interviews.

Projektet er godkendt af De Videnskabetiske Komitéer for Københavns og Frederiksbergs kommuner.

Kapitel 2: Projekt X-felts opfattelse af udvidet psykosocial støtte

2.1 Øget psykosocial behandlingsindsats opfattes som "kvalitet i behandling"

Projekt X-felt opfatter en øget psykosocial behandlingsindsats som en behandlingsindsats, der øger fokus på kvaliteten af den behandling, der ydes.

Det er svært entydigt at definere kvalitet og det er svært entydigt at fastlægge de forhold, der har betydning for denne. Imidlertid vil resultaterne af behandlingen kunne udsige, hvorvidt behandlingen har haft den nødvendige kvalitet i forhold til målet. Så i stedet for at kontrollere klienterne ved et stort antal kontrolforanstaltninger, så opfattes det mere hensigtsmæssigt og mere effektivt at kontrollere kvaliteten af de behandlingsydelser klienterne modtager.

En øget indsats er nødvendigvis ikke det samme som "mere er bedre", men opfattes som en behandlingsstrategi, der yder en relevant og effektiv indsats.

Projekt X-felt opfatter implementering af en kvalitetsudviklingsstrategi i behandlingsindsatsen som et hovedelement i forståelsen af en øget psykosocial behandlingsindsats. En vedvarende kvalitetsudviklingsproces er således en metode til kontinuerligt at kunne analysere, justere og optimere behandlingspraksis mest muligt og dermed yde behandling af bedst mulig kvalitet.

2.2 Kvalitetsudvikling

I de senere år har der været fokus på kvalitetsudvikling indenfor sundhedsvæsenet og der bliver i stigende omfang stillet krav til dokumentation og synliggørelse af kvaliteten overfor borgere, administratorer og politikere.

Sundhedsvæsenets ydelser analyseres således med øje for, om de lever op til de fem mål for kvalitet som WHO formulerede i 1985:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet.

Sundhedsstyrelsen er gået stærkt ind for kvalitetsudvikling vedrørende kerneydelser, så patienterne kan tilbydes den rigtige behandling, det vil sige den professionelt bedst mulige. I 1993 udarbejdede Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen en national strategi for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsudviklingen i Danmark har udviklet sig fra i begyndelsen at være præget af lokale initiativer til centrale fælles initiativer i forbindelse med etableringen af først Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i 1999, siden regeringens formulering af en landsdækkende kvalitetspolitik i 2001, så kom en ny national strategi for kvalitetsudvikling i 2002 og senest Den Danske Kvalitetsmodel i 2003 som er en aftale mellem regeringen og sygehusejerne. Den Danske Kvalitetsmodel er konsekvensen af en ca. 15-årig læringsproces med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel har som mål at sikre høj kvalitet i den samlede indsats i hele patientens forløb, i første omgang sygehusvæsenets opgave, men på sigt er det også afgørende at inddrage praksissektoren og primærkommunerne (26).

Denne udviklingen er sket på baggrund af stigende krav om valide evidensbaserede målinger og dokumentation, krav om sammenlignelighed og offentliggørelse - et (for)bruger perspektiv i bred forstand - og krav om en tværfaglig og tværsektorial tilgang.

De hidtidige initiativer indenfor kvalitetsudvikling har overvejende beskæftiget sig med serviceydelser som f.eks. ventetider og informationsniveau. Vurdering af den faglige kvalitet og resultaterne af denne har ikke haft så stor opmærksomhed, men udviklingen vender i disse år, hvilket Det Nationale Indikatorprojekt og Sekretariatet for Referenceprogrammer er vigtige eksempler på.

Det Nationale Indikatorprojekt omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (den faglige kvalitet) på seks sygdomsområder: apopleksi, hoftenære frakturer, lungecancer, akut mave-tarm kirurgi, hjerteinsufficiens og skizofreni. Såvel standarder som indikatorer er beregnet til intern brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på kvalitetsudvikling, samt til ekstern brug i offentligheden. Sekretariatet for Referenceprogrammer udarbejder behandlingsprogrammer og kliniske retningslinier for store sygdomsgrupper i sundhedsvæsenet, såsom bl.a apopleksi, skizofreni, diabetes.

Kvalitetsudvikling indenfor den sociale sektor har været yders begrænset, og herunder også i behandlingsindsatsen for stofmisbrugere. De generelle større krav til effektivitet og et målrettet sundhedsvæsen samt behovet for udvikling af effektive behandlingsmetoder til sikring af behandlingskvaliteten kan med fordel søges overført til stofmisbrugsbehandlingen, på lige fod til gavn for stofmisbrugerne der søger eller er i behandling og for det øvrige samfund som helhed.

Generelt hersker der i den ambulante behandling af stofmisbrugere et mangelfuldt overblik i den daglige behandlingspraksis og anvendelse af evidensbaseret viden har været sparsom.

Men udviklingen på sundhedsområdet ser ud til efterhånden også at smitte af på stofmisbrugsområdet. Som et væsentlig element i regeringens handleplan fra 2003 - Kampen mod Narko - vil regeringen prioritere iværksættelsen og gennemførelsen af en kvalitetsvurdering af metadonbehandlingen som grundlag for fremtidig kvalitetssikring og -udvikling på linje med indsatsen herfor i det øvrige sundhedsvæsen, og Projekt X-felt kan ses som "de første spadestik" i denne retning.

At vove sig ud i det komplekse felt omkring kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen er et væsentlig mål med Projekt X-felt, og iværksættelse af en kvalitetsudviklingsproces er en metode til at "holde tungen lige i munden" og systematisere denne proces i videst muligt omfang. En systematisk kvalitetsudviklingsstrategi har ikke tidligere været iværksat i behandlingsarbejdet med stofmisbrugere og anvendelse af sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner (27) har heller ikke tidligere været anvendt på stofmisbrugsområdet.

2.2.1 Begreber og definitioner i kvalitetsudvikling

Baggrunden for og tankegangen i kvalitetsudvikling samt de metoder og værktøjer der anvendes i kvalitetsudviklingsprocessen vil beskrives kortfattet her.:

Meget simpelt kan formålet med kvalitetsudvikling siges at være, at det gælder om at komme fra udsagn som:

”Det går simpelthen så godt for klienterne. Vi er rigtig godt i gang, synes jeg. Vi holder tværfaglige konferencer, og arbejder intenst med klienterne” til præciseringer som det går godt fordi:

- ” - Vi ved, at XX % af de som indskrives reducere deres illegale brug af heroin med XX %
- Vi ved, at XX % for tilbudt systematisk manualbaseret rådgivning hver 2. uge
- Vi ved, at der er dokumenteret effekt af systematisk professionel rådgivning. ”
- Vi ved, at XX % for lagt behandlingsplan som revurderes hver 3. måned ved tværfaglig konference

Kvalitet:

Kvalitet kan oversættes med beskaffenhed eller egenskab. Kvalitet er en egenskab som en ydelse kan have i forskellige grader. Begrebet kvalitet kan således betragtes som et udtryk for graden af målopfyldelse (28).

Kvalitetsudvikling:

Kvalitetsudvikling repræsenterer en række begreber og metoder, der tilsammen kan belyse:

- *Kvaliteten af de faglige kerneydelser*, der omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering.
- *Den organisatoriske kvalitet*, herunder koordination og kommunikation af ydelserne samt rationel ressourceudnyttelse
- *Den klientoplevede kvalitet*, dvs. *klientens oplevelse af behandlingssystemets ydelser*, f.ex *kommunikation*

Kvaliteten af behandlingssystemet afhænger således af de 4 *Kér*:

Den faglige <i>kerneydelse</i> , <i>kommunikation</i> , <i>kontinuitet</i> og <i>koordination</i>

God kvalitet er derfor tilstede når der findes

- Høj kvalitet i kerneydelsen
- Forståelig og respektfuld kommunikation
- Rette kompetence tilstede i hele klientens forløb
- Høj grad af koordination på tværs
- Høj grad af kontinuitet
- Effektiv ressourceudnyttelse

Kvalitetsudvikling kan defineres som *en dynamisk proces*, der har til formål systematisk at forbedre og fastholde kvaliteten af en given foranstaltning (ydelse) på grundlag af den eksisterende viden.

Kvalitet kan beskrives i relation til:

- **Struktur**, der omfatter behandlingssystemets ressourcer og organisation, herunder de økonomiske vilkår, personale, fysiske rammer.
- **Proces**, der omhandler de aktiviteter, der udføres i patientforløbet i relation til forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering
- **Resultat**, der beskriver det opnåede resultat i forhold til patientens helbred eller velvære i bred betydning.

Kvalitetsmål:

Det væsentligste formål med kvalitetsudvikling er at opfylde en bestemt målsætning for kvaliteten af en given ydelse. Evaluering af behandlingssystemets ydelser skal vurderes på baggrund af konkrete *kvalitetsmål*. I virkelighedens verden vil ideelle kvalitetsmål, som at alle klienter er stoffri efter endt behandling eller at alle klienter skal være i aktivering / uddannelse, oftest være uopnåelige. I stedet bør angives realistiske mål for det, man vil betegne som acceptabel kvalitet, minimumskrav, ved en given foranstaltning. Dette kan beskrives som standard for god kvalitet.

Standard:

En *standard* beskriver det realistiske mål for kvalitet, som det anses for rimeligt at opnå, og fastlægger dermed grænsen mellem den acceptable og uacceptable kvalitet. Standarder udvikles på baggrund af forskningsresultater, praktiske erfaringer og lokale forudsætninger – herunder organisatoriske og økonomiske forhold. Standarder kan udtrykkes kvalitativt og kvantitativt. En acceptabel kvantitativ standard kan f.eks. være, at antallet af ikke-planlagte behandlingsophør er < 20 % eller at 80 % af klienterne er tilfredse med institutionens behandling, en kvalitativ standard kan f.eks. være, at individuel rådgivning udføres manualbaseret

Til enhver standard knytter sig en strategi, der har til formål at øre frem til en acceptabel kvalitet (standarden). En sådan strategi omfatter både struktur, proces og resultat (29):

Fig. 2: Standard: Det ønskelige, opnåelige, generelle kvalitetsniveau (Ref. Odensemodellen, (29)).

Struktur	Proces	Resultat
Tids- og personaleforbruget samt krav til omgivelserne i forbindelse med tilrettelæggelse af behandlingen. Ledeord: - Hvem er målgruppen - Hvem skal gøre hvad - Hvilken aktivitet - Hvornår skal det ske - Hvor skal det foregå	Beskrivelse af de aktuelle ydelser med fokus på ydelsens kvalitative indhold Ledeord: - Hvad er det konkrete indhold - Hvordan skal det udføres - Prioritering af indsatsen/rækkefølgen	Beskrivelse af det ønskede resultat Ledeord: - Hvad er det ønskede resultat - Hvordan kommer det til udtryk - Hvordan og hvornår måles resultatet

Det er indlysende, at der skal være sammenhæng mellem de nævnte begreber, da kvaliteten på det ene område vil påvirke kvaliteten på de andre. Struktur og proces skal således beskrives i relation til det ønskede resultat.

Indikator

En *indikator* er en målbar variabel som kan anvendes til at belyse i hvilken grad, standarden er opfyldt. Ved hjælp af indikatorer kan graden af målopfyldelse, kvaliteten, for en given problemstilling i behandlingsforløbet således overvåges. Indikatorer gør det muligt at følge udviklingen over tid.

Man kan skelne mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer.

Audit

Audit er et forum af fagpersoner, som foretager en systematisk og kontinuerlig vurdering af om de fastsatte standarder overholdes, en såkaldt *kvalitetsvurdering*. Audit kan oversættes med revision og er en metode til kvalitetsovervågning. Audit kan foregå dels på det kvantitative og dels på det kvalitative niveau. I den kvantitative audit gøres brug af opgørelser over udvalgte indikatorer, og der fokuseres særligt på resultatindikatorer. I den kvalitative audit foretages ud fra journalmateriale en retrospektiv analyse af konkrete patientforløb, såkaldte *patientforløbsbeskrivelser*, vurderet i forhold til vedtagne kvalitetsmål. Fagpersoner foretager således sammen vurderinger og fortolkninger af de ofte komplicerede behandlingsforløb, og ud fra denne analyse opnås en konsensus, som danner basis for en vurdering af den ydede kvalitet i behandlingen. En *intern audit* er en kvalitetsvurdering, der foretages af en eller flere faggrupper, som har været involveret i det arbejde der vurderes. En *ekstern audit* er en kvalitetsvurdering, der foretages af en eller flere faggrupper, som *ikke* har været involveret i det arbejde der vurderes. En væsentlig opgave for auditgruppen er at sikre *feed-back* til det øvrige personale og foreslå kvalitetsforbedrende tiltag eller ændringer af praksis, hvor der er behov for dette. Det er således de involverede fagpersoner, der forestår kvalitetsvurderingen, påviser eventuelle kvalitetsbrist og finder løsningsmodeller til forbedring. Det er også de involverede, der efterfølgende skal være med til at indføre og fastholde forbedringer af klinisk praksis. Audit er således baseret på principperne om fagligt ansvar og egenkontrol, som er et bærende element i arbejdet med kvalitetsudvikling. Herudover er auditprocessen en meningsfuld lærings- og uddannelsesproces.

Erfarne kolleger kan eksempelvis gennemgå behandlingsforløb, som er gennemført af yngre kolleger, hvorefter forløbene kan evalueres som led i en uddannelsesproces. Endelig repræsenterer audit resultaterne et kvalificeret fagligt og tværfagligt dialoggrundlag (30).

2.2.3 Dataindsamling

"Man kan godt måle uden at forbedre, men man kan ikke forbedre uden at måle"

En af de vigtigste opgaver ved kvalitetsudvikling er at måle resultaterne af den værksatte behandlingsindsats. Måling kræver indsamling af relevante data, som kan analyseres og beskrives på en klar og troværdig måde. Til opbevaring og databehandling af indsamlede oplysninger er det nødvendigt med en klinisk database.

Til dette formål er det nødvendigt med en fastlagt dokumentationsstrategi. I behandlingsarbejdet anvendes i tiltagende grad elektroniske journaler og koblingen til kliniske databaser til anvendelse i kvalitetsudviklingen er umiddelbart foreliggende.

Målinger på processiden er meget centrale, og en systematisk dokumentation af dels de leverede behandlingsydelser dels resultaterne heraf, ved fastlagte målemetoder i relation til kvalitetsmålingen, skal indgå som en integreret del af almindelig behandlingspraksis. Dataindsamlingen må imidlertid ikke blive så omfattende, at den overskygger det væsentlige, nemlig løsning af de kvalitetsproblemer, der bliver identificeret og iværksættelse af evt. kvalitetsforbedringer i behandlingsindsatsen.

I en travl hverdag kan det imidlertid være svært at fastholde en god datadisciplin og dokumentationsstrategi. Dette er både tidsmæssigt og økonomiske ressourcekrævende i forhold til almindelig praksis og er relativt uprøvet i den generelle stofmisbrugsbehandling. Imidlertid er det et basal krav og fundamentet for en effektiv behandlingsindsats. Prendergast et al (20) har således i metaanalyse af 143 studier af stofmisbrugsbehandlingen fundet klar evidens for, at de mest effektive programmer er dem, hvor der anvendes standard protokoller og en tæt monitorering af stofmisbrugerne, behandlingsprocesserne og behandlingsresultaterne. En ganske nyligt (2005) publiceret undersøgelse ved Rudolf H. Moss påpeger ligefrem en sammenhæng mellem manglende dokumentation og monitorering i den psykosociale behandling og mangelfuld, evt. direkte forværrende, effekt af den psykosociale behandling (65).

2.2.4 Kvalitetsudviklingsstrategi

En vedvarende kvalitetsudviklingsproces er en metode til kontinuerligt at kunne analysere, justere og optimere behandlingspraksis. Kvalitetsudvikling bliver således en integreret del af både behandlingspraksis og drift, og er et fælles værktøj til den faglige og organisatoriske ledelse. En kvalitetsudviklingsstrategi er en systematisk strategi, der skal være overskuelig og anvendelig i daglig praksis.

Med udgangspunkt i de overordnede målsætninger for behandlingsindsatsen skal institutionen organiseres med oprettelse af :

- Styregruppe/projektledelse
- Nedsættelse af kvalitetscirkler: En gruppe af medarbejder som på udvalgte områder, på kommissorium af projektledelsen og på baggrund af de overordnede målsætninger, litteraturgennemgange og konsensus om god praksis, udarbejder ønskelig og realistisk standard for det pågældende område med tilhørende struktur, proces og resultat.
- Audit: Efter udvikling af de enkelte standarder godkendes disse i auditgruppen med henblik på implementering
- Styregruppe/auditgruppe ansvarlig for kvalitetsudviklingsprocessen i forhold til de implementerede standarder ved kontinuerlig overvågning af om de fastlagte standarder bliver overholdt. Hvis dette ikke er tilfældet, så at foretage årsagsanalyser med tilbagemelding til alle medarbejdere med henblik på ændring af indsatsen.
- Højt informationsniveau: For at synliggøre kvalitetsudviklingen og arbejdet i kvalitetscirkler og auditgrupper er det nødvendigt at sikre et bredt informationssystem ud i behandlingsinstitution til alle medarbejdere ved temamøder, personalemøder mv. Det er fundamentalt vigtigt at de involverede medarbejder har mulighed for indsigelser og indflydelse, således at når standarderne er tilstrækkeligt præsenterede og fastlagte, er det medarbejdernes ansvar , at der arbejdes efter de foreliggende standarder.

2.2.5 Implementering

Indførelsen af kvalitetsudviklingsmetoden med nye arbejdsgange og rutiner kræver ”forandringsvillige” medarbejdere og vedvarende motivation i form af undervisning af medarbejderne, afholdelse af temadage med eksterne undervisere mm. Medarbejderne skal være parate til at lade sig ”se i kortene” og være parate til at forholde sig kritisk til egen og

andres praksis som en konstruktiv, dynamisk arbejdsproces som integreret del af det daglige kliniske arbejde.

En barriere kan være at medarbejderne kan opfatte metoden som en form for kontrol og fordi de måske er skeptiske over for det faglige udbytte. Når medarbejderne imidlertid selv inddrages og for mulighed for selv at pege på forbedringsmuligheder, vil de være engageret i at følge op på de forbedringer, der skal iværksættes, og herved elimineres elementet af kontrol. Også oplevelsen af, at der er et fagligt udbytte for medarbejderne, har en betydning. Erfaringer fra kvalitetsudviklingsprocesser i sundhedsvæsenet viser, at udbyttet for medarbejderne har to sider: Det uddannelsesmæssige, der består i at få opdateret sin viden, og den tværfaglige dialog, der kan have positive konsekvenser for samarbejdet (31). Det er en fordel at kvalitetsudvikling kan anvendes af alle faggrupper. Dette kan bidrage til et effektivt team-samarbejde og en åben diskussion, der kan føre til retningslinier for en optimal behandling. Kvalitetsudvikling bliver derved et redskab til problemløsning og forståelse mellem fagpersoner med forskellig baggrund.

Kvalitetsudvikling kan være både frustrerende og udviklende, idet en kontinuerlig overvågning af behandlingen ofte viser kvalitetsbrist i det, man troede var god praksis, men det er samtidigt fagligt inspirerende at udvikle tiltag, der kan udbedre identificerede kvalitetsbrist (32).

En anden væsentlig barriere er det tidsforbrug som er forbundet med en kvalitetsudviklingsproces, som det er nødvendigt at der tages højde for i både hvad angår planlægningen og de tildelte ressourcer.

Endelig er en nødvendig forudsætning, at der er tilstrækkelig kapacitet til stede vedrørende IT, både i forhold til nødvendig hard- og software til oprettelse af elektroniske journaler og kliniske databaser samt til den faglige ekspertise på IT-området hos medarbejderne i den daglige praksis samt på udviklings-, analyse- og ledelsesniveauet.

Projekt X-felt har været meget inspireret af stort kvalitetsudviklingsprojekt som blev gennemført i slutningen af 1990'erne i på psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital med sigte mod at optimere behandlingen og plejen af indlagte patienter med skizofreni (32).

Projektet har med systematik fra kvalitetsudviklingen gennemført:

- Kvalitetsmåling til beskrivelse af det aktuelle kvalitetsniveau
- Valg af standarder med tilhørende struktur, proces og resultat på baggrund af den videnskabelige litteratur
- Implementering
- Kvalitetssikring med løbende overvågning af kvalitetsniveauet og analyse ved evt. kvalitetsbrist.

Skizofreni-projektet fra Fyns Amt har således demonstreret et vigtigt skridt mod evidensbaseret psykiatri, nemlig omsætning af forskning til klinisk praksis ved hjælp af kvalitetsudvikling som en løbende proces, hvilket også er af hovedmålene med Projekt X-felt.

En skærpelse af opmærksomheden på, om de faglige ydelser udføres svarende til de evidensbaserede anbefalinger er målet, idet der dog må korrigeres for det væsentlige faktum, at den forskningsbaserede kliniske praksis er ulig forskningens ideelle omstændigheder.

Et andet projekt som også demonstrerer det hensigtsmæssige i implementering af forskningsresultater i dagligdagen ved hjælp af kvalitetsudvikling, er det store alkoholbehandlingsprojekt "Odensemodellen" af 700 alkoholmisbrugere (29), der møder til ambulant psykosocial behandling. Dette projekt har ligeledes været en meget stor inspirationskilde til Projekt X-felt. Odensemodellen må ses som det første meget væsentlige skridt mod implementering af kvalitetsmål, kvalitetsmåling og - vurdering, kvalitetsudvikling og dokumentation for behandlingens virkning i alkoholbehandlingen.

For nylig, august 2004, er publiceret en undersøgelse over den offentlige ambulante alkoholbehandling i Danmark (33) som viser, at de rammer der er for alkoholbehandlingen varierer meget, og at kun halvdelen af landets alkoholambulatorier har dokumentation for behandlingens virkning på klienterne. Undersøgelsen konkluderer, at der er behov for dels at

skabe enighed om hvilke succeskriterier der er for kvalitet i behandling, dels at kvalitetsudvikling bør implementeres i den ambulante alkoholbehandling for at fremme kvaliteten i praksis i forhold til den bedst videnskabeligt dokumenterede behandling, tilpasset lokale forhold.

Status på alkoholområdet svarer på mange måder til stofmisbrugsområdet, og udfordringerne de kommende år vil være sammenfaldende på mange områder

I modsætning til forholdene i Danmark er alkohol og stofmisbrugsbehandlingen sammenlagt i Holland. Her iværksatte man på national plan i 1998 på det samlede behandlingssystem en storstilet kvalitetsforbedrende 5-årig reform med kvalitetsudviklingsprojektet "Resultaten Scoren". Det overordnede mål for det store projekt er at forbedre behandlingen ved udvikling af og implementering af evidensbaserede interventioner samt ved udvikling af et system for regelmæssig monitorering og feedback af behandlingsresultater. Programmet omfatter implementering af standardiserede psykosociale adfærdsoverrettede behandlingsmodaliteter, en ny organisering med centrale visitationsenheder (core-shellmodel) og trinbehandling (step-care model (34). Med en overordnet national central strategi og et program for kobling af forskningsinstitutioner og behandlingsinstitutioner samt ved central styring af udvikling, implementering og monitorering, er udført et storstilet program med udvikling af 13 videnskabeligt dokumenterede guidelines for forskellige behandlingsinterventioner indenfor områderne "prevention", "cure" og "care" (35). Behandlingsinstitutionerne er forpligtede til at organisere behandlingsindsatserne i henhold "best practise" vedtaget i de nationale guidelines. Den omfattende implementeringsfase, monitorering og dataindsamling er fortsat pågående, men de første resultater i forhold til behandlingsresultater vurderet ud fra områderne: patient tilfredshed, "clinical outcome", livskvalitet og økonomiske omkostninger er ved at være på trappene.

Man kan inderligt håbe, at udviklingen generelt og erfaringer fra Holland kan inspirere til lignende tiltag i Danmark. Projekt X-felt er klart et projekt med samme intentioner, om end i meget lille målestok, og kan ses som et pilotprojekt som forhåbentligt kan være baggrund og inspirator for mere generelle kvalitetsudviklingsprojekter i Danmark.

2.3 Systematisk dokumenteret behandling indsats.

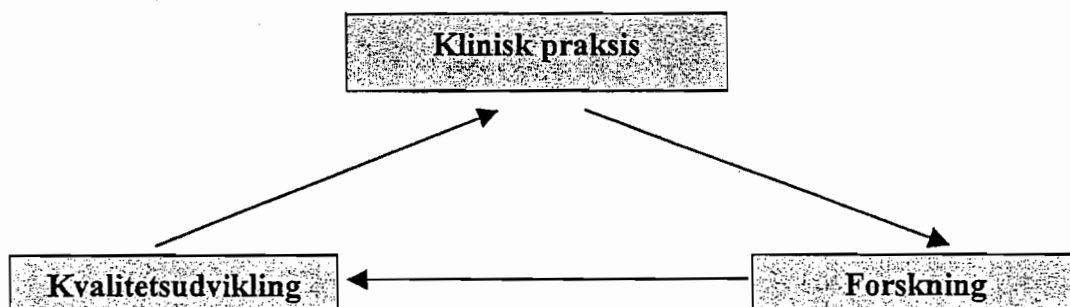
2.3.1 Kobling af forskning, daglig klinisk praksis og kvalitetsudvikling

Flere undersøgelser både fra sundhedsvæsenet og fra stofmisbrugsbehandlingen (6,34,35,36,) tyder på at man i daglig klinisk praksis ofte behandler ud fra intuitive fornemmelser og rutiner, og behandling kommer ofte til at hvile på hierarkiske beslutningsstrukturer baseret på tro, holdninger og individuelle erfaringer med stor risiko for fejlvurderinger og utilstrækkelig behandling. Den manglende anvendelse af skriftlighed, dokumentation og systematisk erfaringsopsamling medfører en ukritisk behandling af dårlig kvalitet.

Forskning er forudsætning for udvikling af kvalitet, og kvalitetsudvikling integrerer forskning og daglig praksis. Kvalitetsudvikling gør det således muligt at implementere forskningsresultater i hverdagen med det formål at fremme behandlingsydelse på grundlag af den eksisterende viden.

I Projekt X-felt er det i forskningshenseende anlagte undersøgelsesdesign og den dertil hørende dokumentationsstrategi ligeledes datakilde for kvalitetsudviklingsprocessen samt for behandlingspraksis, og udgør samtidig den overordnede struktur for den samlede behandlingsindsats:

Fig. 3:



2.3.2 Dokumentation med EUROP-ASI og SF-36

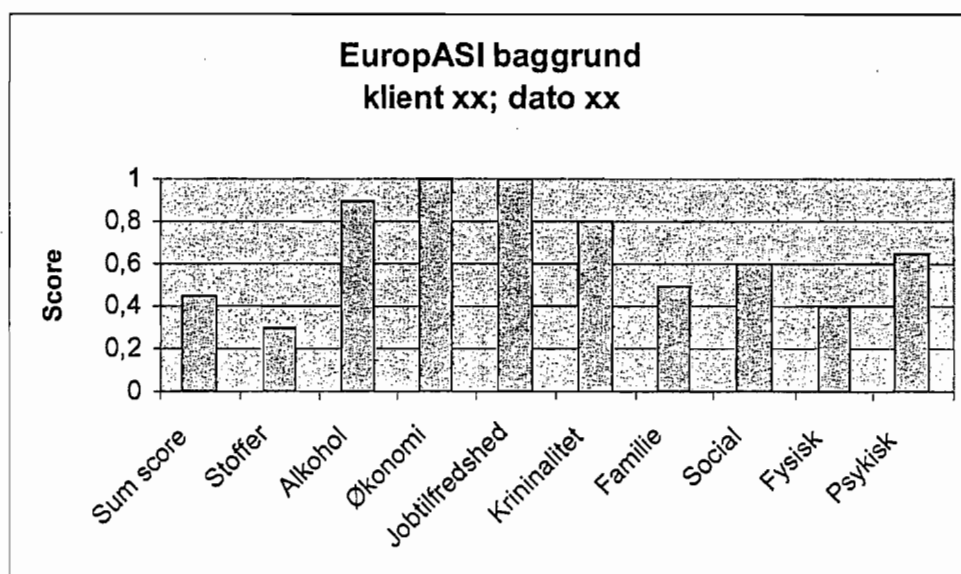
De valgte måleinstrumenter, som er de standardiserede spørgeskemaer Addiction Severity Index (i den europæiske version EuropASI) samt SF-36 (Short-Form-36-Spørgeskema), udgør værktøj til både subjektiv (klientens) og mere faglig, objektiv (behandlerens) vurdering af problemsværhedsgrad og behandlingsbehov, og danner således basis for tilrettelæggelsen af

de konkrete behandlingsforløb, for evaluering af behandlingsforløbene samt for kvalitetsudviklingsprocessen.

Kort beskrevet her, for senere at blive nærmere uddybet, er EuropASI et spørgeskema som i struktureret form kortlægger stofmisbrugerens baggrund og belastning med henblik på psykosociale funktion og misbrugsproblemer indenfor områderne: stof, alkohol, kriminalitet, familie/netværk, sociale forhold, økonomi, arbejde og fysisk og psykisk helbred. Områderne består af en række underspørgsmål inden for hvert område og en opdeling i livstidsspørgsmål og 30 dages spørgsmål. Svarene beregnes som en sumscore, såkaldt composites score, der udtrykker belastning indenfor hvert område, hvor 0 er ingen belastning, 1 maksimal belastning. Herudover er indlagt i spørgeskemaet en vurdering af problemets sværhedsgrad og behandlingsbehov indenfor hvert område som angives i en rangskala af både interviewer og klient.

I Projekt X-felt er EuropASI er indlagt i en klinisk database som forbindelse med hvert interview beregner composites scores automatisk og samtidig fremstiller værdierne grafisk i et søjlediagram.

Fig. 4 Eksempel på søjlediagram over Europ-ASI composites scores



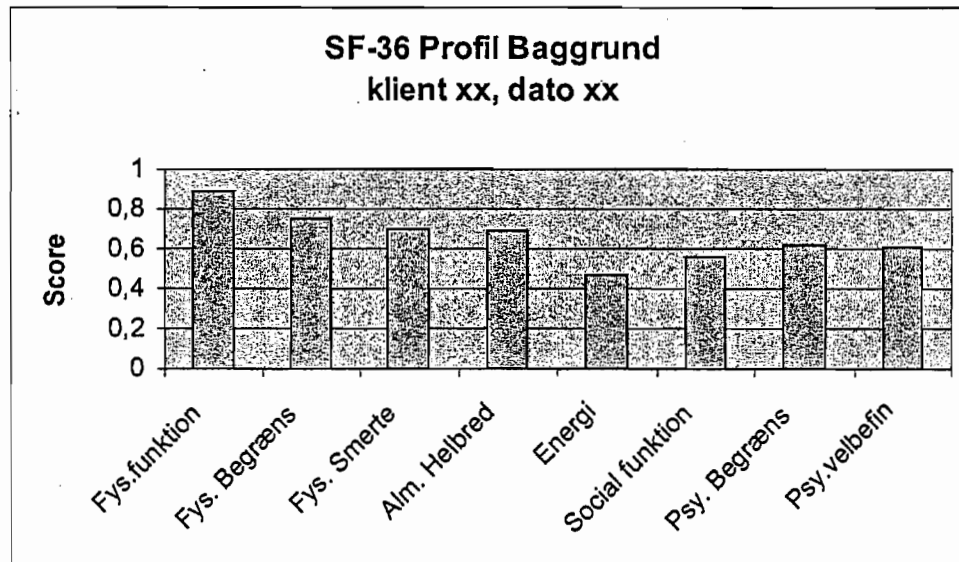
(Figuren viser et søjlediagram fra en klient uden alkohol, familie eller fysisk belastning)

Tilsvarende for SF-36 helbreds spørgeskemaet, som måler selvopfattet sundhedsrelateret livskvalitet ved måling af 8 specifikke forskellige helbredsområder, som antages at være universelle og repræsentere basal menneskelig funktion: Fysisk funktion, fysisk betingede aktivitets-begrænsninger, smerter, alment helbred, energi (vitalitet), social funktion, psykisk betingede aktivitets-begrænsninger og psykisk velbefindende.

Resultaterne fremstår som helbreds funktion i procent af det optimale, og udtrykkes som en sumscore, hvor 1 angiver optimale funktion og 0 minimale funktion.

I Projekt X-felt er SF-36, på samme måde som EUROPASI, indlagt i den kliniske database, og i forbindelse med hvert SF-36 interview beregnes scores automatisk og fremstilles grafisk i et søjlediagram.

Fig. 5 : Eksempel på søjlediagram over SF-36 scores



Ved hjælp af samme dokumentationsmåde samt måleinstrument for de tre strategier, behandlingspraksis, kvalitetsudvikling og forskning, er det muligt at tilvejebringe evidens, anvende den tilgængelige viden, dokumentere og evaluere indsatsen. I de enkelte behandlingsforløb kan måleinstrumenterne anvendes som dialogværktøj i forhold til den enkeltes udvikling over tid. Samtidig giver det mulighed for at vurdere behandlingseffekten på tværs af større grupper, både i forhold til forskning og kvalitetsudvikling.

På denne måde bliver måleinstrumenterne implementeret i daglig behandlingspraksis, og det blive mere meningsfuldt for medarbejdere og brugere at anvende disse instrumenter, end hvis de kun blev anvendt som led i kvalitetskontrollen og i forskningsøjemed.

2.3.3 Den Elektroniske Brugerjournal og ydelsesdokumentation

Den kliniske database med EuropASI og SF-36 er i Projekt X-felt integreret i Den Elektroniske Brugerjournal og indgår således som en funktion heri. Den Elektroniske Brugerjournal er det etablerede elektroniske journaliseringssystem i behandlingssystemet for stofafhængige i Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen i Københavns Kommune.

I Den Elektroniske Brugerjournal dokumenteres generelt ikke systematisk i forhold til leverede behandlingsydelser, og dokumentationens systematik og omfang er i vid udstrækning op til den enkelte behandler.

Målinger på processiden, altså hvad er det vi yder og hvornår, er meget centrale i dette projekt. En etableret ydelsesstruktur for stofmisbrugsbehandlingen er endnu ikke udviklet i den generelle behandling. Til forskel fra sundhedsvæsenet er behandling af stofafhængige ikke omfattet af klassifikation og nomenklatur af diagnoser og aktiviteter

I Projekt X-felt er derfor udarbejdet en praktisk anvendelig og simpel ydelsesstruktur, en såkaldt klassifikation af behandlingsydelser, som kvalitetsmålingerne og resultatmålingerne kan tage udgangspunkt i.

Som udgangspunkt blev primært udviklet nedenstående klassifikation af behandlingsydelser:

Fig. 6: Klassifikation af behandlingsydelser i Projekt X-felt:

Ydelse nr	Ydelse
1	Indskrivningssamtale
2	Lægesamtale
3	Sygeplejefaglig ydelse
4	Individuel rådgivning/støtte
5	Individuel sagsbehandling
6	Specialtilbud: Individuel terapi, gruppeterapi, aktiviteter, uddannelse, arbejde, pårørende
7	Brugerinddragelse
8	Anden kontakt

Som minimum dokumenteres alle behandlingskontakter i EBJ på personniveau med angivelse af ydelsesnummer og betegnelsen for den pågældende behandlingsydelse for den pågældende dato. Alt efter ressourcer kan aktiviteten beskrives mere fyldestgørende i det tilhørende journalnotat.

Klassifikation af behandlingsydelser skal overordnet være så enkel som mulig således at behandlerne rimelig ubesværet kan anvende klassifikationen. Samtidig er det vigtigt at få behandlingsydelserne dokumenteret i videst muligt omfang. Ovenstående ydelsesstruktur er en pragmatisk fremstilling af behandlingen i Projekt X-felt. Samtidig giver den mulighed for at vurdere og analysere både på de enkelte behandlingsforløb samt på den samlede behandlingsinstitution. Denne mulighed er relevant på alle 3 niveauer, dvs. både for behandlingspraksis, forskning og kvalitetsudvikling, og det giver ligeledes perspektiver i forhold til den organisatoriske og økonomiske tilrettelæggelse af behandlingen.

Klassifikationen har som en del af kvalitetsudviklingen løbende undergået revision, specielt i relation til de i projektet udviklede standardydelser.

Optælling og systematisering af behandlingsydelser er forgået manuelt, men en elektronisk metode har været under udarbejdelse og i projektets sidste fase er anvendelse heraf påbegyndt (se kap. 6).

2.4 Individuel tilrettelagt behandling

Projekt X-felt opfatter en psykosocial indsats som en mangesidig tilrettelagt behandlingsstrategi, der retter sig mod en multikompleks problemstilling, som vil være forskellig fra individ til individ. Dette er et grundlæggende princip for at kunne yde kvalitet i behandlingen.

En nøje kortlægning af individuelle problemstillinger ved behandlingsstart er en forudsætning for at kunne tilrettelægge og effektivisere et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb.

Relevant matchning af behandlingsindhold til stofmisbrugere med forskellige problemer og karakteristika er af afgørende betydning for en positiv behandlingseffekt. Dette er i modsætning til den opfattelse, som har været udbredt i stofmisbrugsbehandlingen hidtil, nemlig at matche forskellige klientprofiler til forskellige behandlingsmetoder /behandlingsinstitutioner (12, 37).

For at understøtte denne antagelse er målgruppen i Projekt X-felt bevidst uselekeret, således at den omfatter både "nye og gamle" stofmisbrugere. Henvisningskriteriet er udelukkende nyindskreven og opioidmisbrug, uanset misbrugsanamnese og tidligere behandling.

Behandlerne er derfor altid tvunget til at vurdere den enkelte stofmisbrugers unikke problemstilling og hver gang tilbyde en individuel differentieret behandlingsindsats med konkrete specifikke foranstaltninger og tilbud. Under behandlingsforløbet skal en vedvarende vurdering og justering af behandlingen ligeledes tilpasses den enkelte stofmisbruger.

Der er således stor variation i behandlingsydelserne i Projekt X-felt som helhed, men overordnet kan ydelserne sammenfattes som professionelle ydelser (socialfaglige, sundhedsfaglige og psykoterapeutiske) målrettet efter de problemer, klienten præsenterer sig med – den såkaldte "wrap-around service, jf. kap. 1.

Dette kræver naturligvis tilstedeværelse af en høj faglig og organisatorisk kompetence i behandlingsinstitutionen samt en bæredygtig kontakt med klient og behandler/behandlingsinstitution.

2.5 Behandlingsalliance

En forudsætning for at yde en virksom behandling er at der etableres en terapeutisk alliance mellem klient og rådgiver.

En virksom terapeutisk alliance er fundamentet for en psykosocial behandlingsindsats.

Som udgangspunkt er i Projekt X-felt lagt vægt på, at man møder klienten i en service orienteret "kunderelation" der kan omdefinere den sædvanlige klientstatus, og hvor klienten i stedet møder en professionel imødekommenhed, kompetence og handlekraft.

Stofmisbrugere der starter i behandling er oftest kaotiske, nedslidte og usikre overfor hvad der nu skal ske, og det kræver stor empati og dygtighed hos behandlerne at kunne etablere en bæredygtig behandlingsalliance. Ifølge Edle Ravndal, Statens Institut for Rusmiddelforskning i Norge, så kan ca. 30 % af en positiv behandlingseffekt tilskrives klientens opfattelse af behandlingsalliancen (66).

Behandlerne skal naturligvis udvise en positiv og respektfuld holdning over for stofmisbrugeren., repræsentere et positiv engagement og tillid til den tilbudte behandling (substitutionsbehandling) i de rammer den udføres. Det er velkendt, at graden af empati hos behandlerne er proportional med et positiv behandlingsresultat (38), og omvendt: jo mere konfronterende behandlere, des mere benægtende klienter (15) og jo dårligere behandlingsresultater med risiko for en egentlig forværring af den tilstand, som klienten søgte behandling for (65).

Det kræver betydelige klinisk faglig kompetence og professionalitet ("kliniske færdigheder") at kunne etablere den gode og virksomme terapeutiske alliance hos en relativ vanskelig

klientpopulation hvor der yderligere er indbygget elementer af kontrol i behandlingen, og hvor kontrollen må betragtes som en form for social kontrol.

2.6 Fagligt veluddannet personale

Behandlerne skal kunne udvise engagement og indfølelse og samtidig kunne iværksætte en effektiv strategisk arbejdsalliance, jf. kap 1, som skal kunne være vejledende, rådgivende, informerende og planlæggende.

En forudsætning for dette er, at behandlingsinstitutionen har tilstrækkelig med veluddannet personale som kan løfte denne opgave – på mange måder en ganske krævende opgave

Samlet set skal behandlingsinstitutionen have både en problemdiagnosticerende (diagnostisk) kompetence og en behandlingskompetence som kan modsvare de problemer, som stofmisbrugerne rummer. Dette kan naturligvis ikke findes indenfor kun en enkelt faggruppe, og derfor må behandlingen organisatorisk sammensættes af et tværfagligt team med relevante sundhedsfaglige, socialfaglige og psykologiske uddannede fagpersoner.

Udover en fagspecifik grunduddannelse skal medarbejderne yderligere have specifik kendskab til stofmisbrug og de mange problematikker, der knytter sig hertil. De skal desuden være i stand til at arbejde professionelt tværfagligt, hvilket også kan opfattes som en kompetence. At behandlerens faglige kvalifikationer er af afgørende betydning for behandlingseffekten er umiddelbart indlysende, men har ikke altid været så klart et fremherskende synspunkt eller har været praktiseret indenfor stofmisbrugsbehandlingen. Omvendt er der i et multidisciplinært team en betydelig risiko for, at fagfolk kan miste deres faglige styrker og kompetencer.

Uden at komme nærmere ind på anvendelsen af ex-misbrugere i stofmisbrugsbehandlingen, så er der efterhånden betydende evidens for (12, 15) at personer uden faglig uddannelse selvfølgelig ikke skal varetage behandlingen af stofmisbrugere – hvilket ikke udelukker ex-misbrugere fra at være behandlere, men forudsætter at ex-misbrugeren er i besiddelse af en relevant faglig uddannelse.

Hvor stor en betydning rådgiverens faglige kvalifikationer har for behandlingseffekten har været kendt i adskillige år fra en undersøgelse (39), hvor 80 klienter blev tilfældigt fordelt til 4 forskellige nye rådgivere, og hvor klienternes status i behandling i forhold til misbrug, kriminalitet og beskæftigelse ved skift til ny rådgiver og 6 måneder efter blev registreret. Konklusionen var ganske klar, nemlig at jo bedre uddannet behandlere, jo bedre behandlingsresultater. De bedst uddannede rådgivere arbejdede omsorgsfuldt og organiseret, der var lagt en klar behandlingsplan i samarbejde med klient og det øvrige behandlingsteam, de så klienterne hyppigt, oftest en gang ugentligt, der blev reageret på stofmisbrugerens problemer med faglig rådgivning, opmuntring, støtte og ved behov relevante henvisninger. Den dårligst uddannede rådgiver (uden formel uddannelse, ex-misbruger) var karakteriseret ved mangelfuld skriftlighed, en ikke-detajleret behandlingsplan som heller ikke blev fulgt, en meget mindre hyppig og inkonsistent klientkontakt (ca. 1 x månedligt).

2.7 Systematisk organiseret behandlingsindsats

2.7.1 Systematisk rådgivningsindsats

En forudsætning for at kunne minimere de formelle kontrolforanstaltninger er en kontinuerlig faglig vurdering af klientens problemstillinger og funktionsniveau samt en systematisk opfølgning med regelmæssig, relevant og adækvat kontakt med klienten.

Dette udføres ved en systematisk rådgivningsindsats der nøje vurderer klientens behandlingsforløb og effekt af behandlingen. For at sikre kvaliteten i behandlingen er den systematiske rådgivningsindsats omfattet af samtidig krav om en systematisk dokumentation, sidstnævnte omtales senere.

Overordnet vil behandlingsindsatsen orientere sig i forhold til en processtyret behandlingsmetode, hvor den enkeltes parathed og ønske om forandringer er starten på en række handlinger, der kan ændre på klientens liv. I dette ofte brogede "landskab" med mange konkurrerende problemstillinger er det en nødvendighed med en systematisk organiseret behandlingsindsats som både er handlingsanvisende og ansvarsgivende, både for behandlere og den behandlede.

Som tidligere nævnt er det behandlingens organisering, struktur og professionelle gennemførelse, som er de mest effektive elementer i behandlingen, jf. Prendergasts metaanalyse (20). De strukturelle rammer om behandlingsindsatsen i Projekt X-felt er fundamentalt bygget op omkring den opfattelse, at klienterne møder til planlagte behandlingsaftaler, såkaldte individuelle rådgivningssamtaler med sin case manager med faste aftalte intervaller. Der er ikke "åben værestedsfunktion" eller "cafe-tilbud" integreret i behandlingen. Klienten møder altid i henhold til den tilrettelagte behandling. Dette kan så variere betydeligt fra klient til klient, både hvad angår indhold og frekvens. Samtidig vil der altid være mulighed for ikke-planlagte akutte henvendelser. Hvis der skønnes behov for et værested, eller klienten udtrykker ønsker herom, formidles kontakt og samarbejde hertil.

Projekt X-felt ønsker at adskille værestedsfunktionen fra behandlingen for at synliggøre den mere forpligtende behandlingsindsats, som klienten er indgået i, og som behandlingsinstitutionen skal levere.

2.7.2 Struktureret kortlægning af problemområder og behandlingsbehov ved standardiserede spørgeskemaer (ASI og SF-36)

Struktureret kortlægning ved behandlingsstart er en hensigtsmæssig måde at sikre at man ikke overser væsentlige problemstillinger og det er også en måde at få overblik over, hvad det er, der skal planlægges i behandlingen, både her og nu ved henvendelsen og på længere sigt. Ved opfølgning i behandlingen er anvendelse af struktureret kortlægning ligeledes værdifuld..

Ændringer i misbrugsvaner - og mønstre ved stofafhængighed sker absolut ikke fra den ene dag til den anden, men snarere som en langstrakt proces. Den behandling, som man tilbyder, skal tilpasses denne proces og være med til dels at fremskynde hastigheden i processen, dels at cementere processen, så der sker færrest mulige tilbagefald og flest mulige skridt i den ønskede retning.

Dette vil af behandlerne kræve overblik over ofte multikompleks problemstillinger som påvirker flere dele af klientens liv, og ofte finder man det overladt til klienten selv at vurdere, hvad der er væsentlig for behandleren at vide. Behandleren stiller uddybende spørgsmål, men

oftest indenfor de temaer, som klienten selv bringer på bane. Litteraturen omkring behandlingsforskning opfordrer imidlertid til, at man i stedet optager den nødvendige information omkring klienten i en ret struktureret form; at man følger bestemte informationsopsamlingsprocedurer, der sikrer en ensartet information, både med henblik på at iværksætte behandling, men også med henblik på en senere evaluering af den givne behandling.

Addiction Severity Index (ASI):

Anvendelse af struktureret kortlægning af problemområder ved hjælp af standardiseret interviewmetode, Addiction Severity Index blev udviklet af McLellan-gruppen i USA for knapt 25 år siden (40). I dag er ASI, og den europæiske version, EuropASI (67), den mest anvendte standardiserede dataindsamlingsmetode både på stof- og alkoholmisbrugsområdet.

ASI har overvejende været anvendt i forskningsøjemed, og erfaringer fra anvendelsen af ASI som behandlingsværktøj er fortsat begrænsede. ASI og den danske version af EuropASI anvendes i dag mange steder i Danmark indenfor såvel stofmisbrugs - som alkoholområdet, og Center for Rusmiddelforskning har i flere sammenhænge påvist en acceptabel indre konsistens af metoden. ASI indsamler oplysninger om klientens stof og alkoholproblemer, sociale situation, kriminelle adfærd, psykiske og fysiske tilstand. Overordnet set består ASI af et baggrundsskema om anvendes ved kortlægning ved start og et opfølgningsskema, hvor kun en del af de ved indskrivning indgåede variable indgår. Udfyldelse af baggrundsskemaet tager ca. 45 minutter, opfølgningsskemaet ca. 15 minutter. For en nærmere beskrivelse af ASI metoden med beskrivelse af de enkelte variable som indgår i skemaet og beregning af såkaldte composites score henvises til manualen (67).

Anvendelse af et standardiseret kortlægningsinstrument i en tværfaglig behandlingsinstitution er medvirkende til og befordrende for et fælles "sprog" eller terminologi. Fokuseringen i ASI på både sociale, fysiske og psykiske problemstillinger udover stof – og alkoholproblemerne, er medvirkende til at behandlerne arbejder ud fra et helhedsorienteret perspektiv, og det er i sig selv også en invitation til samarbejde med relevant faggrupper indenfor behandlingsinstitutionen, og i høj grad også de øvrige sundheds – og sociale systemer.

Den systematiske informationsopsamling og det systematiske refleksion og handling herpå, som er et af målene med anvendelse af ASI som behandlingsværktøj, er også medvirkende til en professionalisering af behandlingen og en fremme af "evidensbaseret tænkning" i stofmisbrugsbehandlingen.

I ASI-skemaet er indbygget spørgsmål til klientens egen vurdering af problemernes sværhedsgrader på en skala fra 0-4 samt klientens vurdering af behandlingsbehov herfor, ligeledes på skala fra 0-4. Dette er med til at møde klienten respektfuldt og med forståelse. Det befordrer igen en positiv behandlingsalliance, og kan også medvirke som invitation til klienten til at reflektere over sin situation her og nu samt ved opfølgninger i behandlingsforløbet. Flere undersøgelser har rapporteret, at anvendelse af ASI i behandlingen er opfattet positivt af klienterne (41).

Der er kun ganske få erfaringer fra andre projekter som har implementeret ASI til systematisk anvendelse i stofmisbrugsbehandlingen (42) og erfaringer fra ASI anvendelsen er primært fra forskning og evalueringsstudier af behandlingsprogrammer generelt. En stor inspirationskilde til dette projekt kommer fra alkoholforskningen i Danmark, hvor man i det omfattende alkoholbehandlingsprojekt "Odensemodellen", publiceret i 2001, har anvendt struktureret kortlægning med ASI i den evidensbaserede behandlingsmodel (29).

Short-Form-36-Spørgeskema:

For at overvinde de begrænsninger, der ligger i ASI og som vi blive uddybet senere i rapporten, har vi ønsket at supplere kortlægningen af klienterne med en yderligere et perspektiv ved en nærmere uddybning stofmisbrugernes egen opfattelse af helbred, livskvalitet og trivsel, samt at sætte behandlingens effekt og effektivitet i relation hertil

Til dette har vi valgt systematisk, at anvende SF-36 (Short-Form-36-Spørgeskema). (43). Dette skema blev udviklet i en amerikansk undersøgelse, The Medical Outcome Study, til beskrivelse af helbredsrelateret livskvalitet gennem måling af generelle helbredsbegreber, som er relevante på tværs af alder, sygdom og behandlingsgrupper, og som antages at være universelle og repræsentere basal menneskelig funktion og velbefindende. Interviewmetoden er anvendt i en lang række internationale kliniske undersøgelser og befolkningsundersøgelser, og er detaljeret beskrevet, også med hensyn til psykometrisk kvalitet, i forbindelse med

oversættelse til dansk. Der foreligger resultater fra et meget stort dansk normalmateriale på 4080 personer og for personer for udvalgte sygdomsgrupper. SF-36 måler sundhedsrelateret livskvalitet ved vurdering af helbredsstatus- afgrænset som 8 specifikke delområder: Fysisk funktion, fysisk betingede aktivitets-begrænsninger, smerter, almen helbred, energi/vitalitet, social funktion, psykisk betingede aktivitets-begrænsninger og psykisk velbefindende.

Resultaterne fremstår som helbredsfunction i procent af det optimale. Det er karakteristisk for SF-36, at skemaet for flere områder inddrager positive helbredsaspekter hvilket medfører en bedre skelneevne i de fleste populationer end spørgeskemaer, der kun fokuserer på negative helbredstilstande.

Da kendskabet til SF-36 ikke er stort indenfor stofmisbrugsbehandling i Danmark, er det fundet relevant her at præsentere de spørgsmål, som indgår i de enkelte delområder og som danner baggrund for beregning af scores . For yderligere detaljer henvises til SF-36 manualen (43).

Fig. 7: SF-36 spørgsmålene:

1. Almen helbred:

1. Jeg bliver nok lettere syg end andre ?
2. Jeg er ligeså rask som enhver anden, jeg kender ?
3. Jeg forventer, at mit helbred bliver dårligere ?
4. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt ?
5. Sammenlignet med for et år siden, hvordan er dit helbred alt alt nu ?

2. Energi/vitalitet

1. Har du følt dig veloplagt og fuld af liv?
2. Har du været fuld af energi?
3. Har du følt dig udslidt?
4. Har du følt dig træt ?

3. Fysisk betingede aktivitets-begrænsninger:

1. Jeg har skåret ned på den tid jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter
2. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville
3. Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre
4. Jeg har haft besvær med at udføre mit arbejde eller andre aktiviteter

4. Fysisk funktion:

1. Krævende aktiviteter, løbe, løfte tunge ting ?
2. Lettere aktiviteter, cykle, støvsuge ?
3. At løfte eller bære flere dagligvarer?
4. At gå flere etager op ad trapper?
5. At gå en etage op ad trapper?
6. At bøje sig ned eller gå ned i knæ?
7. Gå mere end en kilometer?
8. Gå nogle hundrede meter?
9. Gå 100 meter?
10. Gå i bad eller tage tøj på?

5. Fysisk smerte

1. Hvor stærke fysiske smerter har du haft det de sidste 4 uger
2. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både udenfor hjemmet og husarbejde?)

6. Psykisk betingede aktivitets-begrænsninger

1. Jeg har skåret ned på den tid jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter
2. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville
3. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end jeg plejer

7. Psykisk velbefindende

1. Har du været meget nervøs ?
2. Har du været så langt nede at intet kunne opmuntre dig ?
3. Har du følt dig trist til mode ?
4. Har du været glad og tilfreds ?

8. Social funktion

1. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer vanskeliggjort din kontakt med familie, venner, naboer eller andre
2. Inden for de sidste 4 uger hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks besøge venner, slægtninge osv.)?

SF-36 har ikke været anvendt før på stofmisbrugspopulationen i Danmark, og der foreligger også kun få udenlandske erfaringer. Således er SF-36 anvendt i en amerikansk kontrolleret undersøgelse fra 2003 af 252 stofmisbrugere i ambulans stoffri behandling ved start i behandling og 3 måneder efter (44). Man fandt en markant dårlig helbredsrelateret livskvalitet i den undersøgte population af stofmisbrugere sammenlignet med den amerikanske normalbefolkning, mest udtalt for psykisk helbredsopfattelse og normale aktiviteter/arbejdsliv ("rolefunctioning"), og efter 3 måneders behandling sås signifikant bedring i den samlede vurdering af helbred og livskvalitet, mest udtalt i forhold til opfattelse af psykisk helbredsstatus. Hvorvidt bedring holdt udover de 3 måneders behandling blev ikke undersøgt. En anden undersøgelse fra Australien fra 1996 (45) af 100 heroinmisbrugere ved start i metadonbehandling viste ligeledes en markant dårlig helbredsopfattelse sammenlignet med normalbefolkningen. Stofmisbrugernes helbredsrelaterede opfattelse af livskvalitet svarede til et sammenligneligt psykiatrisk patientmateriale, men herudover viste stofmisbrugere en signifikant dårlig almen helbredsopfattelse og dårlig social funktion end de psykiatiske patienter. Undersøgelsen anbefaler, ligesom den amerikanske, at SF-36 integreres i behandlingen af stofmisbrugere.

Anvendelse af videnskabeligt funderede diagnose - og løsningskategorier og klinisk gennemprøvede procedurer, hvis effekter har dokumenteret belæg, er fundamentet for behandling i sundhedsvæsenet samt for den medicinske forskning. Den samme kundskabsbaseret har ikke

været tilstede på det sociale område, hvor stofmisbrugsbehandlingen i Danmark behandlingsmæssigt er forankret. Det sociale arbejde har i høj grad hvilet på erfaring og viden af en mere umiddelbar og mindre afprøvet karakter. Det sociale arbejde har overvejende været rettet mod løsningsmodellerne, dvs. arbejdsmetoderne eller indsatsen, og mindre mod diagnosen: den systematiske afklaring af den problematik, som indsatsen skulle hjælpe. Ved anvendelse af de her beskrevne standardiserede metoder til afklaring af den problematik, som den psykosociale intervention skal tilpasses, er der taget et skridt frem mod en mere systematisk afklaring af problemområder og behandlingsbehov og dermed også muligheder for en mere målrettet og hensigtsmæssig behandlingsindsats. Metoderne vil også på sigt kunne medvirke til udarbejdelse af evidensbaserede procedurer i behandlingen, både lokalt og mere generelt.

2.8 Case management

Når man skal yde en helhedsorienteret behandlingsindsats som retter sig mod både sociale, psykiske og fysiske problemstillinger, som oftest i en kaotisk blanding hos stofmisbrugerne, er det nødvendigt at behandlingsindsatsen er i stand til at navigere og handle i dette kaos. Med andre ord, er i stand til at yde den rigtige og nødvendige behandlingsindsats på det rigtig tidspunkt. Det kan være at psykisk sygdom dominerer på et givet tidspunkt, det kan være boligproblemer der er mest presserende, eller det kan være alvorlig fysisk sygdom, som der må tages stilling til, før anden behandling kan modtages.

Ikke alle relevante behandlingsmodaliteter eller instanser kan nødvendigvis være tilstede indenfor den samme behandlingsinstitution, men ekspertisen til at kortlægge problemstillingen og vurdere behandlingsbehov samt sørge for at klienten modtager et relevant behandlingstilbud, enten i institutionen eller i andet relevant regi, f.eks. i det primære og sekundære sundhedsvæsen, i det øvrige sociale system, ved samarbejde med kriminalforsorg mm., skal være tilstede i en behandlingsinstitution.

Case management begrebet har været velkendt i psykiatrien og baserer sig i det store hele på "socialrådgivningsmetodik" med kortlægning, vurdering, handling, opfølgning samt ansvarligheden for koordinering af den samlede indsats til sikring af kontinuitet og integration af tilbuddene, samt ikke mindst ansvaret for etablering af og vedligeholdelse af behandlingsalliancen med klienten.

Ved den individuelt differentierede behandlingstilrettelæggelse, i et i videst muligt omfang de-institutionaliseret behandlingsregi, ved ofte længerevarende og ofte multikomplekse tilstande, med vekslende behov for behandlingsintensitet, er case management metoden en uhyre relevant behandlingsstrategi. Metoden har vundet indpas ikke blot i psykiatrien, specielt i distriktpspsykiatrien, men også indenfor andre områder, hvor behandlingen eller omsorgen af personer med mere eller mindre kroniske funktionsnedsættelser af både psykisk og fysisk karakter, af nogen forfattere beskrevet som "the difficult to treat - people" (59), varetages udenfor et afgrænset institutionsmiljø, men udgangspunkt i at borgerens tilværelse i normalsamfundet (56).

Med baggrund i den voksende helhedsforståelse af stofmisbrugsproblematikkens kompleksitet, med et ofte kronisk perspektiv med vekslende grader af recidiv og hvor opfattelsen af, at det ikke bare handler om at stofmisbrugeren "holder op med at tage stoffer og så ellers passer sit 12-trins program" ikke længere er tilstrækkelig, har case management metoden vundet større og større interesse og indpas i stofmisbrugsbehandlingen.

Effekten af at integrere forskellige behandlingsinterventioner i metadonbehandlingen, i et såkaldt "Integrated Systems Approach", hvor man ser de forskellige behandlingsmodaliteter som "interrelated interventions" er dokumenteret positiv i flere undersøgelser (46,59). Princippet kaldes også ofte for "shared care". Det forudsætter en behandlingsindsats, som er i stand til at vurdere, overskue og handle relevant i forhold til problemstillingerne, og det er således ikke et spørgsmål om at have så mange interventioner som muligt, men om at kunne tilvejebringe, evt. ved at henvise, relevante interventioner mest hensigtsmæssigt og effektivt.

En nylig amerikansk undersøgelse af effekten af case management metoden hos 537 stofmisbrugere i ambulant behandling viste, at klienterne som modtog standardbehandling plus case manager dels modtog signifikant flere behandlingsydelser og dels havde et 20-40 % bedre behandlingsresultat indenfor problemområderne alkohol, stoffer, fysisk og psykisk helbred, arbejde/aktiviteter og kriminalitet end de klienter, der kun modtog standardbehandling (22). Case manageren i undersøgelsen var en socialfaglig medarbejder eller erfaren misbrugsbehandler som arbejdede i team med en almindelig misbrugsbehandler, hvor misbrugsbehandleren var ansvarlig for den samtale-terapeutiske del i forhold til

stofproblemerne og case manageren var ansvarlig for at vurdere behov yderligere behandling i forhold til helbred, social problemstillinger og netværk/bolig og være brobygger og bindeled hertil.

Ifølge Moxley (56) består case management metoden af og dets fokus på at skabe og vedligeholde et klientstøttende netværk af 5 grundelementer: Vurdering, planlægning, intervention, støtte, monitorering og evaluering. Dette er helt i tråd med begreberne om kvalitet i behandling og kvalitetssikring, hvor det der kendetegner god kvalitet i behandling er de tidligere nævnte 4 K'r, nemlig den rette faglige kerneydelse, kommunikationen, kontinuiteten og koordinationen er de faktorer, som skal sikre det gode behandlingsforløb. Case management metoden er således med til at sikre høj kvalitet i kerneydelsen ved at sørge for den rette kompetence på det rette tidspunkt i hele klientens forløb, sikre høj grad af koordination og kontinuitet på tværs af fagområder samt at guide klienten igennem disse forløb med en forståelig og respektfuld kommunikation. Case managerens overblik og strategiske og kommunikative evner er udtryk for størst mulig professionalisme og fundamentet for den gode stofmisbrugsbehandling, og ved den i praksis implementerede dokumentations – og monitoreringspraksis har case manageren en basis for kontinuerlig evaluering og evt. justering af behandlingen.

En behandler med dette overordnede ansvar som sin primære behandlingsopgave kan betegnes en case manager og dette opfattes i Projekt X-felt som en central faglig kerneydelse.

Umiddelbart vil man antage, at case management metoden også er en effektiv ressourceudnyttelse, men det har endnu aldrig i behandlingen af stofmisbrugere, om end særdeles relevant, været underlagt egentlige cost-effectiveness undersøgelser. Formentlig vil det tidligere omtalte store hollandske projekt "Resultaten Scoren" (34,35) kunne belyse dette yderligere, idet man her har udviklet og implementeret en forskningsbaseret guideline for case-management og man har i projektet planlagt cost-effectiveness undersøgelser som forhåbentlig også vil omfatte case management metoden – endnu foreligger der ikke publicerede resultater til belysning af dette.

2.9 Personale:klient ratio

Personale:klient ratio (antal klienter pr. behandler) er opbygget forskelligt i forskellige amter og kommuner. For en professionelt uddannet behandler er der sædvanligvis tale om 20-40 klienter pr. behandler. I en udvidet indsats har CRF angivet, at ratioen ikke bør være på mere end 10-15 klienter pr. behandler (6).

Beregning af personale:klient ratio er ofte ikke entydige, og derfor ikke umiddelbart sammenlignelige.

I Projekt X-felt er den gennemsnitlige personale:klient ratio således beregnet ud fra, at alle medarbejdere er indregnet i personale:klient - ratioen, eftersom alle ansatte på hver deres måde bidrager til den udvidede indsats over klienterne. Forholdet mellem personale og klient i Projekt X-felt er 1:7.5 ifølge Center for Rusmiddelforskningens metode. Hver case-manager er ansvarlig for 15 klienter, og 4 medarbejdere er primært case-managers, heraf de to socialrådgiveruddannede. Psykolog og læge samt to social- og sundheds-assistenten servicerer alle klienter.

Specielt for projektet har lægen været ansvarlig for forsknings- og kvalitetsudviklingsdelen, hvorfor den rent lægelige del delvist har været erstattet af lægekonsulenter under supervision af projektets læge. Den administrative, daglige projektledelse har været varetaget af pædagog i samarbejde med projektets sekretær.

Projektlederen og den forsknings- og kvalitetsudviklingsansvarlige læge har videre indgået i projektets styregruppe sammen med den overordnede projektansvarlige.

Endelig har projektet haft forskellige ad hoc deltids-aktivitetsmedarbejdere

2.10 Minimering af kontrolforanstaltninger

Behandlingsalliancen i substitutionsbehandling har ofte været vanskelig at etablere på grund af de formelle kontrolforanstaltninger, f.eks. regelsat fremmødehyppighed og urinkontrol, der er tilknyttet den medicinske behandling. Der er tale om procedurer, som vil være utænkkelige, når det gælder andre former for medicinsk behandling.

Kontrolforanstaltningerne vil ofte blive opfattet, og også iværksat, som en form for "snydekontrol". Det særegne magtforhold der herved opstår er i modstrid med begreberne om at kunne indgå i en behandlingsalliance, og ofte vil man i stedet se en meget modstandspræget behandlingsalliance.

Den regelmæssige, tidsfaste og overvågede indtagelse af metadon er en af "milepælene" i substitutionsbehandlingen. Dette har været tålt som en nødvendig foranstaltning af frygt for videresalg af den ordinerede metadon, men der er formentlig tale om en temmelig ubegrundet frygt (47), som i hvert tilfælde savner forskningsmæssig begrundelse. Erfaringer fra klinisk praksis er, at denne kontrolforanstaltning oftest flytter fokus fra den psykosociale behandlingsindsats. Stor energi og mange af klientens ressourcer bliver brugt på at omgå kontrolprocedurene, og samtidig anvendes stor energi og mange ressourcer fra behandler side på at effektuere kontrolprocedurene. Balancen er vanskelig!

Almindeligvis sker der det, at i de behandlingssystemer hvor kontrollen er stærkest, er gennemsnitsalderen på klienterne højest. Det skyldes, at de "yngre" der stadig kan klare livet på gaden ikke vil ind i disse systemer, som de finder nedværdigende og devaluerende. Hvis kontrollen har stærke konsekvenser afholder de yngre og mest misbrugende sig fra at komme i behandling, hvilket er en meget uheldig konsekvens. Ved manglende kontrol fortsætter sidemisbruget. Dette indebærer, at der nødvendigvis må være elementer af kontrol i behandlingen.

Formålet med kontrollen er primært at sikre behandlingens kvalitet, og er ikke rettet mod stofmisbrugeren. Samtidig skal behandlingen tilrettelægges på en sådan måde at videresalg af den ordinerede medicin begrænses mest muligt. At finde den rigtige balance kræver professionalisme og et højt etisk beredskab, og kontrolelementet bør aldrig dominere på bekostning af de indholdsmæssige rådgivende, sundhedsfaglige, psykoterapeutiske og rehabiliterende elementer i behandlingen. Al medicinsk behandling forudsætter kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten. Ved substitutionsbehandling er det overordnede mål at sikre, substitutionsbehandlingen virker efter hensigten.

Med baggrund i den systematiske planlagte behandlingsindsats med en professionel kontinuerlig vurdering af den enkelte klients problemstillinger og behandlingsbehov samt tæt opfølgning på behandlingseffekt, så har vi i Projekt X-felt tilladt os at minimere de formelle kontrolforanstaltninger - samtidig med en maksimering af den relationelle kontrol med det formål at bedre og styrke behandlingsalliancen, og dermed bedre effekten af behandlingen.

En vis "normalisering" af substitutionsbehandlingen, svarende til anden medicinsk behandling, med en så "brugervenlig" tilrettelæggelse som mulig er opfattet som betydningsfuld for etablering af behandlingsalliance. En mindre grad af overvåget medicinindtagelse samt en større grad af medicinudlevering fra klientens regionale apotek er således en praksis som er afprøvet i Projekt X-felt. Den øgede frihed i forhold til medicineringen kræver til gengæld, at klienten overholder forpligtelserne i forhold til behandlingsplanen, og hvis dette ikke sker, må frihedsgraderne begrænses indtil behandlingen igen har stabiliseret klienten. Det velkendte princip fra børneopdragelse, "frihed under ansvar", forsøges praktiseret i substitutionsbehandlingen i Projekt X-felt ud fra samme betragtninger om det kompetenceudviklende element i denne holdning.

Ved vanskelige behandlingsforløb med dårligt fungerende klienter, eller ved periodevis dårligt fungerende klienter, vil medicinering således foregå fra behandlingsinstitutionen.

Kontrolforanstaltninger i form af urinundersøgelser for illegale rusmidler og medikamenter (urinkontrol) har ikke være en del af behandlingspraksis i Projekt X-felt. Urinkontroller har tidligere i stort omfang været en integreret del af substitutionsbehandlingen. Formålet med urinkontrollen er igen "snydekontrol", dvs. at afsløre illegal brug af rusmidler og reducere dette brug. I en nylig oversigt over anvendelse af urinkontrol i behandlingen af opioidafhængige (48) findes der imidlertid vægtig evidens for, at nyttevirkningen af regelmæssig urinkontrol i behandlingen af opioidafhængige er begrænset. Man har ikke kunne påvise, at regelmæssig urinkontrol i behandlingen reducerer brugen af stoffer i noget væsentlig omfang. Urinkontrol er ikke nødvendigt som et mål for behandlingens effekt, fordi klienterne, under omstændigheder hvor de ikke sanktioneres for deres brug af stoffer, giver pålidelig oplysninger om dette.

Urinkontrol er således ikke en pålidelig metode til at afsløre stofbrug, det er en dyr undersøgelse hvis den foretages rutinemæssigt, den overvågede urinprøvetagning er en ydmygende procedure for både klienter og behandlere, og det er en procedure der medfører øget afgang fra behandlingen.

Med baggrund i ovenstående er det ikke fundet grund til at anvende urinkontroller i behandlingen i Projekt X-felt. Misbrug vil blive registeret ved selvrapportering, der tilsyneladende har en høj validitet i en god behandlingsalliance, samt ved vurdering af adfærd. Hvis en klient ønsker urinkontroller som støttende foranstaltning, vil dette kunne efterkommes.

Så med ønske om at bedre og styrke behandlingsalliancen og hermed også behandlingseffekten, og også med et normaliseringsperspektiv af substitutionsbehandlingen for øje, er hensigten i felt Projekt X- at minimere de formelle kontrolforanstaltninger mest muligt samtidig med en maksimering af den relationelle kontrol.

Kapitel 3: Projekt X-felts rammer

3.1 Projektets organisering i forhold til Københavns Kommunes misbrugsbehandling

Projekt X-felt er forankret i Københavns Kommunes Familie- og arbejdsmarkedsforvaltning, Kontoret for voksne med særlige behov.

Al henvendelse om behandling af stofmisbrug i Københavns Kommune sker gennem et af de 4 regionale rådgivningscentre (Indre, Nord, Vest og Amager), afhængig af ens bopæl. Rådgivningscentre har det overordnede ansvar for visitation og behandlingsplanlægning af stofafhængige i Københavns Kommune. Rådgivningscentre visiterer til andre behandlingsinstitutioner, f.eks. til et af de 3 ambulatorier ved behov for længerevarende substitutionsbehandling eller til specialambulatorierne (Familieambulatoriet ved stofmisbrugere med børn og Specialinstitutionen på Forchammersvej ved stofmisbrugere hvor somatisk sygdom

dominerer). Rådgivningscentrene har centraliseret indsatsen over for stofafhængige, således at både stofmisbrug, økonomiske og sociale forhold behandles via rådgivningscentret. Klienterne til Projekt X-felt visiteres via et af de fire rådgivningscentre ved den tidligere beskrevne randomiseringsmetode for nyindskrevne i kapitel 1.

Projekt X-felts kompetenceområde omfatter udelukkende den behandlingsmæssige indsats. Klienternes økonomiske sagsbehandler (i pensions- eller kontanthjælpssystemet) samt sociale sagsbehandler (der bl.a. har ansvaret for klienternes § 111 handleplaner) er fortsat på et af de fire rådgivningscentre. I praksis foregår dette samarbejde ved at Projekt X-felt udfærdiger sociale handleplaner og indstiller til økonomiske bevillinger, som godkendes af sagsbehandlerne på de regionale rådgivningscentre. Når Projekt X-felt ønsker at medinddrage et døgnbehandlingstilbud i behandlingsindsatsen, skal det ligeledes godkendes af det regionale rådgivningscenter.

3.2 Personalesammensætning og organisatorisk tilrettelæggelse

3.2.1 Personalesammensætning

Projektet blev udviklet og opstartet af et team af en projektleder (psykolog) og en forskning- og udviklingsansvarlig (læge), under ledelse af projektansvarlig socialoverlæge. Design- og udviklingsfasen samt etablering af de fysiske rammer og ansættelse af personale foregik fra medio november 2001 til ultimo maj 2002, dvs. en periode på 6 ½ måned.

Ved etableringen af Projekt X-felt blev det prioriteret højt, at teamet af medarbejdere skulle være i besiddelse af en høj grad af professionalisme i form af en faglig relevant uddannelse samt tidligere erfaring fra stofmisbrugsbehandlingen. Medarbejderstaben er sammensat således, at den dækker den sundhedsfaglig, den socialfaglige, den psykologisk og pædagogiske behandlingstilgang til stofafhængighed. I den tværfaglighed som et multikomplekst problemområde kræver, lægges der op til teamarbejde, der sikrer at de forskellige kompetencer integreres samtidigt med at der gives rum til den differentierede faglig tilgang.

Personale:klient ratio er af en størrelse, 1:7.5, der med den eksisterende viden også giver forskelle i resultater, svarende til kriterierne for en udvidet psykosocial indsats defineret ved Center for Rusmiddelforskning.

Der er 9.8 fuldtidsansatte medarbejdere i projektet:

Fig.8: Projektets medarbejdere:

Ansatte	Timetal
Projektleder (pædagog)	37
Afdelingslæge (+)	37(+)
Psykolog	37
Socialrådgiver	37
Socialrådgiver	37
Pædagog	37
Social –og sundhedsassistent	37
Social –og sundhedsassistent	30
Projektmedarbejder (++)	37
Sekretær	37

Hovedparten af de ansatte har lang erfaring fra stofmisbrugsbehandlingen fra tidligere ansættelser i behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere i Københavns Kommune og Københavns Amt med erfaring fra ambulante behandling, døgnbehandling, stoffri behandling, specialinstitutioner for stofmisbrugere med børn, specialinstitution for somatisk syge stofmisbrugere, hjemløseområdet mm.

Siden projektets start har der været 2 udskiftninger og 3 nyansættelser. Den oprindelige projektleder blev i januar 2003 fyret og efter en kort overgangsperiode, hvor lederen af botilbudsordning på Specialinstitution på Forchhammersvej fungerede som leder af Projekt X-felt, blev der ansat en ny projektleder i april 2003. Projektlederskiftet medførte nyansættelse af en pædagog, der tiltrådte i april 2003 i den nye projektleders tidligere ansættelse. En socialrådgiver rejste pr. januar 2004 og medførte nyansættelse af en anden socialrådgiver. Projektets oprindelige medarbejderstab blev pr. april 2003 opnormeret med en socialrådgiver og i forbindelse med omlægningen af afdelingslægens (forfatterens) opgaver

blev der til varetagelse af en del af den daglige sundhedsfaglige indsats yderligere en social og sundhedsassistent på 4/5 tid. Projektets afdelingslæge (forfatteren) har fra start og frem til marts 2004 varetaget det daglige lægefaglige arbejde samt haft ansvar for forsknings- og kvalitetsudviklingsdelen i projektet. Fra marts 2004 er det daglige lægelige arbejde delvis erstattet af lægekonsulenter 2 x 4 timer ugentlig. Afdelingslægen har fortsat varetaget det overordnede sundhedsfaglige ansvar og har således deltaget i ugentlige behandlingsmøder, har varetaget ugentlige møder med det sundhedsfaglige personale og været til rådighed for telefonisk henvendelse 37 timer.

I forbindelse med opstart af projektet var de to første måneder afsat til introduktion, teambuilding samt undervisning for at skabe et fælles behandlingsgrundlag samt indføring i projektets tanker og rammer. Der blev således undervist i kvalitetsudvikling og EuropASI og SF-36, og projektets kvalitetsudviklingsproces påbegyndtes i samarbejde med overlæge, ph.d Bent Nielsen, Psykiatrisk afd. P, Odense Universitetshospital (29,32). Endvidere blev der undervist i marketingsstrategi og kunderelationer ved salgschef Henrik Biune, Dagbladet Børsen, i den sociale handleplan ved firmaet Horisont, i forandringsprocessen og motivationsskabende samtaler ved centerleder Anette Søgård, Fyns Amts Alkohol BehandlingsCenter og i Addiction Severity Index ved socialrådgiver Birgit Jensen, Fyns Amts Alkohol BehandlingsCenter. De organisatoriske rammer for behandling blev på denne baggrund fastsat og tilrettelagt, og herefter blev de første klienter indskrevet medio august 2002.

3.2.2 Den organisatoriske tilrettelæggelse af behandlingen

De 60 klienter er fordelt på to kontaktteam, Team 1 og Team 2, hvor hvert team udgøres af to case managers (socialrådgiver og pædagog/projektmedarbejder). Hver case manager er primærbehandler for 15 klienter og sekundær behandler for 15 klienter i teamet. Ved teamarbejdsformen stimuleres faglighed, sikring af fælles værdimål og metodegrundlag samt gensidig inspiration og støtte. Sammen er de to case managers i teamet ansvarlig for koordinering af behandlingen af de fælles 30 klienter. Umiddelbart efter indskrivning, første lægelige udredning af brugernes fysiske og psykiske tilstand samt opstart på substitutionsbehandling, tildeles klienten en case manager

På baggrund af den første kortlægning ved EuropASI og SF-36, de øvrige indhentede observationer og informationer, herunder oplysninger indhentet til Status Forskningssystemet i Københavns Kommune, Familie og Arbejdsmarkedsforvaltningen samt den lægelige behandlingsplan, udarbejder case manager indenfor de første 3 uger af behandlingen et forslag til en behandlingsplan, som fremlægges og vedtages på tværfagligt behandlingsmøde. Behandlingsplanen revideres hver 3. måned. Der holdes behandlingsmøde 1 x ugentlig, hvor alle klienters behandlingsplaner revideres fast hver 3. måned og hvor mere akutte problemstillinger behandles.

De to team af case managers afholder internt behandlingsmøde 1 x ugentlig.

På alle hverdage afholdes morgenmøde, hvor alle medarbejdere deltager og hvor dels praktisk administrative forhold varetages, dels klientrelaterede spørgsmål/informationer behandles.

Hele medarbejderteamet, minus leder, psykolog og læge, modtager supervision af ekstern supervisor hver 5. uge. Supervisionen er dels i forhold til samarbejde, dels i forhold til klientsager.

Herudover afholdes personalemøder 1 x månedligt.

Hele medarbejderstaben er involveret i en mødestruktur i forhold til kvalitetsudviklingsprocessen, hvilket vil blive beskrevet senere under kapitlet "Kvalitetsudviklingsmodellen".

Hele medarbejderstaben, minus læge og sekretær, har i projektet fælles påbegyndt og gennemført 1-årig diplomuddannelse i løsningsorienteret, systemisk terapi ved firmaet Solution. Afdelingslægen har ikke haft tid til at deltage i diplomuddannelse på grund af forsknings- og kvalitetsudviklingsopgaver, men har arbejdet med metoden i flere år under ansættelse på psykoteraeutisk afdeling i psykiatrisk regi (KAS-Stolpegård).

3.2.3 Projektets ledelsesstruktur.

Styregruppe: Projektansvarlig, daglig projektleder (manager), forsknings- og kvalitetsudviklingsansvarlig læge, ekstern proceskonsulent.

Daglige ledelse: Projektleder (manager).

Ledelsesteam: Skiftende, men gennemgående personer i ledelsesteam projektleder, projektets læge og projektets psykolog der hhv. er ansvarlig for de administrative opgaver, forsknings- og kvalitetsudviklingsdelen samt den medicinske/sundhedsfaglige del og udviklings- og behandlingsdelen. Ledelsesteamet har været styregruppe for kvalitetsudviklingsprocessen.

3.2.4 De ansattes arbejdsfunktioner

Projektleder: Administration, personale- og budget ansvarlig, ansvarlig for driften af den overordnede behandlings- og dokumentationsstrategi i institutionen,

Sekretær: Receptionist, administration (bogholderi/løn), lægesekretær.

Social- og sundhedsassistenter: Klienternes første kontakt vedrørende sundhedsproblemer, sygeplejefaglige ydelser, procesansvarlige for gennemførelse af hepatitis/hiv-udredning samt gennemførelse af vaccinationsprogrammer, procesansvarlige for graviditetsforebyggelsesprogram, almindelig sundhedspædagogik (forebyggelse), medicinudlevering og receptfornyelser, kontaktperson for enkelte klienter med primært sundhedsfaglige problemstillinger

Læge: Udredning af klienternes fysiske og psykiske tilstand, substitutionsbehandlingen samt anden medicinsk behandling, udredning af hepatitis/hiv samt vaccinationsprogram, graviditetsforebyggelse/udredning af seksuelt overførte sygdomme, samarbejde med egen læge, H:S og speciallæger. Specielt for projektet er lægen også ansvarlig for forsknings- og kvalitetsudviklingsprocessen.

Psykolog: Individuel terapi, gruppeterapi, ansvarlig for behandlingsmøder, supervision, udviklings- og behandlingsansvarlig, specielt i forhold til implementering af kvalitetsudviklingsprocessen.

Socialrådgivere: Case manager, rådgivning i forhold til lov om aktiv socialpolitik og førtidspensions-området.

Pædagog: Case manager i samarbejde med socialrådgiver, ad hoc aktiviteter

Projektmedarbejder: Case manager i samarbejde med socialrådgiver, medudvikling af kvalitetsudviklingsstrategier og værktøjer samt IT-løsninger til dokumentationsstrategi

3.2.5 Brugerinvolvering

Overordnet er projektet af opfattelsen, af brugerinvolvering primært skal foregå individuelt på behandlingsplanet, dvs. at klienten oplever sig respektfuld hørt og forstået, modtager en professionel service og har indflydelse på behandlingsplanerne.

Brugerforening: På opfordring af og med hjælp fra projektet har klienterne etableret en brugerforening. Brugerforeningen er et forum, hvor klienterne på eget initiativ kan skabe deres egne aktiviteter som f.eks. fælles biografture, fællesspisning, udflugter mm. Der er afsat 30.000 kr. årligt til disse aktiviteter. Projektlederen er i dialog med brugerforeningen, men det er i princippet en selvstyrende organ. Foreningen har fungeret meget ustabilt og må betegnes som ikke-fungerende fra 2004.

Bruger/behandler-aftener: Åbent forum hvor klienterne kan komme med kritik, forslag og ønsker til behandlingspraksis og aktiviteter i projekt X-felt. Afholdes på aftener, hvor klienter og behandlere mødes til fællesspisning 1 x månedligt.

3.3 Det fysiske miljø

I en overordnet forståelse af en øget psykosocial indsats indgår også en prioritering og bevidst vægtning af de geografiske og fysiske rammer. Projektet har ønsket at stedets placering og indretning skulle være med til at afstigmatisere stofmisbrugsbehandlingen.

I en forståelse der lægger vægt på respekt og servicering i behandlingen, vil de geografiske og fysiske rammer være de første signaler, som klienterne møder. Projektet er bevidst placeret i lokaler centralt midt i København i et ikke institutionaliseret regi, der indgår i det almindelige gadebillede som et neutralt sted. Offentlige transportmuligheder er let tilgængelige og gadebilledet er venligt og fuld af byliv, og klienterne integreres naturligt heri. Klienterne vil i deres møde med projektet blive opfattet som en "kunde", der til sammenligning kunne møde op i et rejsebureau. Dette er i modsætning til den hyppigt anvendte praksis, at behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere ofte placeres i lidt triste randområder med vanskelige transportmuligheder, løsninger som har været nødvendige når man ikke har kunnet modgå den såkaldte NIMBY-effekt, "Not in my backyard-effekten", og hvor transporten til og fra, og oplevelsen af behandlingen farves af de geografiske og miljømæssige rammer i negativ retning, med signaler om marginalisering og ustøthed.

Der er eksperimenteret med lokalernes indretning i samarbejde med en arkitekt. Den overordnede tanke bag indretningen har været at udforme en indretning som skulle signalere en venlig, imødekommende, respektfuld og professionel service. Stedet skulle signalere professionel kvalitet svarende til den standard man forventer hos f.eks. en praktiserende læge, tandlæge eller et rejsebureau, og samtidig signalere et behandlingssted hvor man kommer fordi man efterspørger en professionel ydelse. Altså det modsatte af de mere traditionelt indrettede stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, som ofte er karakteriseret ved lukkede døre, skranker og nedslidt "værestedsatmosfære".

Som model er anvendt åbne kontorlandskaber hvor klienter og behandlerne vil være i umiddelbar kontakt og dialog ved fremmøde. Behandlingen skal fremstå gennemskuelig, både for behandlere og klienter. Personalet har ikke egne kontorer med en lukket dør, men indgår i det åbne miljø som en synlig kontaktmulighed og synlig i sin behandlingspraksis i forhold til enkelte såvel som grupper. For personalets vedkommende vil der være tale om at træde ud i et offentligt rum, hvor kollegaer og andre vil kunne give feedback på den udøvede praksis. Dette er tænkt som en omdefinering af individuel håndtering og praksis bag "den lukkede dør".

Det åbne kontorlandskab er ikke stationært – som hvis de enkelte behandlere sad i hver deres lille lokale – men flytbart og omstilleligt, hvilket kan give rum for bedre kommunikation og refleksion. Alle medarbejdere har således i de åbne kontorlandskaber hver deres egen lille arbejds- og konsultations-ø, svarende til hvad man ser i f.eks. en bank. Herudover findes i projektet et lukket samtale/terapi rum samt et lukket undersøgelsesrum til sygepleje og lægeundersøgelser samt opbevaring af medicin. Mange samtaler kan foregå med den nødvendige respektfulde diskretion ved arbejdsøerne, men er der behov for yderligere, kan behandlerne udføre samtalerne i de nævnte lukkede rum eller evt. inddrage et ledigt fællesrum som køkken, konferencerum eller brugerrum. Ved hver arbejdsø har medarbejder egen PC til brug for dokumentation og monitorering samt som dialogværktøj ved udførelse af ASI og SF-36 scoring af klienten, hvor man sammen med klienten kan se skemaerne og de umiddelbart fremkomne scores, som visualiseres på grafer på skærmen.

Den nemme og åbne adgang til behandlerne er et udtryk for projektets serviceorientering, at der altid er mulighed for at tage sig af klienternes mere akutte behov selvom mest mulig af

behandlingskontakten er struktureret i tidsfastsatte aftaler. Er primærbehandleren optaget, kan man nemt i det åbne kontorlandskab lokalisere sekundærbehandleren eller anden behandler, som kan tage sig af den akutte problemstilling. Ønsket er at møde klienten så hurtigt og uformelt som muligt i en serviceorienteret "kunderelation" der kan omdefinere den sædvanlige "klientstatus".

Indretningen med hensyn til interiør adskiller sig også fra vanlig praksis, møbelvalget er ikke typisk institutionspræget, der er kelimtæpper på gulvene, kunst på væggene, store grønne planter mm. Brugere har eget brugerrum, indrettet med samme arbejdsø med PC som behandlerne har, telefon, konferencebord mm. Der er fri adgang til køkkener og konferencerum, hvis de ikke er i brug. Eneste aflåste rum er personalegarderobe og læge/medicinrummet, ellers er alle rum tilgængelige for personale og klienter.

Der er ingen medicinskranke hvor medicin skal indtages overvåget, idet det meste medicin er henlagt til udlevering på apotek, bortset fra i indstillingsfasen eller i ustabile forløb. Den medicin som udleveres fra Projekt X-felt udleveres, efter at være dosisdispenseret og pakket i det lukkede medicinrum, af sundhedspersonalet ved deres arbejdsø, hvor klienten yderligere kan modtage evt. rådgivning i forbindelse med medicinering og hvor der er mulighed for snak med sundhedspersonalet. I det tilfælde, hvor der ønskes overvåget indtagelse, foregår det også ved sundhedspersonalets arbejdsø. Det er sundhedspersonalets opgave at udføre medicineringspraksis så servicemindet og respektfuld som muligt og skabe et roligt hjørne med den fornødne diskretion i det åbne kontorlandskab. Medicinudlevering foregår i hele åbningstiden, dvs. dagligt fra 9.00 – 14.00.

I åbningstiden er der fuldt åbent for alle henvendelser, fra kl. 14 kun for tidsfastsatte aftaler.

Der er ikke indrettet en traditionel "cafe" eller "værested", men institutionens foyer fungerer som et venterum, hvor der er opsat en PC, kildevandsautomat og et bordfodboldspil. Venterummet er i umiddelbar forbindelse med receptionen, hvor sekretær og social –og sundhedsassistenterne har deres arbejdsøer og er direkte tilgængelige for service. Igen er denne indretning et udtryk for, at man kommer i projektet fordi man har brug for en

behandlingsydelse, som man kan forvente at få leveret på en nem, serviceminded og respektfuld måde.

En indretning som den valgte har en naturlig konfliktreducerende og sikkerhedsbefordrende effekt. Projektet har ikke oplevet hærværk i den daglig praksis og den generelle omgangstone er behagelig. Projektet opfattes ikke af naboerne, (diverse dagskoler, kunstnere, klinikker for skønhed, tøjbutikker mm) som en gene.

Ønsket om at indgå som et neutral sted i bybilledet er bekræftet af, at mange af naboerne slet ikke kender til Projekt X-felts funktion. Myterne om, at stofmisbrugere stjæler ved enhver given lejlighed kan *ikke* bekræftes af Projekt X-felt; der har kun en gang været rapporteret indbrud i nærliggende lokaler, hvoraf det langt fra er sikkert at det skulle være begået af en klient fra Projekt X-felt. Enkelte gange er projektet blevet overrumplet af uforudsigelig aggressiv adfærd og hærværk fra en ustabil klient .

Slutteligt skal nævnes, at alle lokaler i Projekt X-felt er røgfri, bortset fra rygeområde i foyer og brugerrum. Dette er ligeledes en bevidst indretning som afspejler udviklingen i det øvrige samfund og derfor også skal integreres i stofmisbrugsbehandlingsinstitutionen.

3.4 Rammer for substitutionsbehandlingen

Det overordnede mål med substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin er stabilisering af et kaotisk opioidmisbrug med henblik på enten nedtrapning til "stoffrihed" eller længerevarende substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling tager sit udgangspunkt i den kendsgerning, at behandling der sigter mod stoffrihed oftest mislykkes. Ved at indgive metadon eller buprenorfin, som har lange halveringstider og som ophobes i kroppen, kan man ved indgift af for metadons vedkommende en daglig dosis, for buprenorphins vedkommende op til hver 3. dag, opnå en jævn blodkoncentration og receptorblokade, og dermed en reduktion af stoftrangen og en delvis blokering af virkningen af andre opioider uden at de psykomotoriske funktioner påvirkes nævneværdigt. Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har social, fysisk og psykisk rehabilitering som sit mål. Hvis metadonbehandlingen skal fungere efter hensigten, skal den indtages i en nøje individuelt reguleret dosis, dag ud og dag

ind, og samtidig skal det sikres, at det ordinerede metadon så vidt muligt ikke videresælges. Det samme gælder for buprenorfin, dog kan indtagelsen reguleres ind til hver 2.-3. dag.

3.4.1 Apoteksudlevering og kontrol i behandling

Med baggrund i ønsket om at fokusere på behandlingsalliancen, en omhyggelig professionel kontinuerlig vurdering af behandlingseffekt og en størst mulig "normalisering" af substitutionsbehandlingen med størst mulig "serviceminded" tilrettelæggelse for klienten, har projekt X-felt valgt en praksis for medicinudlevering som adskiller sig fra standardbehandling (jf . afsnit 2.10). Som tidligere nævnt er formålet med kontrollen primært at sikre behandlingens sikkerhed og kvalitet, og ikke rettet mod stofmisbrugeren. Projekt X-felt har derfor valgt at fokusere på en maksimering af den relationelle, behandlingsmæssige kontrol og minimere de formelle kontrolelementer i behandlingen. Med ønske om at flytte fokus fra kontrol til behandlingsalliancen, har Projekt X-felt fundet det formålstjenstligt i videst muligt omfang at henlægge medicinudleveringen til klientens regionale apotek, ligesom andre former for medicin hentes af borgerne på apotek.

Men så længe der er et illegalt stofmarked vil det imidlertid ofte være en fristelse for klienterne at omsætte medicinen i penge eller illegale stoffer på dette marked. Frygten for at den brugervenlige administration af metadon skulle give anledning til en illegal spredning, og dermed flere forgiftningsdødsfald, synes dog ikke bekræftet af politiets seneste opgørelser over narkotikadødsfald i Københavns kommune og resten af landet. Det fremgår således af opgørelsen, at antallet af dødsfald har været faldende og var i 2003 det laveste længe i Københavns kommune og yderligere, at mens Københavns andel af landets stofmisbrugere udgør 30-40 %, er andelen af dødsfald kun 22 %. Ej heller har den nyligt indførte praksis i Købehavns kommunes behandlingssystem for stofafhængige med jævnlige indberetninger fra politiet om gadesalg eller besiddelse af narkotiske stoffer omhandlet klienterne i Projekt X-felt. Under alle omstændigheder skal behandlingen tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt og med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens retningslinier (50) er substitutions-behandlingen i Projekt X-felt tænkt ind i de nogle nye rammer, som tilgodeser disse krav ved andre metoder end de traditionelle kontrolforanstaltninger med overvåget indtagelse og urinkontroller.

3.4.2 Substitutionsbehandlingen i Projekt X-felt

En sammenhæng mellem den medikamentelle og den psykosociale behandling er en forudsætning for en meningsfuld og helhedsorienteret behandlingsindsats.

Indikationen for substitutionsbehandling er en lægelig afgørelse som hviler på diagnostisk af forekomsten af opioidafhængighed, som defineret i WHO ICD-10: "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" (F11.2)(51).

Som anført i Sundhedsstyrelsens cirkulære (49) indgår den lægelige behandlingsplan som en del af den sociale behandlingsplan. En lægelig behandlingsplan omfatter dels substitutionsbehandling, dels udredning og opfølgning på eventuelle ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme. Af den lægefaglige behandlingsplan skal fremgå sigtet med den aktuelle sundhedsfaglige indsats, og i den tværfaglige behandlingsramme fastsættes hvilke aftaler og strategier der er indgået omkring behandlingsforløbet.

Valg af substitutionspræparater:

Metadon var frem til 1999 det eneste præparat der kunne anvendes i substitutionsbehandlingen. I 1999 blev buprenorfin indregistreret til substitutionsbehandling af opioidafhængige, og det anvendes i dag til ca. 10 % af klienterne i substitutionsbehandling. Buprenorfin er dyrere end metadon, svarende til 5 x prisen på metadon. Imidlertid har buprenorfin i mange henseender en mere hensigtsmæssig farmakologisk profil end metadon. Det kan som tidligere nævnt ved stabile behandlingsforløb nøjes med at doseres 3 gange ugentlig. Det er mindre potent, men også mindre giftigt, mindre sløvende og formentlig mindre vanedannende. Det intravenøse sidemisbrug af buprenorfin er på grund af stoffets særlige farmakologiske egenskaber begrænset, og stoffet har hidtil haft et begrænset misbrugspotentiale. Hidtil har der ikke været registeret buprenorfin i de retsmedicinske undersøgelser ved stofrelaterede dødsfald i Danmark (52), dog undersøges kun rutinemæssigt herfor i København. Men fundet understøttes af tallene fra Frankrig, hvor man i en årrække har anvendt buprenorfin som hovedstof i substitutionsbehandlingen, hvor man kun har set forgiftningsdødsfald med buprenorfin i kombination med benzodiazepiner. Der er ikke konstateret dødsfald på grund af buprenorfin blandt klienter i behandlingsprogrammerne (53).

I Projekt X-felt anvendes både metadon og buprenorfin. Med fokus på større sikkerhed og mindre misbrugspotentiale tilstræbes anvendelse af buprenorfin i så stort omfang som muligt. I overensstemmelse med principperne om den trinvis behandling er buprenorfin førstevalgspræparat til behandling af nye og yngre heroinmisbrugere, og der skal være vægtig grund for at afvige fra denne praksis og opstarte metadonbehandling hos denne gruppe. Hvis metadonbehandling undtagelsesvis iværksættes hos nye og yngre opioidmisbrugere skal det være med sigte på nedtrapning indenfor kort tid med henblik på skift til buprenorfin.

Administrationsform

Metadon:

For udlevering i Projekt X-felt: Tabletter

På apotek: Klienten bestemmer selv administrationsform, enten tabletter eller mikstur

Buprenorfin:

Resoribletter

Procedurer ved iværksættelse af nye behandlingsforløb

Når en behandling påbegyndes, har man normalt ikke kendskab til den behandlede tolerans overfor opioider (som kan være nul). Ligeledes vil kendskabet til og omfanget af aktuelt opioidmisbrug og samtidig forekomst af andet misbrug (benzodiazepiner, alkohol, kokain mm.) være præget af stor usikkerhed. På grund af de mange ubekendte faktorer er beskrevet hyppigere forekomst af forgiftningsdødsfald i indstillingsfasen. Ligeledes vil der i startfasen være mange andre uafklarede, og ofte kaotiske forhold hos klienten som vil kunne komplicere den medicinske behandling.

Opnåelse af farmakologisk stabilitet tager min. 2 uger (steady state indtræder efter 7 x halveringstiden for hhv. metadon (32-48 timer) eller buprenorfin (24- 69 timer), og i denne periode er det nødvendigt med tæt kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten.

Dosisindstillingsfase.

Princippet er en forsigtig opstart med gradvis øgning af dosis indtil tilstanden er stabil, dvs. at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Der vil altid være tale

om en individuel dosering, både i forhold til opstartsdosis, hastighed for dosisøgning samt dosisstørrelse for opnåelse af stabilitet. Dette skyldes en individuel variation på metabolisering af medicinen, interaktion med anden medicin/sidemisbrug, graden af tolerans mm. Indstillingsfasen vil foregå ved daglig fremmøde med henblik på kliniks vurdering af behandlingen, dosisjustering og indtagelse af medicinen under opsyn indtil en passende dosis og et samarbejde med klienten om behandlingen som helhed er etableret. Dosisindstillingsfasen tager typisk 2-4 uger,

Metadon:

Behandlingen indledes med en lav dosering, 20-30 mg pr. døgn. Dødeligt forløbene forgiftninger er beskrevet ved indgift af doser på < 40 mg pr. døgn. (54). På grund af risikoen for akkumulation foretages gradvis øgning af dosis, ikke hyppigere end hvert andet døgn med 5-10 mg indtil tilstanden er stabil. Vedligeholdelsesdosis vil normalt ligge fra 60-120 mg.

Behandling indledes aldrig op til en weekend.

Buprenorfin:

Normal begyndelsesdosis er 4 mg som kan øges med 2 mg p.n indtil der ikke er klager over abstinenssymptomer, evt. medgives 2 mg til at indtage hjemme. Maximal dosis første døgn hyppigst 8-10 mg, højere doser kan dog forekomme. På grund af buprenorfins specielle virkningsmekanisme vedrørende høj receptoraffinitet og fortrængning af andre opioider fra receptorerne, forudsætter opstart med buprenorfin, at der mindst er gået 6 timer siden sidste heroinindtagelse og mindst 24 timer fra sidste metadonindtagelse ved metadondosis < 40 mg/mindst 48 timer ved metadondosis > 40 mg. Med andre ord, så skal klienterne have tydelige abstinenssymptomer før behandling kan iværksættes. Overholdes disse tidsgrænser ikke, vil der udløses abstinenssymptomer ved opstart med buprenorfin.

Da meget få af de nye klienter kan klare at møde frem abstinente med overholdelse af de påkrævede tidsintervaller for sidste opioidindtagelse, kan praksis derfor være at klienterne efter grundig instruks får opstartsdosis på 4 mg med hjem til indtagelse ved abstinenssymptomer, og herefter møder tidligt næste dag til klinisk vurdering og dosisjustering. Normal vedligeholdelsesdosis er 8-16 mg.

3.4.3 Rammer for selvadministration

Efter gennemført dosisindstilling samt etablering af behandlingsalliance og samarbejde vedr. den videre behandlingsplan, som udføres ved bl.a. hjælp struktureret kortlægning ved EuropASI og SF-36, kan der udleveres medicin til delvis selvadministration på regionalt apotek eller evt. ved udlevering fra Projekt X-felt. En sådan administration skal nøje vurderes i forhold til klientens aktuelle muligheder for selv at administrere medicinen og udleveringshyppigheden, svarende til antallet af døgndoser, tilpasses individuelt efter klientens funktionsniveau, ligesom klinisk kontrol af den medicinske behandling tilpasses individuelt. I perioder kan betingelserne for fortsat ordination af substitutionsbehandling kræve hyppigt fremmøde med henblik på kontrol af behandling og nyordination, i princippet ved daglig fremmøde, i andre perioder vil fortsættelse af ordinationen kun kræve fremmøde to gang månedligt. Kontrollen af de enkelte klienters behandling kan således komme til at se vidt forskellige ud, ligesom der i det enkelte behandlingsforløb vil kunne være stor variation. Hos velfungerende klienter som passer behandlingsaftaler og som fremstår uden tegn på aktivt misbrug, kan medicinen udleveres for op til en uge ad gangen ved apoteksudlevering., fra Projekt X-felt hvis klienten foretrækker dette. Hos dårligere fungerende klienter vil det være nødvendigt med mere intensive kontrolforanstaltninger, hvor udlevering fra apotek kun kan foregå for en dag ad gangen, alternativt fra Projekt X-felt. For de meget kaotiske kan det være nødvendigt med mere massive kontrolforanstaltninger med daglig overvåget medicinindtagelse ved fremmøde i Projekt X-felt. Sidstnævnte tilstræbes i mindst muligt omfang, men kan genoptages på ethvert tidspunkt hvor det skønnes uomgængeligt. Det afgørende er, at der til den enkelte klient kun stilles de krav, som er nødvendige i den konkrete situation, at klienten kan identificere den aftalte kontrol som en nødvendig behandlingsforanstaltning, og at hensynet til klientens muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt. Hvis en klient ikke passer sine behandlingsaftaler, stoppes medicinudlevering fra apotek og klienten skal vurderes af læge med henblik på genoptagelse af medicineringen.

3.4.4 Varighed af substitutionsbehandling

Varigheden af vedligeholdelsesbehandling med metadon eller buprenorfin vil være helt individuel, strækkende sig fra kortvarig stabilisering med henblik på nedtrapning til stoffrihed, over stabilisering i en længere periode før nedtrapning, til længerevarende stabilisering uden nærliggende perspektiver for stoffrihed. Hver 3. måned revurderes behandlingsplanen på tværfaglig behandlingsmøde i alle behandlingsforløb.

3.5 Anden medicinsk behandling

Der ordineres i projektet den medicin, som er fundet lægelig indiceret. Det kan dreje sig om alt fra psykofarmaka, antibiotika, astmamedicin, smertestillende medicin til antabus mm. Specielt vedr. benzodiazepiner har retningslinierne for ordination heraf været i henhold til den generelle retningslinier herfor i behandlingssystemet i København, og generelt er der i projektet aldrig anvendt benzodiazepiner som hverken hypnotikum eller anxiolytika. Ordination af benzodiazepiner er anvendt som nedtrapning ved svær benzodiazepinafhængighed, enkelte klienter er i længerevarende behandling med benzodiazepiner svarende til substitutionsbehandling på grund af mangeårig benzodiazepinafhængighed. Der er tilstræbt kun anvendelse af et BZ-præparat, oxazepam.

Kapitel 4. Behandlingssystemets ydelser

4.1 Målsætning

Med baggrund i den overordnede målsætning for behandlingen af stofafhængige i Københavns Kommune som beskrevet i "Sektorplanen for indsatsen for stofafhængige 2001-2003" (55) samt projektets formål (jf. 1.3 p.) er opstillet en målsætning for behandlingsindsatsen i Projekt X-felt:

- Reduktion i stofmisbrug
- Øget livskvalitet i forhold til fysisk og psykisk helbred

- Reduktion i kriminalitet
- Integration i normalsamfundet
- Fastholdelse i behandling
- Anvendelse af evidensbaseret behandling i videst muligt omfang
- Høj grad af brugerinddragelse i behandlingen
- Høj grad af pårørendeinddragelse i behandlingen
- Systematisk dokumentation af behandlingsindsatsen.

De anførte målsætninger er overordnede mål for behandlingsstrategien samt for kvalitetsudviklingsprocessen

4.2 Overordnet behandlingsstrategi

Stofmisbrugere har, som tidligere nævnt, ofte en kompleks problemstilling med multiple behov for hjælp eller behandling, og er ofte ikke selv i stand til selv at opsøge den hjælp, de har brug for. Problemområder og behandlingsbehov adskiller sig over tid dels hos den enkelte klient, dels blandt det samlede behandlingssystemets klienter. En forståelse af den individuelle stofmisbruger og hans eller hendes unikke livsomstændigheder er et grundlæggende paradigme for tilrettelæggelsen af behandlingssystemets ydelser. Projekt X-felts overordnede behandlingsopgave er således at kortlægge problemområder og behandlingsbehov og tilvejebringe og koordinere de relevante behandlingsydelser. At organisere den relevante behandling vil således ofte kræve involvering af flere forskellige systemer, f. eks boligmarkedet, arbejdsmarkedet, socialforvaltning eller sundhedsvæsenet, og sikring af koordination og samarbejde med de involverede instanser er en væsentlig kerneydelse. Indenfor Projekt X-felts egne tværfaglige kompetencer vil der ligeledes være behov for koordination af de relevante ydelser i forhold til behandlingsbehov. Som tidligere beskrevet er behandlingsindsatsen opbygget om case management metoden som central metode. Behandlingsindsatsen skal således ikke betragtes som "en enstrengt indsats" indenfor nogle givne fysiske rammer med et givent medarbejderstab, men mere som et instans som på faglig kompetent vis koordinerer et netværk af relevante behandlingsydelser i forhold til klientens behov, det være sig indenfor institutionens egne faglige rammer eller udenfor i andre systemer. Til hver enkelt klient tilpasses og skræddersyes en behandling. Flere udenlandske

studier viser efterhånden også, at en voksende forståelse af stofmisbrugets kompleksitet medfører, at en individuel differentieret og integreret behandlingsindsats er nødvendig for at kunne modsvare stofmisbrugerens komplekse og mangeartede problemer og er en forudsætning for en tiltrængt forbedring af kvaliteten af stofmisbrugsbehandlingen (34,35,57).

En forudsætning for at kunne yde en relevant behandlingsindsats er, som tidligere belyst, en god behandlingsalliance med klienten. Behandlingsalliancen ofte skal kunne bære et længerevarende behandlingsforløb hvor behandlingen må ses som en proces. Ofte vil der være tale om et kronisk perspektiv med vekslende perioder af stabilitet og instabilitet, problemområder og behandlingsbehov. Kontinuitet i behandlingen er derfor en væsentlig faktor, ligesom fleksibilitet og individualisering, helhedsforståelse, kommunikation og koordination er grundlæggende elementer i behandlingen. (57).

Ved ønske om en gennemgående fokusering på klientens ressourcer, midt i en ofte multikompleks livssituation, har så vidt muligt alle behandlere i projektet gennemgået en 1-årig diplomuddannelse i løsningsfokuseret systemisk terapi. Herved er sikret en overordnet ensartet forståelsesramme for kommunikation og rådgivning i behandlingen, som kan være retningsgivende for den processtyrede behandlingsmåde. I behandlingskontakten vil der sigtes mod social integration og "normalisering", uagtet substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling vil ofte kunne betragtes, og skal tilrettelægges herefter, som en understøttende medicinsk behandling for denne proces, og skal som sådan ikke modvirke aktiverings-, uddannelses- eller arbejdsplaner eller andre aktiviteter, der sigter mod en selvhjulpent tilværelse i det almindelige samfund.

Fra alkoholforskningen ved man, at de mest effektfulde, evidensbaserede psykosociale behandlingsmetoder er: Kontraktbehandling, familierapi, kognitiv terapi, netværksforstærkende tiltag og social færdighedstræning (19). På stofmisbrugsområdet eksisterer en del viden om de forskellige arbejdsmetoder og deres anvendelse, men samtlige undersøgelser viser, at der ikke findes en bestemt metode, der udmærker sig som den eneste rigtige i stofmisbrugsbehandlingen. Der peges på en del virksomme metoder, hvor der kan registreres positive behandlingsresultater (kognitiv terapi, familiebehandling) (20). Der er ikke lavet mange undersøgelser vedrørende systemisk og løsningsorienteret behandlingsmetodik, og der findes

ikke nogle endegyldige undersøgelsesresultater. I en løsningsfokuseret rådgivning og terapi lægges der vægt på eget ansvar, ressourcer og handlinger. Igennem en sådan, hvad enten den hedder konfliktløsning, konstruktivistisk rådgivning, struktureret rådgivning mm., er målet af den enkelte udvikler sig og tager nye initiativer i forhold til sin situation. Det vil være klientens parathed og tempo der afgør, hvornår de forskellige behandlingstilbud sættes i værk.

Der skelnes i projektet mellem rådgivning og støttende samtaler, som primært varetages af case manageren og sundhedspersonalet, og egentlige psykoterapeutiske behandlingsforløb som varetages af psykologen, evt. i samarbejde med en case manager eller sundhedspersonale.

Tidligere er beskrevet den strukturelle ramme om behandlingen i forhold til "af-institutionalisering" og værestedskultur med fokusering på professionalisering i form af høj servicemindedhed og behandlingstilrettelæggelse.

Videre kan her tilføjes, at projektet har prioriteret en nem adgang til behandlingssystemet ved let tilgængelige case managers samt til lægelige og sundhedsfaglige ydelser. Yderligere er der mulighed for akutte henvendelser dagligt i hele åbningstiden, ved personlig fremmøde indenfor et tidsinterval på 5 timer (kl. 9.00-14.00), ved telefonisk henvendelse frem til kl. 16.00 Medicinudlevering er ligeledes, efter aftale, muligt daglig indenfor tidsinterval kl. 9.00- kl. 14.00.

4.3 Behandlingsmodaliteter

Projekt X-felt er som tidligere beskrevet bygget op omkring case management princippet, hvor kortlægning ved behandlingsstart af klientens af problemområder og behandlingsbehov danner grundlag for den individuelle behandlingstilrettelæggelse og tilbud af behandlingsmodaliteter.

4.3.1 Individuel rådgivning

Behandlingen og case management metoden er bygget op omkring en fast struktur for behandlingskontakt i form af planlagte strukturerede samtaler med klienten minimum hver 14. dag, såkaldt individuel rådgivning ved case manager. I forbindelse med kvalitetsudviklingsprocessen er fastlagt en standard for denne behandlingsmodalitet i forhold til struktur og

indhold som vil blive gennemgået nærmere under afsnittet "Kvalitetsmodellen". Overordnet er formålet med individuel rådgivningssamtalerne udarbejdelse af behandlingsplan, opfølgning på behandlingsplan, justering af behandlingsplan ved behov, varetagelse af nyttilkomne problemer samt udarbejdelse af og opfølgning på sociale handleplaner. Herudover er individuel rådgivning en fast og kontinuerlig kontaktform som dels skal sikre behandlingsalliancen ved at følge op på forrige samtale og lægge strategier for den kommende tid, dels skal sikre en kontinuerlig vurdering af behandlingseffekt (kontrol af behandlingen) i forhold til funktionsniveau og selvadministration af substitutionsbehandlingen

4.3.2 Individuel støtte og anden kontakt

Ved den individuelle rådgivning vurderes behov for pædagogisk støtte og hjælp til forskellige "daily living – gøremål" såsom hjælpe med kontakt til familien, gå med til andre behandlingsinstanser, f.eks. sygehus, præventionsklinikker, tandlæge mm, deltage sammen med klienten i en retssag, evt. medvirke til at afsoningsdom kan omstødes til behandlingsdom, hjælp i egen bolig mv.. Af og til kombineres den støtte der gives en klient ud af huset med et cafebesøg, en tur på burgerbar eller lignende, dels for at give klienten en positiv oplevelse, dels for at opleve klienten i en mere afslappet og hverdagsagtig situation med det sigte at kunne etablere en mere nuanceret og tillidsfuld behandlingsalliance. Individuel støtte varetages dels af case manager, dels af det pædagogiske personale (aktivitetsmedarbejdere, pædagogstuderende). Ved kontakter til sundhedsvæsenet varetages støtten primært af social- og sundhedsassistenterne.

Herudover kan klienterne komme forbi, hvornår de vil og når der er behov. Social- og sundhedsassistenterne er altid til rådighed for disse ad hoc-kontakter. Hvis de ikke kan løse problemet, henvises til case manageren der som regel kan finde tid til en kort snak med klienten, der kommer uanmeldt eller aftale en tid til den næste dag. Er dette ikke muligt, overtager den sekundære case manager i det team, hvor klienten hører til.

Princippet er, at man aldrig bliver afvist eller møder en lukket dør i projekt X-felt.

4.3.3 Individuel - og gruppeterapeutiske forløb med psykolog (afsnittet er skrevet i samarbejde med psykolog Bendt Skjold Hansen)

De psykologspecifikke ydelser til klienterne omfatter:

1. Individuelle terapeutiske forløb af kortere eller længere varighed.
2. Parsamtaler.
3. Familiebehandling.
4. Gruppebehandling.
5. Udredningssamtaler.

Samtaleforløbene etableres i samarbejde med den enkelte klients case manager. I dette samarbejdsfelt vil formål og rammer om samtalerne som oftest blive klarlagt.

Individuelle terapeutiske forløb

Omfatter en bred vifte af forskellige samtaler. Samtalernes indhold og forløb er individuelt tilrettelagt og er afhængige af hvilken. Det kan f.eks. være motivationsskabende eller tilbagefaldsforebyggende samtalebehandling, det kan være krisebearbejdende samtaler, det kan være samtaler med mere psykoedukativt indhold, det kan være løsningsfokuseret samtalebehandling, det kan være depressionsbehandling, det kan være samtaler omkring erkendte eller uerkendte problemer i den enkelte klients sociale og personlige handlingsrepertoire. Som oftest vil der være tale om overlappning, eller at der vil forekomme momenter fra forskellige af de ovennævnte behandlingsmodaliteter i det konkrete samtaleforløb.

Parsamtaler

Der kan her være tale om parsamtaler, mellem en indskreven klient og dennes partner, der måske og måske ikke selv er stofbruger. Der kan være tale om samtaler, hvor formålet er at gøre partneren mere klar på hvordan denne bedst kan støtte klienten i dennes tilbagefaldsforebyggende behandlingsindsats. Der kan også være tale om at bearbejde og finde løsninger på erkendte problematikker i parforholdet, også hvor begge parter er indskrevet som klienter i X-felt. Som oftest er der også her tale om overlappning mellem de enkelte behandlingsmodaliteter, lige såvel som nogle af de strategier, der anvendes i individuel behandling finder anvendelse i parbehandlingen.

Familiebehandling

Som oftest er der her tale om at forældregenerationen kommer ind i billedet. Som regel er der her tale om at få mange af de usagte ting frem i lyset og snakket åbent omkring hvordan situationen i virkeligheden er. Der er her ofte også brug for edukation af begge parter omkring, hvordan de mest hensigtsmæssigt håndterer de vanskelige situationer de ofte står i, specifikt i forhold til misbruget, og hvordan dette påvirker den enkelte og familien. Der kan dog også være tale om at andre familiemedlemmer inddrages behandlingsarbejdet, der kan være tale om en søster, en bror eller en anden person der er central for den enkelte klient i dennes liv.

Gruppebehandling

Det har umiddelbart vist sig vanskeligt at etablere en rimelig homogen gruppe, der var i stand til at møde op med en stor grad af kontinuitet. Sandsynligvis bunder dette mest i den noget smalle population der er til rådighed herfor, samt af at mange klienter er mest trygge ved et individuelt forløb. Det har dog været muligt at etablere to gruppeforløb. I det ene arbejdes der primært med tilbagefaldsforebyggende behandling ud fra en kognitiv referenceramme kombineret med løsningsfokuseret strategier. I det andet forløb arbejdes mere specifikt med løsningsfokuseret samtalebehandling. Generelt har klienterne givet udtryk for stor tilfredshed med grupperne.

Udredningssamtaler:

Med henblik på nærmere at udrede meres specifikke problemområder af klientens liv, f.eks. i forbindelse med pensionsansøgning eller parathed og motivation i forhold til andre specifikke ydelser.

4.3.4 Sundhedsfaglig service

Med baggrund i den store både somatiske og psykiatriske komorbiditet ved stofmisbrug (24,25) er det i forbindelse med en intensiveret psykosocial behandlingsindsats fundet relevant at fokusere på en forbedring af den sundhedsmæssige tilstand hos klienterne.

Ved indskrivning i behandling foretages en afklaring og udredning af eventuelle somatiske og psykiatriske lidelser. En lægelig behandlingsplan, der koordinerer indsatsen mellem Projekt X-felt, det primære og det sekundære sundhedssystem, indgår som en integreret del af den samlede behandlingsplan. I forbindelse med den øvrige opfølgning i projektet, vil der være opfølgning med 3 måneders intervaller på de lægelige somatiske og psykiatriske behandlingsplaner.

Klienterne har dagligt mulighed for samtale med sundhedspersonale i form af social – og sundhedsassistenter, for lægesamtaler efter aftale 2-3 x ugentligt. Projektet har altid mulighed for at kontakte lægen telefonisk.

4.3.5 Hiv/hepatitis

En sundhedsfremmende indsats til forebyggelse af smitsomme sygdomme og sygdomsudbrud er prioriteret højt. Alle klienter får ved indskrivning i behandling tilbud om henvisning til undersøgelse for hiv og hepatitis A, B og C ved det nærliggende laboratorium, Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium i Pilestræde. Alle hepatitis B negative får tilbud om gratis vaccination mod hepatitis B. Ved hepatitis B positive tilbydes partnersamtale samt evt. vaccination af partner. Vaccinationen betales over sær aftale mellem sundhedsforvaltning og embedslægeinstitutionen i København. Vaccinationsprogrammet omfatter 3 vaccinationer indenfor 6 måneder (hhv. start, efter 4 uger og efter 6 måneder) og kræver et tæt opfølgingsarbejde på hver enkelt klient, som varetages af social- og sundhedsassistenterne. Social –og sundhedsassistenterne vaccinerer under lægens ansvar. Ved behov henvises til videre udredning og behandling på infektionsmedicinsk afdeling i H:S, og støtte, koordination og kommunikation i forbindelse hermed er højt prioriteret i projektet. I forbindelse med kvalitetsudviklingsprocessen er også fastlagt en standard for denne behandlingsmodalitet forhold til struktur, indhold og gennemførelse som også vil blive gennemgået nærmere i kapitel 5 .

4.3.6 Undervisning og forebyggelse

Undervisning om smitteveje og måder til begrænsning af risikoadfærd indgår som en integreret del af den sundhedsfaglige service. Der undervises i risikoadfærd i forbindelse med seksuel adfærd og sprøjtebrug, og der uddeles kondomer, rene sprøjter og kanyler,

kanylebokse mm. Undervisningen foregår hyppigt ved samtalerne med læge eller social- og sundhedsassistenterne. Den socialfaglige del af medarbejderstaben har ligeledes modtaget undervisning og har også fokus på problemstillingerne. En generel sundhedspædagogisk indsats i forhold til egen omsorg og varetagelse af sundt helbred er ligeledes prioriteret i kontakten med den enkelte klient. I forbindelse med den gentagne interviewing med EuropASI og i denne sammenhæng især SF-36 Helbredsskema er der ligeledes basis for dialog om ændringer egen opfattelse af helbredstilstanden.

Undersøgelse og behandling for andre misbrugsrelaterede sygdomme, såsom abscesser (bylder), endocarditis (hjerteklapbetændelse), sepsis (blodforgiftning), TB, blodpropper m.v. er ligeledes en væsentlig del af den sundhedsfaglige service, også i forhold til undervisning af klienter og personale. Projektet har ønsket at skabe en åbenhed og tryghed, således at klienterne vil søge behandling for eventuelle komplikationer til sidemisbrug og ikke føler det nødvendigt at skjule skader pådraget i forbindelse med sprøjtebrug.

4.3.7 Forebyggelse af uønsket graviditet og underlivssygdomme

Ved indskrivning for alle kvinder optaget gynækologisk anamnese samt tilbudt samtale om prævention, ved behov tilbydes gratis prævention (hormonel depot-antikonception i form af p-sprøjte eller p-stav, p-ring eller spiral). Endvidere tilbydes henvisning til gynækologisk undersøgelse hos praktiserende gynækolog eller på Venereaklinikken på Bispebjerg Hospital med henblik på undersøgelse for livmoderhalskræft og underlivsinfektioner. Med Venereaklinikken er indgået speciel VIP-aftale som sikrer nem og hurtig tilgang til undersøgelse samt kommunikation tilbage om undersøgelsesresultater. Støtte og evt. følgeskab til undersøgelse varetages af social –og sundhedsassistenterne, og denne opgave er prioriteret højt. Kontrol af relevant præventionsmetode sikres løbende. I forbindelse med kvalitetsudviklingsprocessen er ligeledes fastlagt en standard for denne behandlingsmodalitet forhold til struktur, indhold og gennemførelse som ligeledes vil blive gennemgået nærmere i kapitel 5.

4.3.8 Gratis medicin

Al medicin som ordineres i projektet har været gratis for klienterne. Hensynet til at klienterne får den nødvendige medicin er fundet vigtigere end at afvente klienternes egen økonomiske

ansvarlighed i forbindelse hermed.. Den økonomiske udgift i forbindelse hermed har været særdeles overskuelige, således har der i gennemsnit været medicinudgifter på ca. 4000 kr. månedligt for en klientpopulation på 60 klienter.

4.3.9 Ad hoc-gruppeaktiviteter, bofællesskab

Projektet haft løbende haft forskellige aktiviteter, primært på baggrund af ønsker opstået i brugerforeningen, senere bruger-behandlermøder. Der har været arrangeret flere udflugter, f.eks. biografture, restaurantbesøg, miniferie til Lalandia. En periode disponerede projektet over en ældre sejlbad, som bevirkede aktiviteter i forbindelse med istandsættelse, vedligeholdelse og sejlads, om end i begrænset omfang. Der har været tilbud om individuel tilrettelagt undervisning i gruppe ved skolelærer 1 x ugentlig, interessen herfor har været begrænset. Projektet har i 2004 haft ansat en aktivitetsmedarbejder 29 timer ugentlig som har arrangeret gruppeaktiviteter 1 x ugentlig overvejende i forbindelse med syning af tøj og lign, fællesspisning. Herudover har aktivitetsmedarbejderen lavet individuel tilrettelagte aktiviteter når behovet er opstået, med temaer strækkende sig fra fysisk træning til boligindretning. Der har været arrangeret kvindeaften med middag og besøg af makeupartist, julefrokoster mm.

Generelt er fællesaktiviteter støttet, når der er udtrykt ønsker herom, men Projekt X-felt har ikke ønsket at gøre institutionen til et værested eller et beskyttet værksted, og fokus er på den individuelt tilrettelagte behandling med retning på integration i samfundet udenfor projektet. Projektet har således samarbejdet med HOF-dagskole i syning hvor flere klienter har været i længerevarende aktivitets/uddannelsesforløb, også omfattende en studietur til Paris. Flere klienter har deltaget i aktiviteter på Kofoeds Skole, Spirillen, Aktivitescentret på Sundholm mm., hvor der har været etableret samarbejde mellem Projekt X-felt og de forskellige aktivitetscentre.

Projektet fik af Bofællesskaberne tilknyttet Specialinstitutionen på Forchhammersvej tilbudt at overtage lejermålet for en større lejlighed på Amager, og indrettede her et botræningstilbud med 4 lejermål, Bofællesskabet på Hjulmagerstien, i form af midlertidigt botilbud til klienterne. Der oprettedes lejekontrakter med særlige vilkår omhandlende lejermål betinget af at lejeren var i behandling i Projekt X-felt, at huslejen blev indeholdt i kontanthjælpen og at

lejerne skulle være aktiv boligsøgende. Pædagogisk støtte til bofællesskabet foregik ved et husmøde med deltagelse af personale samt et støttebesøg 1 x ugentlig.

Bofællesskabet eksisterede i 14 antal måneder, var i perioder velkørende, i perioder ikke, dels på grund af konflikter mellem beboerne, dels på grund af beboernes vekslende stabilitet i behandling. Bofællesskabet blev lukket da lejermålet ophørte som følge af ændret prioritering i den kommunale boligordning, og der har ikke i Projekt X-felt været interesse for at starte et nyt bofællesskab i anden ejendom.

Kapitel 5: Kvalitetsudviklingsmodellen i Projekt X-felt

5.1 Kvalitetsudviklingsprocessen

Kvalitetsudviklingsstrategien i Projekt X-felt er udviklet på baggrund af de tidligere beskrevne målsætninger for behandlingsindsatsen i Projekt X-felt, jf afsnit 4.1.

Kvalitetsudviklingsprocessen i Projekt X-felt har således bestået af:

1. **Kompetenceudvikling af alle medarbejdere**, undervisning i kvalitetsudviklingsmetoder, begreber, dataindsamling
2. **Kvalitetscirkelmøder**, med deltagelse af hele teamet, som med baggrund i den overordnede målsætning for behandlingen i projektet, har været forum for udarbejdelsen af projektets kvalitetsmål med tilhørende resultatstandarder og indikatorer samt udvalgte standardydelse. Kvalitetscirkelmøder var i opstartsfasen af projektet hyppige, efter indarbejdet rutinepraksis fast 1 gang månedligt af 3 timers varighed. Forberedelse samt opfølgning på møderne har været projektets styregruppes ansvar med projektets kvalitetsudviklings- og forskningsansvarlige afdelingslæge (forfatteren) som hovedansvarlig.
3. **Audit**, kvalitetsstatusmøder, afholdt som kvartalsvise heldagsmøder, med deltagelse af hele teamet samt lejlighedsvis med deltagelse af overordnet projektsansvarlig og ekstern proceskonsulent. På auditmøderne er foretaget kvalitetsvurderinger, kvantitative såvel som kvalitative, af de udviklede standardydelse med efterfølgende justeringer og forbedringer. Ved diskussion i auditgruppen er fremkommet enighed om de nødvendige ændringer i det daglige arbejde, f.eks. enighed om ændre

registreringspraksis, nye eller forbedrede skemaer, samarbejdsrutiner, ændring af procedure mm. Den løbende monitorering har, om end med nogen tidsforskydning kunne dokumentere, om de fastlagte standarder bliver overholdt. Det optimale ville selvfølgelig have været en synkron analyse og feedback til justering af praksis. Imidlertid er dette et udviklingsprojekt hvor tid og tanker har været anvendt dels på at implementere hele tankegangen om kvalitetsudvikling, dels at implementere denne systematik og dataindsamling i klinisk praksis, dels at udvikle og arbejde med standardydelse.

På auditmøderne har også været fremlagt de første klientforløbsbeskrivelser, vor metoden har været afprøvet og som der fortsat arbejdes videre med i mindre kvalitetscirkler.

Videre har der på auditmøderne været arbejdet med udvikling ASI og SF-36 som dialogværktøj i klientkontakten, et arbejde som også fortsat er pågående i mindre kvalitetscirkel

4. **Kvalitets-styregruppe**, som har været udgjort af projektledelsen, og som gennemgående har stået for udvikling, implementering og sikring af kvalitetsudviklingsprocessen. Kvalitetsstyregruppen har haft fast møderække, ca. 3 timer hver anden uge, hvor kommissorium for arbejdet med de forskellige områder er udviklet, planlægning af møder, uddelegering af opgaver til medarbejderne, sikring af information og udarbejdelse af det skriftlige materiale for processen mm. er foregået.
5. **Kvalitetsmappen**, udvikling af fælles mappe med alle standardydelse, manualer, registreringslister, tjeklister mm. Tovholder er den daglige projektleder, som står for løbende revidering i takt med kvalitetsudviklingsprocessen .

5.2 Kvalitetsmål

Første trin i processen har således været at definere kvalitetsmålene. Kvalitetsmålene er operationaliseringer af målsætningerne, således at disse er gjort konkrete og dermed målelige. Med baggrund i den videnskabelige litteratur, klinisk erfaring og konsensus i medarbejdergruppen om god praksis er således på kvalitetscirkelmøderne vedtaget en værdiangivelse af kvalitetsmålet som angiver et realistisk mål for det, som projektet vil betegne som acceptabel kvalitet i behandlingen, et såkaldt minimumskrav. Den fastsatte

værdiangivelse af kvalitetsmålet, resultatsmålet, er projektets resultatstandard for god kvalitet, og til at følge i hvilken grad standarden er opfyldt, anvendes en defineret målbar variabel, en såkaldt indikator

Som opstart i kvalitetsudviklingsprocessen i Projekt X-felt er valgt så simpel en fremgangsmåde som muligt. Dette er dels et ressource spørgsmål, men også af pædagogiske og overskuelighedsmæssige grunde er det fundet relevant at starte enkelt.

I Projekt X-felt er således valgt, på udvalgte områder, at fastsætte et begrænset antal kvalitetsmål og udarbejde tilhørende resultatmål:

Kvalitetsmål 1: Øget livskvalitet

Vurderes på baggrund af EuropASI og SF-36.

Resultatmålene (resultatstandarder) er fastsat på baggrund af resultaterne fra The National Treatment Outcome Study (NTORS) fra England (25) samt de hollandske heroinforsøg (3). I overensstemmelse med de hollandske rekommandationer defineres en ændring kun som klinisk relevant hvis den er på mindst 40 % i forhold til udgangsniveauet.

Resultatmål:

Reduktion i fysisk/psykisk belastning:

- 60 % reducerer deres fysisk og psykiske belastning med mere end 40 % efter 12 måneders behandling vurderet ved EuropASI-belastning
- > 60 % forbedrer deres selvvaluerede helbred med mere end 40 % efter 12 måneders behandling vurderet ved SF-36

Indikator:

Andel af brugere der opnår reduktion i fysisk/psykisk belastning i henhold til de anførte kriterier.

Datakilde:

EuropASI, SF-36

Kvalitetsmål 2: Øget social integration

Vurderes ud fra bolig og beskæftigelsessituation.



Resultatmål (resultatstandarderne) vedrørende bolig er fastsat på baggrund af opgørelserne i "Sektorplanen for Københavns kommunes indsats over for stofafhængige 2001-2003" (55). Resultatmålene vedrørende beskæftigelse er fastsat på baggrund af resultaterne for aktiveringsgraden i Rådgivningscenter Indre (2000-2002), Københavns Kommune (60) samt for samtlige kontanthjælpsmodtagere i Københavns kommune i samme periode

Resultatmål A:

- Mindst 20 % flere i selvstændig bolig eller på lejet værelse efter 12 måneders behandling.

Indikator:

Andel af brugere i selvstændig bolig eller lejet værelse ved indskrivning i projektet og efter 12 måneders behandling.

Datakilde:

EuropASI, Københavns Kommunes Status-Forskningsystem (SFS)

Resultatmål B:

- < 5 % bor på gaden eller har ingen bolig efter 12 måneders behandling

Indikator:

Andel af samtlige klienter på gaden eller uden bolig efter 12 måneders behandling

Datakilde:

EuropASI, SFS

Resultatmål C:

- 30 % af dem som ikke får pension har en aktiv beskæftigelsesstatus (aktivering, revalidering, flexjob, uddannelse, lønarbejde) efter 12 måneders behandling.

Indikator:

Andel klienter i aktivt beskæftigelsestilbud efter 12 måneders behandling i forhold til samtlige klienter, som ikke får pension.

Datakilde:

EuropASI, SFS

Kvalitetsmål 3: Reduktion af misbrug

Vurderes ud fra EuropASI score stoffer samt ved antal dage med heroinmisbrug og injektion de sidste 30 dage før indskrivning.

Resultatmål (resultatstandard) er fastsat på baggrund af resultaterne fra NTORS (25), fra de hollandske heroinforsøg (3), fra Brewers metanalyse (61) og fra CRF's rapport om substitutionsbehandling (62).

Resultatmål:

- Mindst 75 % af klienterne reducerer deres misbrug af heroin > 50 % efter 12 måneders behandling.

Indikator

Andelen af klienter der reducerer deres misbrug i henhold til de anførte kriterier.

Datakilde:

EuropASI

Kvalitetsmål 4: Reduktion i kriminalitet

Vurderes på baggrund af EuropASI kriminalitets score og antal dage med kriminalitet.

Resultatmål (resultatstandard) er fastsat på baggrund af resultaterne fra adskillige udenlandske undersøgelser strækkende sig helt tilbage fra 1969 hvor Dole mfl. udførte deres randomiserede kontrollerede undersøgelse af metadonbehandlings effekt på kriminalitet (63), fra flere udenlandske oversigter over substitutionsbehandling og kriminalitet (15, 16) og frem til de seneste års resultater fra NTORS (25), de hollandske heroinforsøg (3) og fra CRF's undersøgelser om effekterne af substitutionsbehandling (62).

Resultatmål:

- 75 % af klienterne reducerer deres gennemsnitlige kriminalitetsbelastning samt antal dage med kriminalitet med mindst 40 % efter 12 måneders behandling.

Indikator:

Andelen af klienter der opfylder kriterierne efter 12 måneders behandling.

Datakilde:

ASI

Kvalitetsmål 5: Fastholdelse i behandling

Vurderes ud fra ikke-planlagte behandlingsophør dels på grund af interne årsager (utilfredshed med eller en utilpassethed i forhold til selve indsatsen) og dels på grund af eksterne årsager (f.eks. flytning, fængselsdom). Behandlingsophør defineres som ingen registeret aktivitet i en måned.

Resultatmål (resultatstandard) er sat på baggrund af flere udenlandske studier som samstemmende viser en positiv sammenhæng mellem positivt behandlingsresultat efter planlagt behandlingsophør og retention i behandling > 12 måneder (15) samt på baggrund af opgørelser over behandlingsvarighed i behandlingssystemet for stofafhængige i Københavns Kommune (55).

Resultatmål:

- < 20 % ikke-planlagte behandlingsophør i løbet af 12 måneder

Indikator:

Andel af klienter med ikke-planlagte behandlingsophør i forhold til andel klienter, som fastholdes i behandling eller udskrives indenfor 12 måneders behandlingsperiode

Datakilde:

Journaloplysninger, SFS.

5.3 Standardydelse

Ved fastsættelse af kvalitetsmål, og opfølgning på disse, har man mulighed for at fastslå om kvaliteten på udvalgte områder er tilfredsstillende eller om der foreligger en kvalitetsbrist, men længere kommer man ikke. Man har således mulighed for at se om der er noget, der er gået galt, men ikke hvad og hvorfor det er gået galt. Resultatmålene giver således ikke nogen anvisning på hvor man skal korrigere sin praksis hvis resultaterne er utilfredsstillende.

I Projekt X-felt er derfor valgt, supplerende til de ovenfor beskrevne begrænsede antal resultatmål, at fastlægge standarder med tilhørende struktur, proces og resultater for en række af de ydelser (indsatsområder) der leder frem til de udvalgte resultatmål. Det er indlysende, at en række standardydelser leder frem til forskellige resultatmål, medens andre standardydelser er snævert relateret til bestemte resultater – sammenhængene vil fremgå af det følgende. Det afgørende er imidlertid, at man ved en konstateret kvalitetsbrist har mulighed for at analysere årsagen (årsagerne) til denne, ved at se om ydelserne lever op til den valgte standard, og hvis

det ikke er tilfældet, hvor manglen ligger – i strukturen eller i processen. Ved at koble resultater til ydelserne, og ved at målsætte disse får man således konkrete anvisninger på hvor og hvordan man skal korrigere sin praksis ved en konstateret kvalitetsbrist. Som tidligere pointeret, så er de valgt ydelser kun et forenklet udtryk for den samlede indsats, men opfattes som retningsgivende og grundlæggende for indsatsen i Projekt X-felt.

Samtlige medarbejdere har været med til at udarbejde og endelig fastsætte de valgte standardydelser, som efter at de er taget i brug løbende er revideret ved kvalitets-statusmøder. Projektet har således udviklet 6 standardydelser (SY) for flg. områder i behandlingsindsatsen.

Fig. 9: Standardydelser (SY) i Projekt X-felt

SY 1: ASI/SF-36 interview
SY 2: Behandlingsplan
SY 3: Social handleplan
SY 4: Individuel rådgivning
SY 5: Hiv/hepatitisprogram
SY 6: Forebyggelse af uønsket graviditet og underlivssygdomme

For hver standardydelse er fastsat struktur samt proces - og resultatmål som fremgår af det følgende:

Standardydelse 1: ASI/SF36 interview

Struktur

Målgruppe:

- Alle indskrevne klienter

Tidsramme:

- Interview hver 3. måned

Ansvar:

- Case manager er ansvarlig for gennemførelse af interview
- Case manager opdaterer tjekliste ved udførelse af interview

Proces

Indhold:

- EuropASI baggrundsskema og SF-36 udføres senest 14 dage efter indskrivning
- EuropASI opfølgningsskema og SF-36 udføres hver 3. måned
- Gennemgang og udlevering af scoreskema til klient efter hver interview.

Resultat**Resultatmål:**

- 75 % af alle klienter gennemfører EuropASI/SF-36 interview hver 3. måned.

Dokumentation:

- Dokumenteres i den kliniske database
- Den Elektroniske Brugerjournal (EBJ) ved ydelsesregistrering
 - EuropASI/SF-36 Baggrundsskema udfyldt
 - 4.3.2 EuropASI/SF-36 Opfølgningsskema udfyldt
- Tjeklisten

Standardydelse 2: Behandlingsplan**Struktur:****Målgruppe:**

- Alle indskrevne klienter

Tidsramme:

- Behandlingsplan revideres hver 3. måned

Ansvar:

- Case manager ansvarlig for udarbejdelse af forslag til behandlingsplan senest 3 uger efter indskrivning samt opfølgning hver 3. måned
- Behandlingsplan udarbejdes i henhold til manual (under udarbejdelse)
- Leder af behandlingsmøde ansvarlig for godkendelse af behandlingsplan samt revision hver 3. måned
- Case manager ansvarlig for tilbagemelding til klient samt dokumentation af behandlingsplan i EBJ

Proces:**Indhold:**

På baggrund af:

- Indskrivningssamtale med læge
- Kortlægning med ASI/SF-36
- Andre kontakter med klienten (samtaler, observationer fra de forskellige faggrupper, rekvirerede. sagsakter fra tidligere behandling mm.) udfærdiges behandlingsplanen, der skal indeholde plan for S
- Substitutionsbehandlingen
 - Foreløbig stabilisering med henblik på afklaring
 - Stabilisering med henblik på nedtrapning
 - Længerevarende substitutionsbehandling
- Medicinudleveringsordning
- Lægelig behandlingsplan
- Hiv/hepatitis screening (jf. SY 5)
- Antikonceptionsplan (jf. SY 6)
- Akutte/længerevarende sociale problemstillinger
- Planer/aftaler for den samlede behandlingsindsats i forhold til
 - Specialtilbud : Individuel/gruppeterapi, aktivitet, uddannelse, bolig mm.

Resultat:

Resultatmål:

- 90 % af alle klienter får udfærdiget behandlingsplan senest 4 uger efter indskrivning.
- 75 % af alle klienter får revideret på behandlingsplan på behandlingsmøde hver 3. måned

Dokumentation:

- Den Elektroniske Brugerjournal (EBJ) ved ydelsesregistrering
 - 4.3 Etablering af behandlingsplan
 - 4.3.1 Opfølgning på behandlingsplan
 - 5 A Behandlingsmøde
- Tjekliste

Standardydelse 3: Social handleplan

Struktur:

Målgruppe:

- Alle indskrevne klienter

Tidsramme:

- Den sociale handleplan skal udfærdiges senest 2 måneder efter indskrivning og opfølges hver 6. måned

Ansvar:

- Case manager er ansvarlig for udfærdigelse af den sociale handleplan

Proces:

- Case manager er ansvarlig for udlevering af vejledning for den sociale handleplan samt afklaringsamtaler i forbindelse hermed.
- Case manager samarbejder med klient og Rådgivningscenter/Lokalcenter om udfærdigelsen af den sociale handleplan
- Case manager er ansvarlig for præsentation af den sociale handleplan på behandlingsmødet
- Case manager er ansvarlig for opfølgning på den sociale handleplan hver 6. måned

Resultat:

Resultatmål:

- 75 % af alle klienter indskrevet i behandling mere end 2 måneder har fået udfærdiget den sociale handleplan

Dokumentation:

- Journalnotat i EBJ med overskrift "Social handleplan"
- Skema for Den Sociale Handleplan, sagsakt i EBJ.

Standardydelse 4: Individuel rådgivning (IR)

Struktur:

Målgruppe:

- Alle klienter tilbydes IR hver 14. dag. Anden systematik aftales over behandlingsmøde.

Tidsramme:

- 1½ time hver 14. dag (samtale med klient og dokumentation)

Ansvar:

- Case manager
 - Ved udeblivelse fra aftale kontaktes klienten. Såfremt kontakt ikke opnås indenfor 5 hverdage, seponeres efter aftale med lægen medicinudlevering på apotek fra førstkommende hverdag.
- IR afholdes i henhold til manual (under udarbejdelse)

Proces:

- Opfølgning på sidste samtale
 - Løsningsfokuseret metode
- Etablering af dagsorden for samtalen:
 - Klientens dagsorden
 - Behandlerens dagsorden, herunder:
- ASI/SF-36
- Behandlingsplan
- Social handleplan
- Afslutning, resumere samtalen:
 - Hvad er der enighed om ?
 - Hvad skal klienten foretage til næste gang ?
 - Hvad skal behandleren foretage til næste gang ?
 - Aftale næste gang

Resultat:

Resultatmål:

- 60 % af IR afholdes som planlagt

Dokumentation:

- Standardiseret journalnotat i EBJ
- Ydelsesregistrering i EBJ
 - 4.0 Klienten mødt, IR afholdt
 - 4.1 Klienten ej mødt, procedure (ny tid aftalt / skrivelse med ny tid afsendt og sosu-ass. orienteret) overholdt
 - 4.2 Særaftale vedr. IR aftalt på behandlingsmøde og afholdt
 - 4.2.1 Klienten ej mødt til særaftale vedr. IR, procedure som ved 4.1 overholdt.

Standardydelse 5: HIV-/hepatitisprogram

Struktur:

Målgruppe:

- Alle indskrevne klienter tilbydes henvisning til Københavns Praktiserendes Lægers laboratorium (KPL) til blodprøvescreening for hepatitis A, B og C samt hiv.
- Alle hepatitis B antistof negative tilbydes vaccination mod hepatitis B
- Ved alle hepatitis B positive tilbydes udredning, evt. vaccination af partner
- Ved behov tilbydes henvisning til infektionsmedicinsk afdeling i H:S

Ansvar:

- Læge og So.su-assistenterne
- So.su-assistenterne følger op på strukturen 1 x månedligt ved hjælp af registreringsskema

Proces:

- Ved indskrivningssamtale med læge tilbydes henvisning til blodprøvescreening på KPL
- Hvis klienten ikke selv kan tage til KPL, tilbydes ledsagelse af personale
- Klienten meddeles svar på blodprøver af lægen sammen med sosu-assistent
- Ved hepatitis B antistof negative tilbydes vaccination mod hepatitis B.
- Vaccinationsprogram: Der vaccineres 3 gange henholdsvis ved opstart, efter 1 måned og efter 6 måneder.
- Ved hepatitis B positive tilbydes partnersamtale mhp. blodprøvescreening og evt. vaccination af partner
- Ved henvisning til infektionsmedicinsk regi tilbydes lægekontakt til afdeling samt ledsagelse til undersøgelser mm.
- Ved antiviral behandling mod hepatitis B/C og hiv tilbydes div. støtteforanstaltninger, behandling af evt. bivirkninger i samarbejde med infektionsmedicinsk regi.
- Alle klienter undervises og rådgives om smitterisiko og forholdsregler for undgåelse af smitte
- Gratis kondomer , rene kanyler og kanylebokse

Resultat:

Resultatmål:

- Mindst 80 % af alle klienter i Projekt X-felt bliver serologisk udredt

- Mindst 60 % af alle hepatitis B antistof negative gennemfører vaccinationsprogram

Dokumentation:

- Journalnotater i EBJ
- Registreringsskema for hiv / hepatitis program.

Standardydelse 6: Forebyggelse af uønsket graviditet og underlivssygdomme

Struktur:

Målgruppe:

- Alle kvindelige klienter

Indhold:

- Alle kvinder tilbydes rådgivning om prævention og underlivssygdomme
- Alle kvinder tilbydes gratis prævention eller evt. henvisning til oplæggelse af spiral
- Alle kvinder tilbydes henvisning, evt. med ledsagelse af so.su-assistent, til gynækologisk undersøgelse med henblik på undersøgelse for underlivsinfektioner og livmoderhalscelleforandringer (smear-us) hos praktiserende speciallæge eller på venereaklinikken på H:S Bispebjerg Hospital

Ansvar:

- Læge og so.su-assistent
- So.su-assistenterne følger på strukturen hver 3. måned ved hjælp af registreringsskema

Proces:

- Ved første lægesamtale ved indskrivning optages gynækologisk anamnese og antikonceptionsstatus vurderes
- Ved første lægesamtale tilbud om antikonception og henvisning til gynækologisk undersøgelse
- Opfølgning hver 3. måned på adækvat antikonception
- Ved behov gratis graviditetstest
- Ved behov gratis "fortrydelsespiller"
- Ad hoc antikonceptionsrådgivning ved so.su-assistenter
- Ad hoc kvindegrupper med fokus på antikonception, sikker sex, krop og sundhed

Resultat:

Resultatmål:

- 50 % af kvinderne er i behandling med relevant antikonception
- > 50 % af kvinderne har fået foretaget undersøgelse for underlivsinfektioner og livmoderhalscelleforandringer.

Dokumentation:

- Journalnotater i EBJ
- Registeringsskema for antikonception og underlivssygdomme

5.4 Sammenhæng mellem kvalitetsmål og standardydelse

Som det fremgår af den samlede oversigt over kvalitetsudviklingsprocessen nedenfor, så retter nogle af de valgte standardydelser sig mod alle kvalitetsmålene, medens andre retter sig mere specifikt mod helbredsmaalene.

Fig. 10: Oversigt over kvalitetsmål og standardydelser i Projekt X-felt

Kvalitetsmål	Standardydelser	Resultatmål
1. Øget livskvalitet	SY 1: ASI/SF-36 opfølgning SY 2: Behandlingsplan SY 3: Social handleplan SY 4: Individuel rådgivning SY 5: Hiv/hepatitisprogram SY 6: Graviditetsforebyggelse	Reduktion i fysisk og psykisk belastning: >60 % reducere deres ASI-belastning med mere end 40 % efter 12 mdrs. Behandling > 60 % forbedrer deres selvvaluerede helbred , SF36 score med mere end 40 % efter 12 mdrs behandling
2. Øget social integration	SY 1: ASI/SF-36 opfølgning SY 2: Behandlingsplan SY 3: Social handleplan SY 4: Individuel rådgivning	A. Mindst 20 % flere i selvstændig bolig eller på lejet værelse efter 12 mdrs. behandling B. < 5 % bor på gaden eller har ingen bolig efter 12 mdrs. behandling C. > 30 % af dem som ikke får pension har en aktiv beskæftigelses-status efter 12 mdrs. behandling
3. Reduktion af misbrug	SY 1: ASI/SF-36 opfølgning SY 2: Behandlingsplan SY 3: Social handleplan SY 4: Individuel rådgivning	> 75 % af brugerne reducere deres misbrug af heroin og andre opiater med > 50 % efter 12 mdrs. behandling

4. Reduktion af kriminalitet	SY 1: ASI/SF-36 opfølgning SY 2: Behandlings-plan SY 3: Social handleplan SY 4: Individuel rådgivning	> 75 % af brugerne reducere deres gennemsnitlige kriminalitets- belastning (ASI score) med mindst 40 % efter 12 mdrs. behandling
5. Fastholdelse i behandling	SY 1: ASI/SF-36 opfølgning SY 2: Behandlings-plan SY 3: Social handleplan SY 4: Individuel rådgivning	Ikke-planlagte behandlingsophør < 20 % i løbet af 12 mdr.

Oversigten over kvalitetsudviklingsprocessen i figur 9 giver et forenklet udtryk for den samlede indsats, men til trods herfor er det et brugbart skelet til at forstå, vurdere og justere behandlingsindsatsen på væsentlige områder og således et vigtigt redskab til at afdække "Den Sorte Boks" i behandlingen og i størst mulig omfang at yde en evidensbaseret kvalitet i behandlingen. De udviklede standarder, både for kvalitetsmål og ydelser, er ligeledes et udtryk for en ny standardiseret viden om indholdet af nogle væsentlige indsatsområder indenfor den ambulante substitutionsbehandling og vil således kunne være anvendelig mere generelt og ikke kun lokalt i Projekt X-felt. Det kan ligeledes opfattes som første skridt i retning af udvikling af evidensbaserede kliniske retningslinier for behandlingen på stofmisbrugsområdet, svarende til det omfattende arbejde der er udført i projektet "Resultaten Scoren" i Holland. I Holland har man arbejdet lidt anderledes i forhold til implementering af en egentlig kvalitetsudviklingsproces, men i forhold til de overordnede tanker, er målene og principperne de samme i forhold til at yde en standardiseret og evidensbaseret indsats, hvor den bedst foreliggende viden omsættes til praksis. En entydig indholdsmæssig beskrivelse af nogen af de væsentligste behandlingsindsatser, kerneydelserne, "er en forudsætning for at kunne vurdere en behandlingsprograms evne til at nå, eller tilnærme sig, de satte mål", som Peter Ege citeredes for indledningsvis i denne rapport., og projektets kvalitetsudviklingsproces er således en brugbar metode hertil.

5.5 Ydelsesregistrering

Ydelsesklassifikationen har som en del af kvalitetsudviklingen løbende undergået revision, specielt i relation til de i projektet udviklede standardydelser. Den primært meget forenkede ydelsesklassifikation er i projektet ved auditmøderne udviklet til en mere differentieret

klassifikation. Erfaringen er her, at denne klassifikation nok er blevet for detaljeret, men en endelig form er endnu ikke færdigudviklet.

Fig. 11: Klassifikation af behandlingsydelser:

1. Indskrivningssamtale.
2. Lægesamtale.
3. Sygeplejefaglig ydelse.
4. Individuel rådgivning.
 - 4.0 Klienten mødt, IR afholdt.
 - 4.1 Klienten ej mødt, procedure overholdt anden tid aftalt, eller skrivelse (standard) med ny tid afsendt, informeret SOSU ass.
 - 4.2 Anden aftale vedr. IR – aftale er afholdt.
 - 4.2.1 Klienten ej mødt, procedure som ved 4.1 overholdt.
 - 4.3 Etablering af behandlingsplan.
 - 4.3.1 Opfølgning af behandlingsplan.
5. Individuel sagsbehandling / 5 A Behandlingsmøde
6. Specialtilbud.: Individuel terapi/gruppeterapi, aktivitet, uddannelse, arbejde, pårørende, hjemmebesøg, Løsningsfokuseret samtale, mm.
7. Brugerinddragelse
8. Anden kontakt.

Optælling og systematisering af behandlingsydelser er forgået manuelt, men en elektronisk metode har været under udarbejdelse og i projektets sidste fase er anvendelse heraf påbegyndt.

Fig. 12: Eksempel fra EBJ af klientforløb med ydelsesregistrering

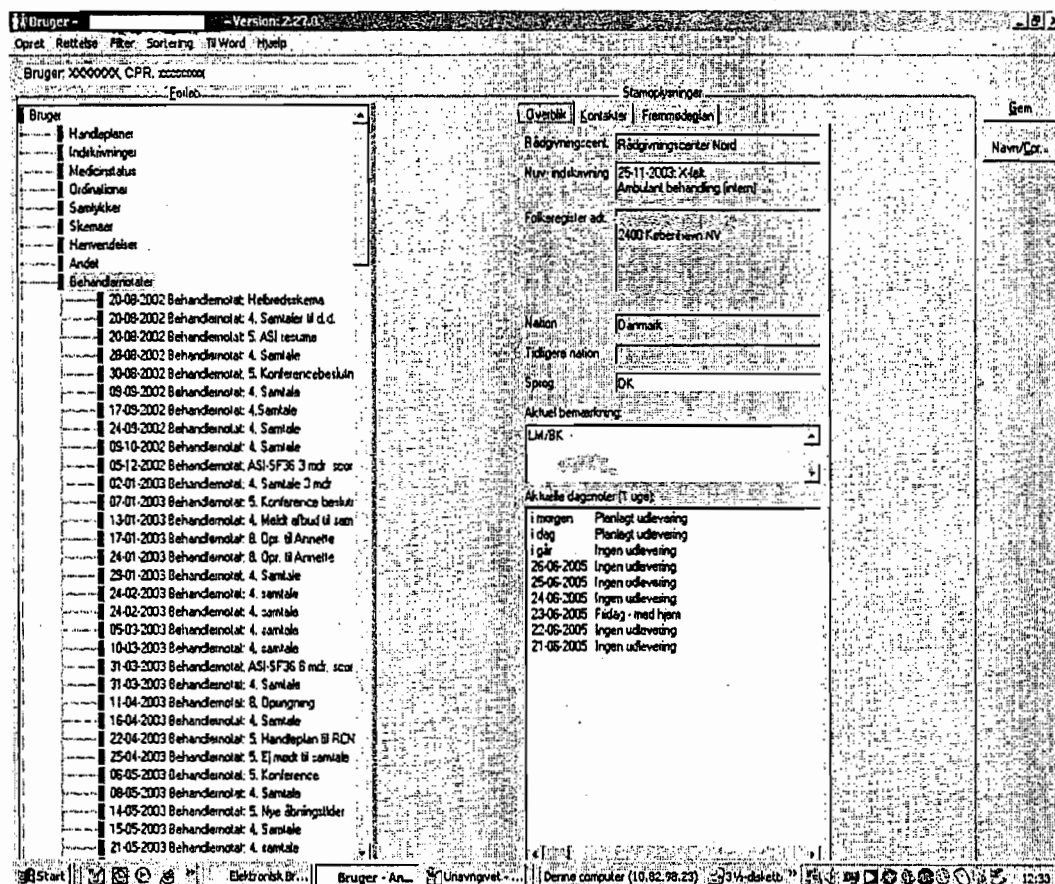


Fig. 13: Eksempel på optælling af ydelser fra database i relation til periode af et klientforløb.

Ydelses ark for:		Kommentarer				
Navn	XXXXXXXXXX					
Fødselsdato	XXXXXXXXXX					
Køn	K					
Gruppe						
start	01-08-2002					
slut	31-07-2004					
Etnisk herkomst						
Dato	Ydelse type	Samtale type	Samlet antal dage	Samlet antal ydelse	Gennemsnit	Max
05-08-2002		1				
08-08-2002		2	2	693,00	23	223
20-08-2002		2	3	708,00	13	287
20-08-2002		4	4	728,00	39	118
28-aug		5	4,1	566,00	3	539
28-08-2002		4	5	712,00	53	57
30-08-2002	5a	5a		713,00	7	204

09-09-2002	2	6	726,00	24	30,25	300
09-09-2002	4	7	679,00	5	135,80	483
11-09-2002	5	8	718,00	15	47,87	169
13-09-2002	5	Kont. ydelser		119		483,00
16-09-2002	5					
17-09-2002	4	Samlet antal ydelser	182,00			
23-09-2002	5	Ydelses frekvens	4,01			
24-09-2002	4					
25-09-2002	5					
09-10-2002	4					
21-10-2002	5					
18-11-2002	2					
27-11-2002	5					

5.6 Klientforløbsbeskrivelser, årsagsanalyser og metodisk projektarbejde

En metode til kvalitetsforbedring ved kvalitetsbrist i behandlingsforløbene er metodisk projektarbejde (30). Det omfatter analyser af årsager til kvalitetsbrist, opstilling af hypoteser til problemløsning og iværksættelse af ændringer i behandlingspraksis, arbejdsgange m.m. og er en hovedmetode i kvalitetsudviklingsarbejdet og formålet med audit- og kvalitetscirkelmøderne

Klientforløbsbeskrivelser er en vigtigt eksempel på metoden og er en grafisk fremstilling af de forskellige trin i klientens kontakt til i behandlingsstedet. Det er en systematisk beskrivelse af arten, rækkefølgen og tidsforløbet af Projekt X-felts samlede ydelser fra modtagelse af klienten til afslutning af behandlingsforløbet. Udarbejdelsen af klientforløb giver et overblik om de ofte komplekse behandlingsforløb, f.eks. gentagne udeblivelser fra aftaler, gentagne afbrydelser af behandling, henvisning til anden behandling mm. samt hvornår og i hvilket omfang kerneydelserne er leveret. Forløbsbeskrivelserne kan være med til at synliggøre, hvor problemerne kan opstå, hvordan de kan belyses samt hvilke data, der skal indsamles. (29, 64)

Fig. 14: Eksempel på klientforløbsbeskrivelse:

FORLØB	STANDARD/AKTIVITET	PAPIRGANG
Modtagelse	Informationsmøde Indskrivning v. tværfaglig team Status-Forskningssystem Lægesamtale Somatisk /psykiatrisk vurdering Opstart medicinsk behandling	Informationsfolder Oprettelse af journal Status-forsknings-indskrivningsskema Lægejournal, objektiv us. ICD-10 Journalnotat
Akut fase	Dosisindstilling EuropASI/SF-36 kortlægn. SY 1 Hiv/hepatitisprogram SY5 Graviditet/STD SY6 Case manager team Lægelig behandlingsplan	Laboratoriesvar EuropASI kortlægning/SF-36 Ydelsesregistrering Journalnotater
Stabilisering	Behandlingsplan SY2 Case manager team IR SY4 Medicinsk service	Behandlingsplan Journalnotater Ydelsesregistrering ASI/SF-36 v.3 mdr. Behandlingskonference hver 3. måned Social handleplan ASI /SF-36 hver 3. md. Ydelsesregistrering Journalnotater
Behandlingsfase	IR SY4 Motivationsskabende samtaler IR SY4 Behandlingsplan SY2 Social handleplan SY3 EuropASI/SF-36 opfølgn SY 1 Graviditet/STD SY6 Hiv/hepatitisprogram SY5 Gruppe/individuel terapi Netværksforstærkende tiltag Pårørendegrupper Brugerinddragelse Uddannelse/aktivering Tilbagefaldsforebyggelse	

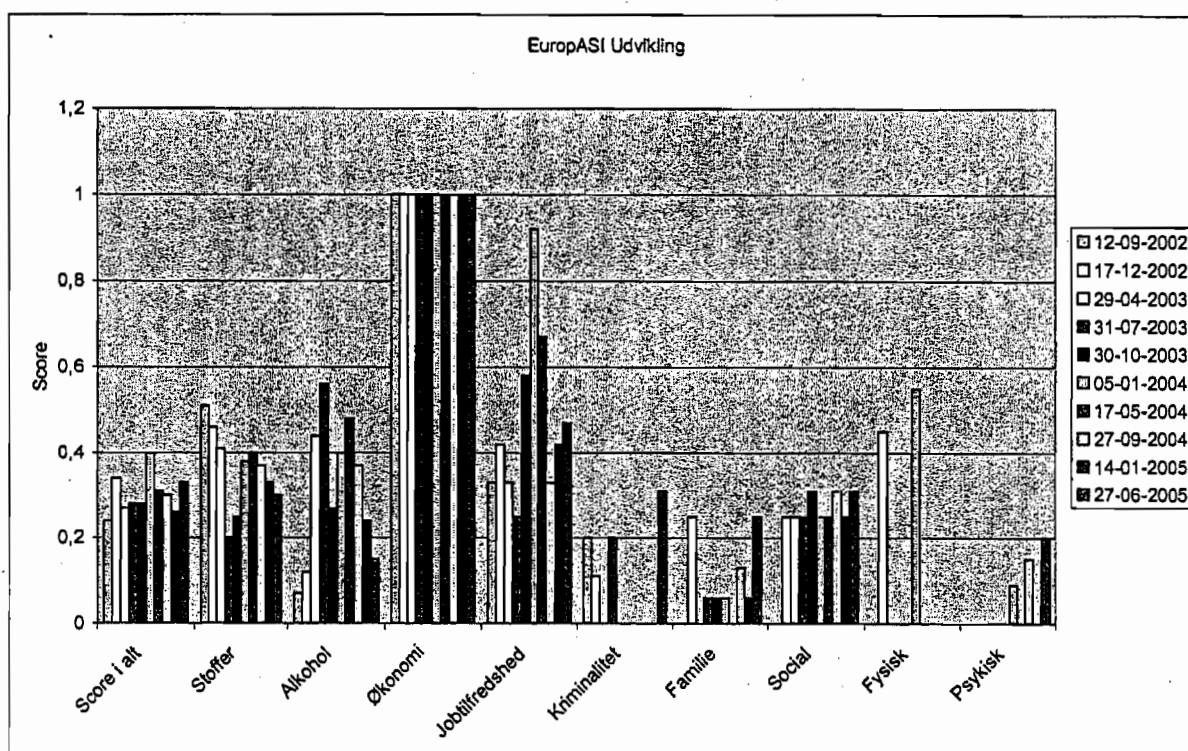
I projektet er udarbejdet en tjekliste, som letter overblikket for case manageren i det daglige arbejde med klienterne og som også er baggrundsmateriale ved udarbejdelsen af klientforløbsbeskrivelsen.

Fig 15. Tjekliste

Navn	Inds kr Dato	Case manag er primær/sek	Beh, plan	Social hand leplan	Sidste Europ ASI/SF -36	Næste Europa SI/SF-36	Sidste beh.møde	Samty kke	Næst e IR	Sene ste 3 IR	Speci altilb ud	Sundh edsfagl igopføl g	Sidst opdate ret

Til brug for analyse af klientforløbene anvendes ligeledes EuropASI og SF-36 scorene, som i databasen umiddelbart kan printes ud med en grafisk fremstilling i søjlediagram af hele behandlingsforløbet.

Fig. 16: Eksempel på søjlediagram af EuropASI udvikling hos en klient



Yderligere har der været overvejelser om en tjekliste til registrering af hvorvidt kvalitetsmål med tilhørende resultatmål er opfyldt efter hhv. 12, 18 og 24 måneders behandling, men dette arbejde er stadig under udvikling.

Ved gennemgang på et auditmøde af de enkelte cases foretages således en samlet kvalitetsvurdering af forløbet, og det diskuteres hvorvidt de enkelte behandlingsydelser i Projekt X-felt er tilfredsstillende i relation til de udviklede standardydelser med struktur, proces og resultat. I projektets løbetid er kvalitetsvurdering ved hjælp af forløbsbeskrivelser og årsagsanalyser kun udført som undervisning eller en øvelse i metoden, som således endnu ikke har fundet sin form eller faste praksis. I første omgang udvalgte styregruppen 2 klienter som 2 medarbejdere udarbejdede forløbsbeskrivelser på i henhold til følgende modeller. Klientforløbene blev fremlagt på et heldags-auditmøde og forløbene blev diskuteret indtil der

var enighed i auditgruppen om begrundelsen for kvalitetsvurderingen, herunder kvalitetsbrist og evt. forslag til forbedringer. Evalueringen blev herefter klassificeret i en 5-klasses kvalitetsscore (64): 1=meget dårlige forløb, 2=dårligt forløb, 3=middelgodt forløb, 4=godt forløb og 5=meget godt forløb. Endelig udarbejdedes et referat af de konklusioner og vurderinger, der var fremkommet ved vurdering og dokumenteredes i EBJ under betegnelsen "Kvalitetsvurdering". Da kvalitetsvurderingen af klientforløbene hidtil mest har taget form som en øvelse i metoden, er ikke alle "regler" for kvalitetsvurderingsmetoden overholdt, såsom den tilfældige udvælgelse og fulde blinding/anonymisering af forløbene. Hver behandler havde over en 6 ugers periode anvendt ca. 8 timer til forberedelsen.

På baggrund af fremlæggelse og nærmere analyse af de enkelte klientforløb i plenum i medarbejdergruppen er det muligt for de forskellige faggrupper og medarbejdere at få et samlet overblik over behandlingen, øge kendskabet til hinandens funktioner, øge opmærksomheden på sårbare områder i indsatsen osv. Metoden giver også den organisatoriske og behandlingsmæssige ledelse mulighed for at udvælge indsatsområder til yderligere udvikling og involvere de relevante aktører i medarbejderstaben heri.

Kapitel 6: Resultater

6.1 Baggrundsdata

Undersøgelsesperiode:

010802-311204

Udgangspopulationen:

Alle klienter indskrevet i perioden 010802-310704:

Udgangspopulationen er således: 93 indskrevne minus 2 fejlvisiterede= 91

Undersøgelsespopulationen:

Udgøres af alle i udgangspopulationen som har fået udført første EuropASI/SF-36 indenfor 0-2 måneder efter indskrivning;

21 (21/91= 23 %) har ikke fået udført første EuropASI/SF-36 indenfor 0.2 måneder efter indskrivning.

91-21= 70 indgår således i undersøgelsespopulationen.

De 21 som udgår adskiller sig fra undersøgelsespopulationen ved en højere forekomst af klienter af med anden etnisk herkomst på 39 %, men med hensyn køns- og aldersfordeling findes ingen betydende forskel (hhv. 24 % kvinder og middelalder 35 år). 80 % har tidligere været i behandling, hvilket er flere end undersøgelsespopulationen.

Tidligere i behandling:

59 % (41/70) har tidligere været i behandling.

Køn:

16 (23%) kvinder

54 (77%) mænd

Alder:

Alle: median 37 (interkvt. spv 30-42)

Kvinder: median 37 (interkvt.spv 30-39)

Mænd: 37 median (interkvt. spv 31-42)

Nationalitet:

Statsborgerskab	%
Danmark	77
Grønland (dansk)	3
Nordiske lande	1
Sydeuropa	6
Muslimske lande	10
Sydøstasien	1
Afrika	1

Indvandrere/flygtning:

20 % ikke dansk statsborgerskab

21 % indvandrere/flygtning:

- 1. generation (født og opvokset i andet land end DK): 93 %
- 2. generation (født i DK af forældre, der er født og opvokset i et andet land) :7 %

Samliv:

Samlivsstatus	%
Enlige	73
Fast partner, samboende	21
Fast partner, men ikke samboende	4
Uoplyst	2

10 % oplyser at være fast samboende med partner, som er stofmisbruger

Skolegang:

Skolegang	%
0-8 år	11
9 år	29
>10 år	49
student/HF	10
Uoplyst	1

Uddannelsesbaggrund:

Uddannelsesbaggrund	%
Ingen afsluttet udd.	58
Arbejdsmarkedskurser/EFG-basis	10
Erhvervsfaglig udd	17
Mellemlang videreudd.	6
Lang videreudd .	3
Andet	3
Uoplyst	3

Behandlingsforløb:

Klienterne har bevaret indskrivningsstatus i behandling i X-felt ved fængselsafsoning under 3 måneders varighed og under døgnbehandling. Behandlingskontakten har været opretholdt ligesom EuropASI/SF-36 monitorering har været udført.

Således har 15 klienter registreret flere forløb i behandlingsforløbet iflg. Status Forskningssystemet, men i Projekt X-felt er kun 1 ud af disse 15 opfattet som "flere forløb" i behandlingsforløbet. Denne klient har ikke fået foretaget EuropASI og indgår således ikke i undersøgelsespopulationen.

Behandlingsvarighed for undersøgelsespopulationen:

Alle behandlingsforløb:

Median behandlingstid : 519 dg

Interkvartile spændvidde. 332-813 dg

Behandlingstid ved ikke-planlagt behandlingsophør

Median behandlingstid: 336 dg

Interkvartil spændvidde: 252- 581 dg

Behandlingstid ved planlagt udskrivelse

Median behandlingstid : 407 dg

Interkvartile spændvidde: 125-504 dg

Retention i behandling:

Beregnet ved Kaplan –Meyers overlevelsestest;

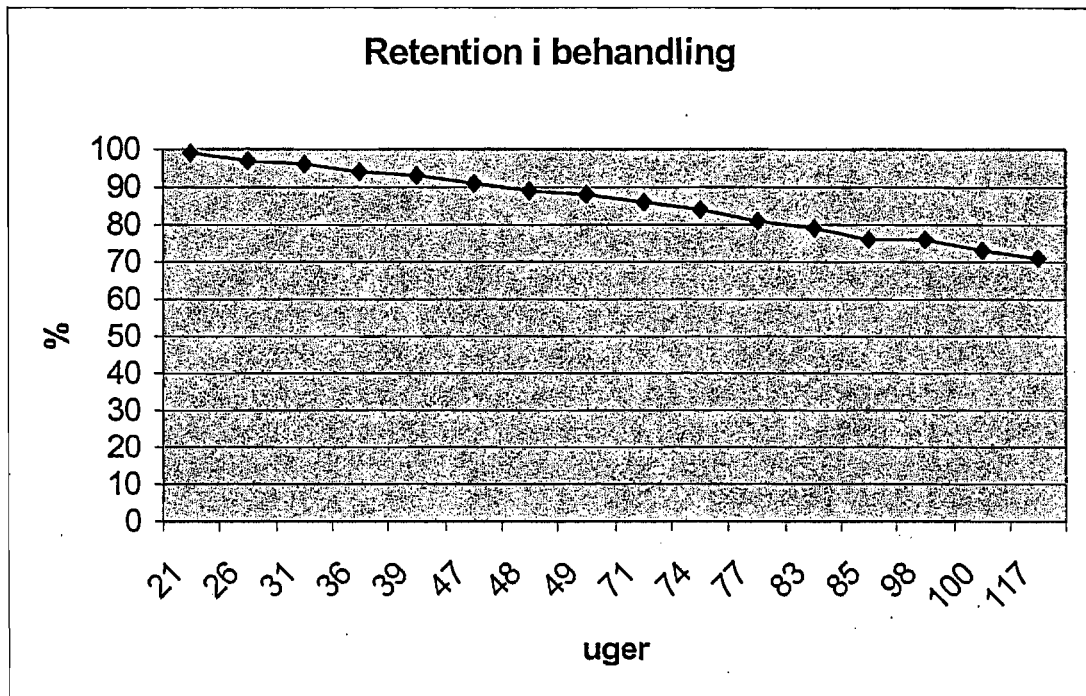
Bortfald: Ikke-planlagt ophør

Censurering: Planlagt ophør + fortsat i behandling

Resultat:

Sandsynligheden for fortsat at være i behandling efter 1 år: 88 % (95 % sikkerhedsgrænser: 79-95) hvilket svarer til , at 62/70 fortsat vil være i behandling efter 12 måneder. Sandsynligheden for fortsat at være i behandling efter 2 år er: 72 %

Fig 17: Retention i behandling



Døde:

2 er døde under indskrivning i behandling:

Kvinde, 24 år.

Ikke tidligere været i behandling.

Indskrevet i behandling i projektet 498 dage frem til dødstidspunktet. På dødstidspunktet medicinfri igennem flere uger efter planlagt udtrækning af buprenorfin. Dødsårsag i flg oplysninger fra Retsmedicinsk Institut: Metadon i dødelig dosis

Mand, 28 år.

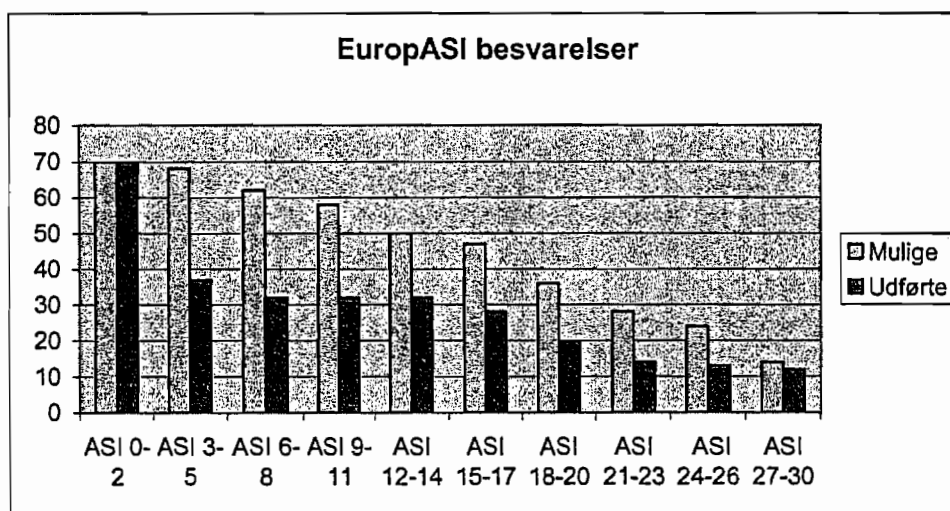
Tidligere mange gange i behandling. Indskrevet i behandling 594 dage. Var 6 uger før dødstidspunktet på grund af voldelig adfærd uddelegeret til medicinudlevering på Medicinkontakten med daglig udlevering af tbl. Metadon 70 mg. Mødte aldrig op på Medicinkontakten og kan på dødstidspunktet betragtes som uden kontakt til behandlingssystemet. Dødsårsag: ikke oplyst.

6.2 Svarprocent ved ASI og SF-36

Tabel 1: Interview i 3 måneders interval

	ASI 0-2	ASI 3-5	ASI 6-8	ASI 9-11	ASI 12-14	ASI 15-17	ASI 18-20	ASI 21-23	ASI 24-26	ASI 27-30
Mulige interview	70	68	62	58	50	47	36	28	24	14
Udførte interview	70	37	32	32	32	28	20	14	13	12
SV %	100	54	56	55	64	60	56	50	54	86

Fig. 18: Antal besvarelser

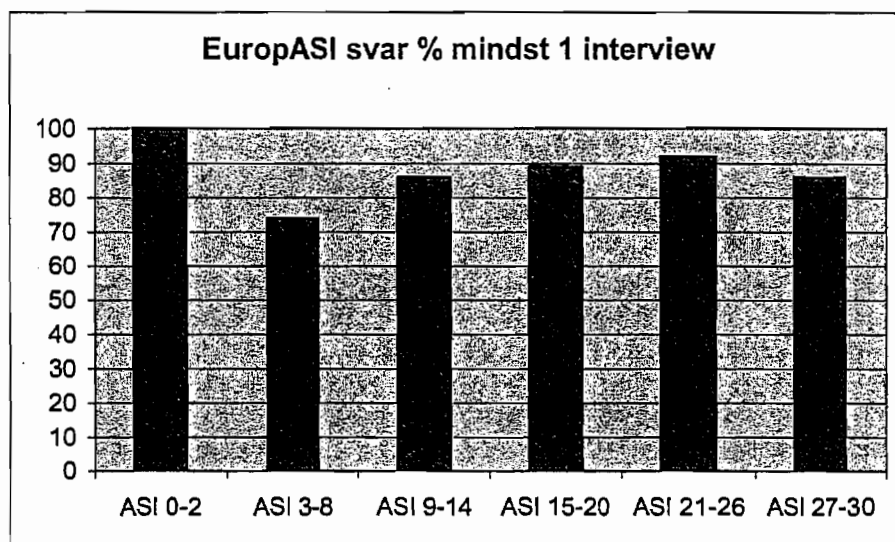


På grund af den relative lave svarprocent ved EuropASI/SF-36 interview med 3 måneders intervaller, er der ved databearbejdningen foretaget en sammenlægning af intervallerne til 6 måneders intervaller. Herved angiver intervallet svarprocent for mindst 1 ASI/SF-36 interview i det pågældende 6 måneders interval.

Tabel 2: Mindst 1 interview i 6 mdr's intervaller

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26	ASI 27-30
Antal udførte interview	70	49	43	39	23	12
SV %	100	74	86	89	92	86

Fig. 19: Svarprocent ved mindst 1 interview indenfor 6 måneder



I og med at den konsekutive indskrivning af klienterne i behandling falder over tid, så vil datagrundlaget uundgåeligt bliver mindre over tid, d.v.s. antallet som både er interviewet ved indskrivning og igen efter 27-30 måneder vil være begrænset. Nogle er fulgt i 30 måneder, men på grund af det lave antal efter 26 måneder, udgår data fra 27-30 måneders intervallet fremover i datafremstillingen.

6.3 EuropASI data:

6.3.1 Bolig

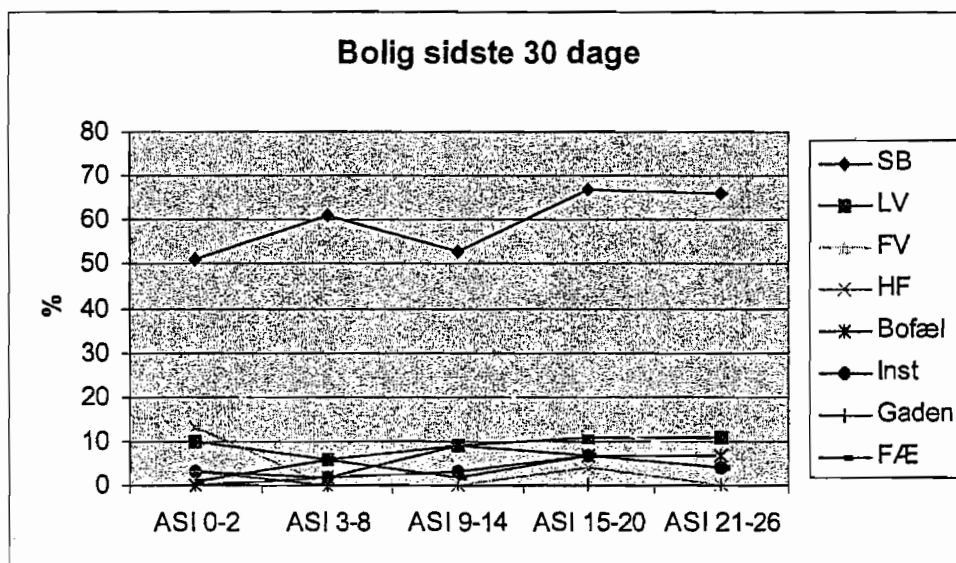
Tabel 3: Bolig sidste 30 dage

	ASI 0-2 (%)	ASI 3-8 (%)	ASI 9-14 (%)	ASI 15-20 (%)	ASI 21-26 (%)
SB	51	61	53	67	66
LV	10	6	9	11	11
FV	17	25	25	13	7
HF	13	0	0	4	0
Bofæl	0	2	9	7	7
Inst	3	2	3	7	4
Gaden	3	0	0	0	0
FÆ	1	6	2	7	4

SB: Selvstændig bolig; LV: Lejet værelse; FV: Familie/venner; HF: Herberg/forsorgshjem
Bofæl: Bofællesskab; Inst: Institution; Gaden: Gaden /ingen bolig; FÆ:Fængsel

I behandlingsperioden ses, at markant flere, ca. 12-15 % flere, får egen bolig. Andelen på herberg og forsorgshjem reduceres til stort set ingen, og andelen som lever på gaden reduceres til 0 umiddelbart efter indskrivning i behandling. En væsentlig del af den sociale behandling omfatter en stabilisering og oftest en forbedring af de elendige boligforhold som mange har ved indskrivningen. Case managerne har alle et stort kendskab til problemerne og mulighederne for målgruppen på boligmarkedet. Der har været et tæt samarbejde med herberg – og forsorgshjem, indsatsen for skæve boliger i kommunen, med div. bo-støttetilbud osv.. Yderligere har projekt X-felt i en periode drevet et botræningstilbud, hvor 3-4 klienter under samtidig ambulant behandling i projektet boede sammen i en lejlighed med pædagogisk støtte. Alle klienter uden fast bolig er blevet skrevet op på venteliste til de kommunale lejligheder og flere har fået egen lejlighed på denne måde.

Fig. 20: Boligforhold



6.3.2 Arbejde/indtægt

Tabel 4: Indtægtsforhold sidste 30 dage

	ASI 0-2 (%)	ASI 3-8 (%)	ASI 9-14 (%)	ASI 15-20 (%)	ASI 21-26 (%)
Lønindt	13	10	6	8	15
Dagpenge	4	4	5	0	0
Aktivering	1	1	0	0	0
Sygedagpg	0	0	0	2	4

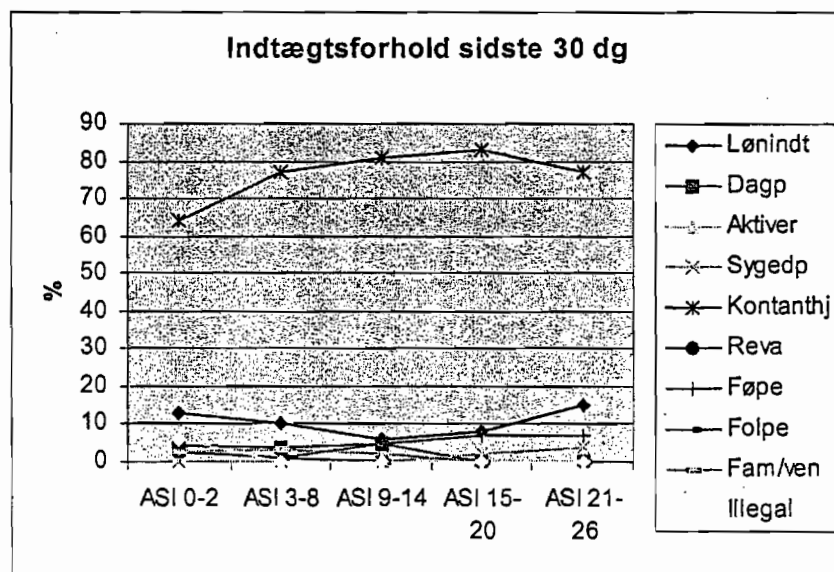
Kontanthj	64	77	81	83	77
Reva	3	3	2	0	0
Føpe	3	1	5	7	7
Føpe	1	1	0	0	0
Fam/ven	3	3	2	0	0
Illegal	6	0	0	0	0

Lønindtægt: Lønnet arbejde/indtægt fra egen virksomhed; Dagpenge: A-kasse; Aktivering: Aktivering/løn med tilskud; Kontanthj: Kontanthjælp; Reva: Revalidering; Føpe: Førtidspension; Føpe: Alderspension; Fam/Ven: privat forsørgt; Illegal: Alle former for illegal indkomst (salg af stoffer, prostitution mv.)

Som det fremgår af tabellen, så er kontanthjælpen klart dominerende og stiger endda under behandlingen. Andelen med lønindtægt og dagpenge falder og antallet af tildelte førtidspensioner stiger.

Med andre ord, så medfører behandling ikke umiddelbart indenfor den her beskrevne observationsperiode på ca. 2 år, at klienterne får en større tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette er heller ikke realistisk at forvente af en gruppe på i gennemsnit 37 år, med et meget spinkelt uddannelsesgrundlag og med mangeårig stofafhængighed samt et arbejdsmarked, der stiller store krav.

Fig. 21:
Andel ("Ikke-aktiv beskæftigelsesstatus") vs. (Lønindtægt + førtidspension)



Tabel 5. Ikke-aktiv/aktiv beskæftigelsesstatus

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Ikke-aktiv beskæftigelsesstatus (%)	77	84	85	83	77
lønindt + føpe (%)	21	16	16	17	26

Ikke-aktiv beskæftigelsesstatus: Kontanthjælp, aktivering, revalidering, familie/venner, illegal akt.

Andelen af gruppen "ikke-aktiv beskæftigelsesstatus" er nogenlunde konstant. Andelen af gruppen lønindtægt + førtidspension falder i løbet af de første 6-8 mdr, væsentligst fordi de som var i arbejde med lønindtægt ved indskrivningen ophørte med at arbejde i forbindelse med behandling og der var oftest tale om løsarbejde uden stabile arbejdsforhold. I samme periode ses også en stigning i kontanthjælp. Den relative øgning af lønindtægt + førtidspension ved 21-26 måneder er forårsaget af en øgning i antal førtidspensionister.

Den sparsomme tilknytning til arbejdsmarkedet, og den manglende ændring herpå under behandling, illustreres videre ved det gennemsnitlige antal dage med arbejde de sidste 30 dage som forholder sig også stort set uændret, og lavt, på gennemsnitlig 5 dage.

Tabel 6: Antal dage arbejde sidste 30 dage

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Antal dage	5	6	5	5	5

Tilsvarende findes andelen med fuldtidsarbejde de sidste 30 dage heller ikke at stige vedvarende, tværtimod ses, som også ovenfor nævnt, et fald. Flere i arbejde ophørte hermed og blev kontanthjælpsmodtagere.

Tabel 7: Andel fuldtidsarbejde sidste 30 dage

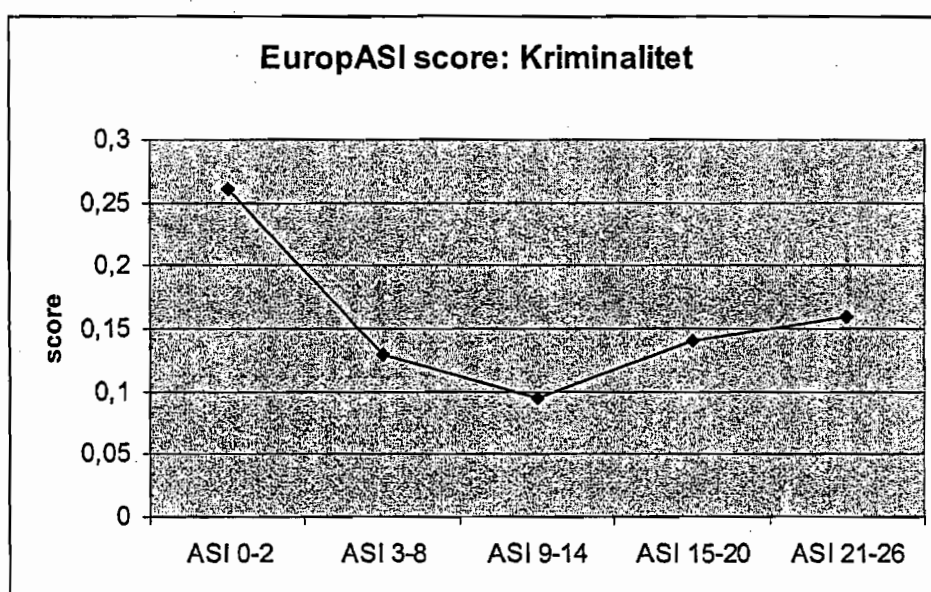
	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Andel fuldtidsarb. (%)	16	19	10	12	10

6.3.3 Kriminalitet

Tabel 8: Gennemsnitlige EuropASI score kriminalitet

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Kriminalitet	0,26	0,13	0,10	0,14	0,16

Fig. 22: EuropASI kriminalitet



EuropASI kriminalitetsbelastningen reduceres markant ved en relativ reduktion i score på 50 % indenfor de første 3-8 måneder og denne reduktion holder stort set så længe man er i behandling.

Behandlingens kriminalitetsreducerende effekt ses endnu tydeligere, når man kun vurderer reduktionen i antallet af dage med illegal aktivitet de sidste 30 dage, hvor man indenfor de første 3- 8 måneder ser en reduktion på 82 % og ligesom ved EuropASI scoren bibeholdes dette niveau under behandlingen.

Tabel 9: Gennemsnitlige antal dage med illegal aktivitet

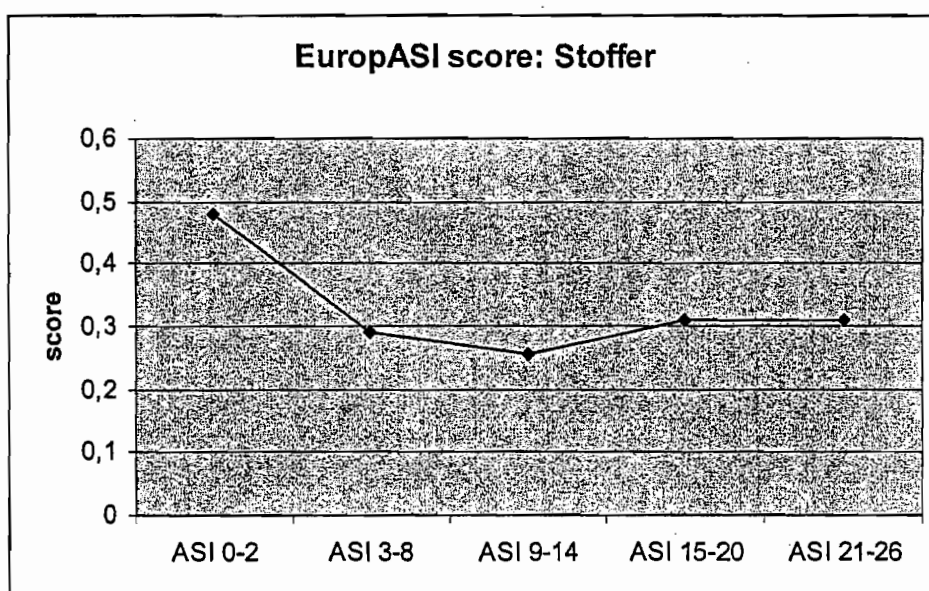
ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
11	2	3	4	1

6.3.4 Stoffer og injektionsmisbrug

Tabel 10: Gennemsnitlige EuropASI score Stoffer

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
0,48	0,29	0,26	0,31	0,31

Fig.23 : EuropASI samlet stofbelastning.



Tilsvarende, og synkront med reduktionen i kriminalitetsbelastning, ses ligeledes en reduktion i stofbelastningen, med en relativ reduktion i EuropASI stofscore på 40 % indenfor de første 3-8 måneder efter indskrivning. Ændringen er stabil under behandlingsforløbet. Imidlertid er EuropASI score for stoffer problematisk at anvende ved monitorering af stofmisbrugere i substitutionsbehandling fordi den ujusterede EuropASI composite score for stoffer medregner ordineret metadon eller buprenorphin i den samlede score. Den observerede reduktion på stofbrug på 40 % er derfor i realiteten væsentlig større. Dette gælder også for ordineret psykofarmaka under behandlingen, idet der heller ikke her skelnes mellem ordineret og illegal brug.

Et mere anvendeligt mål er at se på den enkelte variable, der beskriver stofindtag i antal dage de sidste 30 dage i forhold til dels de enkelte stoffer og dels på antal kroner anvendt på stoffer samt på ændringer i antal dage med injektionsmisbrug.

Tabel 11: Antal kroner brugt på stoffer de sidste 30 dage

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Kr. narko	11064	1318	777	1689	1059

Behandlingens effekt på brugen af stoffer ses ganske tydeligt ved en markant reduktion i antallet af kroner anvendt på narkotiske stoffer de sidste 30 dage. Således er gennemsnitlig brugt 11.064,-kr på stoffer de sidste 30 dage inden behandling og indenfor de første 3-8 måneders behandling ses en relativ reduktion på 88 %, svarende til et månedligt forbrug på gennemsnitlig 1318,- kr.. Under behandlingen ses dette "forbrugsniveau" stort set uændret, svarende til et begrænset illegal sidemisbrug under behandling.

Injektionsmisbrug /risikoadfærd

Behandlingens positive effekt i forhold til injektionsmisbrug og risikoadfærd er også ganske betydelig. En relativ stor andel, 39 %, er injektionsmisbrugere med knapt 20 dage med injektionsmisbrug de sidste 30 dage inden indskrivning i behandling.

Efter ca. 1 års behandling reduceres andelen af injektionsmisbrugere med ca. 60 %, ligesom det gennemsnitlige antal dage med injektionsmisbrug falder betydeligt til gennemsnitlig 3 dage.

<p>39 % (27/70) har i gennemsnit injiceret 19,66 dg (531/27) de sidste 30 dg før indskr. 12,5 % (4/32) har i gennemsnit injiceret 3,25 dg (13/4) sidste 30 dg efter 12-14 mdrs. beh.</p>
--

Det gennemsnitlige antal dage med injektionsmisbrug de sidste 30 dage viser også klart behandlingens positive effekt, idet der ses en relativ reduktion på mindst 75 % som holder, så længe behandlingen fortsætter .

Tabel 12: Gennemsnitlige antal dage med injektion sidste 30 dage

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
8	2	1	2	1

Uanset behandlingens store reducerende effekt på injektionsmisbrug, så er det stadig vigtigt at være opmærksom på den, om end begrænsede, fortsatte forekomst af injektionsmisbrug under behandling, og i behandlingen fokusere på skadesreducerende og forebyggende indsatser i form af oplysning/undervisning, adgang til rene kanyler og tilbud om undersøgelser for injektionsrelaterede smitsomme sygdomme og tilbud om vaccination for hepatitis B. Resultater fra projektets standardydelse 5 vil belyse dette senere i rapporten i kapitel 7.

Misbrug af de enkelte stoffer:

Tabel 13: Misbrugsanamnese

	% af populationen med misbrug sidste 30 dg før indskrivning	Antal år (gennemsnit) med misbrug hele population	Antal år (gennemsnit) med misbrug hos misbrugere af stoffet
Heroin	100	7,3	7,3
Kokain	66	5	6,9
BZ	39	4	10,5
Cannabis	87	14	15
Alkohol	14	3,91	12,4

Alt i alt må man beskrive populationen som en særdeles misbrugsbelastet, med en høj forekomst af blandingsmisbrug, og for en stor dels vedkommende nærmest må betegnes som kroniske stofmisbrugere i forhold til de mange års misbrug i anamnesen.

Alle indskrevne i projektet er heroinmisbrugere med et i gennemsnit 7,3 års varende heroinmisbrug bag sig. Som tidligere dokumenteret i rapporten, så har 41 % ikke været i behandling før, hvilket må tolkes som at man hyppigt går længe i sit heroinmisbrug uden at søge behandling.

2/3 har oplyst et kokainmisbrug af gennemsnitlig knapt 7 års varighed.

Knapt 40 % har som tidligere nævnt et betydeligt BZ-misbrug, og dette BZ-misbrug er også ganske langvarigt, i snit 10,5 år.

Næsten alle, nemlig 87 %, har et særdeles langvarigt cannabismisbrug på 15 år.

Endelig har 14 % et alkoholmisbrug af i gennemsnit 12, 4 års varighed.

Tabel 14: Gennemsnitlig antal dage misbrug de sidste 30 dage

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Heroin	19	4	3	4	4
Kokain	5	2	1	1	1
Cannabis	9	10	9	12	9
BZ	8	7	6	6	7
> 1 stof	17	15	15	14	15

Tilsvarende forløbet for stof og kriminalitetsbelastning i composites scores, så ses en ganske markant reduktion på knapt 80 % i forbrug i antal dage med heroinmisbrug indenfor de første 3-8 måneder af behandlingen. Det lave niveau holder sig under hele behandlingen, hvilket bekræfter substitutionsbehandlingens forventelige positive effekt på heroinmisbruget.

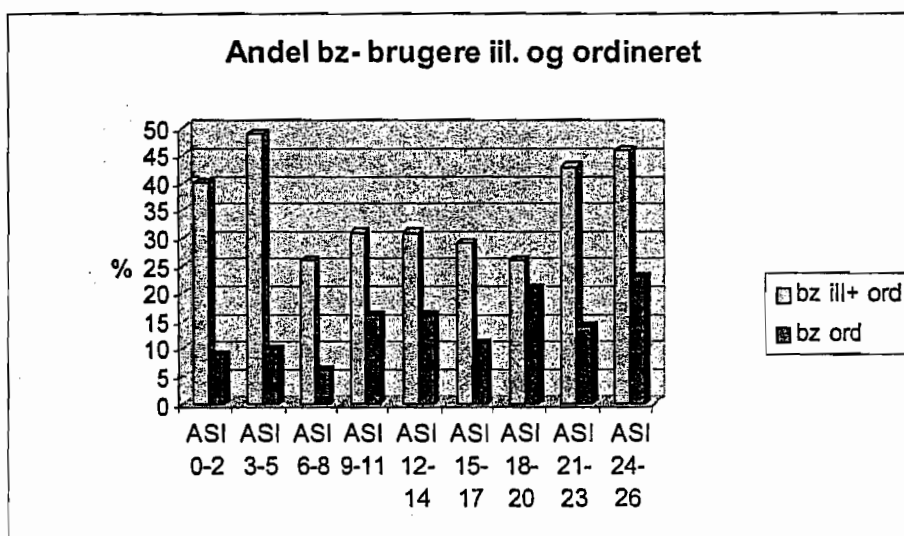
Mere overraskende er det at se, at det forholder sig på nogenlunde samme måde med kokainmisbruget. I projektet har der ikke været anvendt specifikke behandlingsinterventioner overfor kokain, men behandlingen for kokainmisbruget er indgået som en integreret del af den samlede misbrugsbehandling.

Cannabismisbruget ses konstant gennemsnitligt ca. 10 dage de sidste 30 dage, og synes ikke påvirkeligt for den i projektet ydede behandling, hvilket svarer til den generelle erfaring indenfor den ambulante substitutionsbehandling.

Misbruget af benzodiazepiner (BZ) synes heller ikke påvirkelig af behandlingen, således ses et uændret forbrug på 7-8 dage gennemsnitlig under hele behandlingen. Imidlertid er denne

variabel i EuropASI behæftet med betydelig usikkerhed, da den ikke skelner mellem ordineret BZ og illegal BZ. At misbrug af BZ er betydeligt understøttet af projektet, idet der fandtes en meget høj forekomst af BZ før indskrivning i behandling, og også en del som ved indskrivning var i behandling med ordineret BZ via egen læge. Således oplyser 40 % at have taget BZ i gennemsnit i 19 dage de sidste 30 dage før indskrivning, heraf havde 9 % fået ordineret BZ af egen læge. Med andre ord, så er en betydelig del af klienterne ved indskrivning i projektet ikke blot psykisk afhængige, men også fysisk afhængige af BZ.. Andelen af BZ-brugere, både ordineret og illegal, reduceres noget under behandlingen, og hos ca. 10-15 % af klienterne har det i projektet været nødvendigt at ordineret BZ i kortere eller længere perioder som henholdsvis nedtrapning eller substitution. BZ er ikke i projektet anvendt som anxiolytika eller hypnotika.

Fig. 24: Forholdet mellem totalt BZ-misbrug og ordineret BZ under behandlingen.



Den sidste stofvariabel, brug af >1 stof, omfatter både ordineret og illegal medicin (opioider, Psykofarmaka af enhver slags mm.) og rusmidler inkl. alkoholmisbrug. Denne EuropASI variable er ikke anvendelig i den ambulante substitutionsbehandling og de anførte tal er kun taget med for at for at illustrere det misvisende i denne variabel.

6.3.5 Alkohol

Alkoholmisbrug defineres i EuropASI som et alkoholforbrug, som overstiger nedenstående værdier:

5 eller flere genstande pr. dag i mindst tre dage om ugen (en genstand svarer til den mængde alkohol, der er i et almindeligt glas spiritus, dvs. ca. 5 cl. stærk spiritus, ca. 15-20 cl. vin og ca. 33-45 cl. øl osv.)

Tabel 15: Gennemsnitlig antal dage alkoholmisbrug sidste 30 dage

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
7	2	3	2	4

Tabel 16: Andel (%) med alkoholmisbrug sidste 30 dage

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
14	12	14	10	20

De 14 % som angiver alkoholmisbrug de sidste 30 dage før indskrivning i behandling har i gennemsnit haft alkoholmisbrug sammenlagt 12,4 år i livet, hvilket helt klart svarer til definitionerne for kronisk alkoholisme.

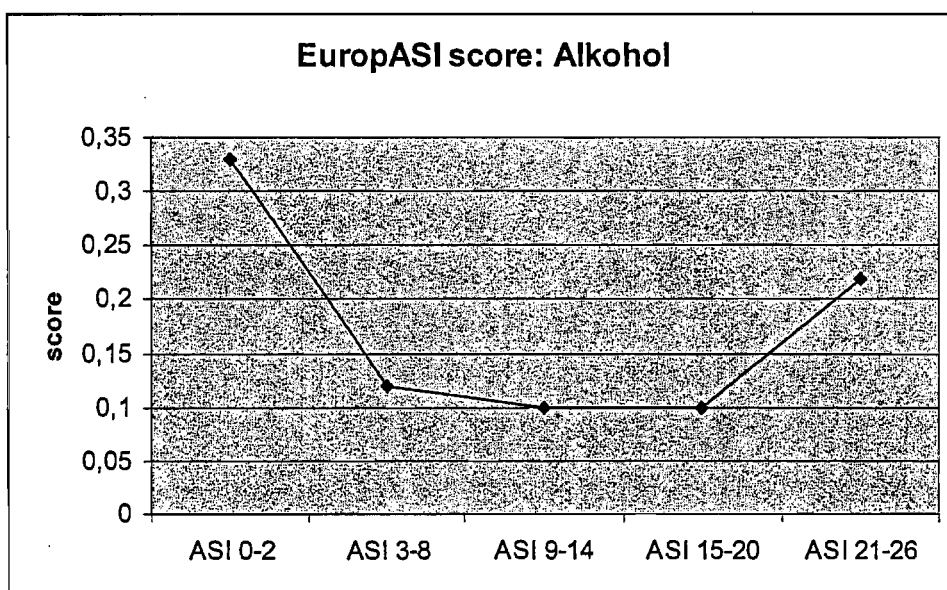
Herudover oplyser 45 % af populationen, at de har haft et regelmæssigt alkoholmisbrug af > 1 års varighed sammenlagt 8,6 år i livet.

Alkoholmisbrug fylder meget og er en betydelig del af misbrugsproblematikken i denne population og behandlingen af alkoholmisbrug (abstinensbehandling, vitamintilskud, antabus) er i projektet en integreret del af behandlingen.

Det gennemsnitlige antal af dage med alkoholmisbrug ses også at falde fra 7 dage med ca. 70 % indenfor de første 3-8 måneder af behandlingen, medens andelen der drikker, er nogenlunde konstant på ca. 14 %. Efter 21 måneder ses imidlertid en stigning. Her skal der dog tages højde for en relativ usikkerhed på grund af det begrænsede antal interviewede i forhold til tidligere målinger i behandlingen.

Den betydelige alkoholbelastning afspejler sig ligeledes i EuropASI scoren, som ligeledes viser en betydelig reduktion alkoholbelastningen indenfor de første 3-8 måneder, en reduktion der holder frem til 21 måneder, hvorefter alkoholbelastningen stiger, dog slet ikke til udgangsniveauet.

Fig. 25: EuropASI Alkoholbelastning

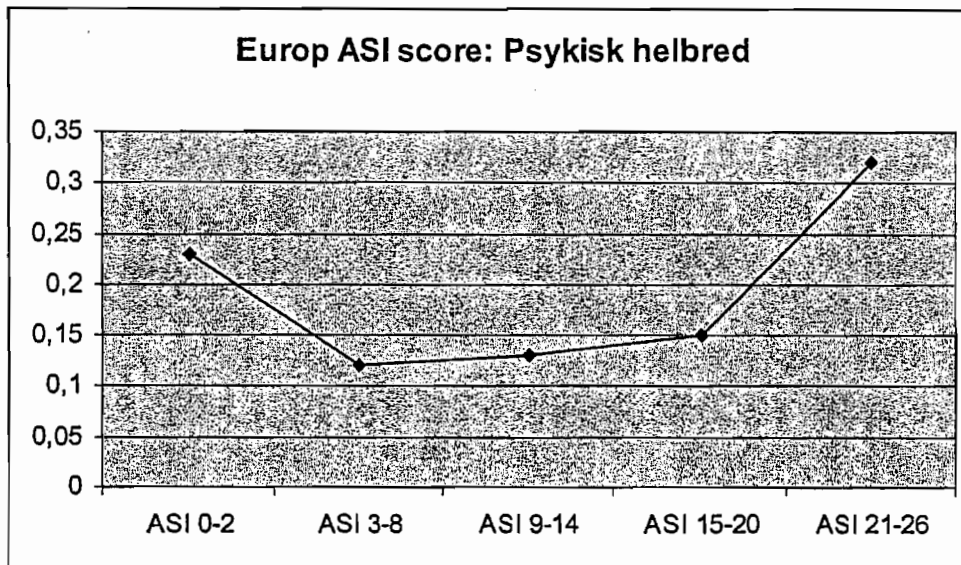


6.3.6 Psykisk helbred

Tabel 17: Gennemsnitlige EuropASI score psykisk helbred

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
0,23	0,12	0,13	0,15	0,32

Fig 26: EuropASI psykisk belastning



Ved EuropASI composite score kan man konstatere en gennemsnitlig reduktion i psykisk belastning på 48 % og dette niveau holder til 21 måneder, hvorefter der ses en øgning i psykisk belastning til et niveau, der er højere end niveauet ved indskrivning

Ser man på de enkelte variable, jf. tabellen nedenfor, så findes tilsvarende en reduktion i både antallet af dage med psykiske problemer, andelen med psykiske problemer og antallet af dage med specifikke psykiske problemstillinger at falde, men der ses imidlertid ingen stigning under behandlingsforløbet.

Til gengæld ser man, at andelen med subjektiv oplevet øget behandlingsbehov, dvs. klientens egen opfattelse af behandlingsbehov for psykiske problemstillinger, stiger over tid, og formentlig er det oplevede øgede behandlingsbehov medvirkende til stigningen i compositescore. En forklaring på dette kan være, at de psykiske problemstillinger bliver mere fremtrædende, når misbruget og afhængigheden er afhjulpet.

Tabel 18: Oversigt over psykiske problemstillinger

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Andel psyk probl (%)	63	45	36	47	50
Dg psyk probl/psyk probl	21	13	15	16	15
Dg psyk probl hele pop	13	6	5	7	8
Psykiske problemstillinger (% hele pop):					
Depression	36	13	5	18	16
Angst/anspændthed	33	22	22	30	31
Koncentrationsproblemer	33	21	16	22	28
Hallucinationer	6	3	3	0	0
Voldelig adfærd	10	9	5	5	6
Selv mordstanke	11	4	2	4	2
Selv mordsforsøg	1	0	0	0	0
Antal psyk probl:					0
Middel	3	2	2	2	2
% med 1	41	53	59	52	57
% med 2	35	34	13	14	20
% med 3	9	8	26	30	15
% med 4	13	3	4	4	9
% med 5	2	0	0	0	0
Behandlingsbehov: (%)					
0=intet behov	0	7	9	0	0
1=mindre behov	9	11	13	5	21
2=moderat behov	36	28	15	36	25
3=betydeligt	23	27	39	42	39
4=meget stort	32	25	17	18	15

Oversigten over psykiske problemstillinger viser en population med meget stor psykisk belastning. Således angiver 63 % (44/70) at have haft en tydelig periode med psykiske problemer de sidste 30 dage før indskrivning med mindst 1 af følgende problemstillinger:

- **Svær depression** (Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd o. lign)
- **Svær angst/anspændthed** (Oplevet anspændthed, slet ikke kunne slappe af, sig selv som opfarende og urimelig o. lign)
- **Svære koncentrationsproblemer** (Oplevet svære problemer med at koncentrere sig, svære problemer med at huske og forstå informationer o. lign)
- **Oplevet hallucinationer** (Oplevet at se ting, der ikke er der, høre stemmer o. lign)
- **Problemer med at kontrollere voldelig adfærd** (Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre sine aggressioner)
- **Alvorlige selvmordstanker** (Haft seriøse overvejelser om at tage sit eget liv)
- **Forsøgt selvmord** (Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt ment selvmordsforsøg, som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg)

Kun 37 % angiver slet ikke at have haft psykiske problemer de sidste 30 dage før indskrivning.

Andelen med psykiske problemer reduceres med 29 % efter 3-8 måneders behandling til, der ses yderligere en reduktion efter 9-14 måneder og andelen med psykiske problemer fortsætter med at være markant lavere under behandlingsforløbet sammenlignet med ved indskrivningen.

I gennemsnit har klienterne med psykiske problemer oplevet 21 dage med mindst 1 af de ovennævnte svære psykiske problemstillinger op til indskrivning i behandling. Der ses en reduktion heri på 39 % indenfor de første 3- 8 måneder af behandlingen til 13 dage og dette niveau vedvarer under behandlingen. For hele populationen ses en tilsvarende betydelig gennemsnitlige reduktion i antal dage med psykiske problemstillinger ved indskrivning på 13 dage med en reduktion på 54 % efter 3-8 måneders behandling

Den psykiske symptombelastning ved indskrivning i behandling svarer til hvad man finder i den tidligere refererede norske undersøgelse af 482 stofmisbrugere i behandling (24) og er i øvrigt ikke væsentlig forskellig fra hvad man kan forvente at se i en traditionel psykiatrisk patientpopulation.

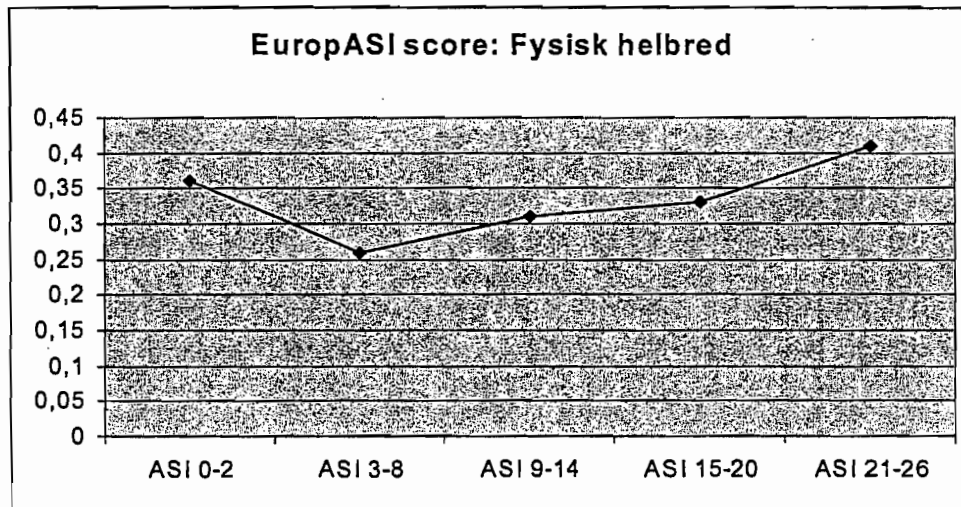
Jf. oversigten over psykiske problemstillinger, så angives at man i gennemsnit har oplevet samtidig forekomst af 3 af de nævnte problemstillinger de sidste 30 dage før indskrivning, de fleste oplever 1 eller 2 problemstillinger. Antallet af problemstillinger reduceres vedvarende under behandlingen. Hyppigst angivne symptom er depression efter de anførte kriterier som forekommer hos 36 % af den samlede population. . Der sker en betydelig reduktion efter 3- 8 måneders behandling på 64 % i forekomsten af depressioner, og denne reduktion fastholdes under behandlingen. Angst og koncentrationsproblemer ses hos 33 %, og her sker også en reduktion, men i meget mindre omfang. Hallucinationer ses hos 6 %, forekomsten af disse forsvinder under behandling. Selvmordstanker forekommer hos en stor andel på 11 % og denne høje forekomst reduceres med 70 % under behandlingen. I projektets løbetid har der ikke været kendskab til selvmordsforsøg. Ved de 2 kendte tilfælde af dødsfald på grund af overdosis/forgiftning har der ikke været mistanke om selvmordsforsøg

6.3.7 Fysisk helbred

Tabel 19: Gennemsnitlige ASI score fysisk helbred

ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
0,36	0,26	0,31	0,33	0,41

Fig. 27: EuropASI fysisk belastning



Efter 3-8 måneders behandling ses en reduktion i fysisk belastning på 28 %, men herefter ses en stigning stort tilbage til udgangsniveau, endda med stigning i belastning efter 21-26 måneders behandling.

De små ændringer kan ses som udtryk for, at mange har kroniske problemer som ikke forsvinder, selvom klienterne bruger færre rusmidler. Det kan også være et udtryk for, at problemerne bliver mere fremtrædende, når man ikke bruger rusmidler i samme omfang, hvilket stigningen senere i forløbet kunne være et udtryk for.

Tabel 20: Oversigt over fysiske problemer

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Antal dg m. fys.probl sidste 30 dg	10	6	9	10	8
Andel m. fys.probl./sidste 30 dg (%)	49	40	58	56	67
Behov for hjælp til fys probl □	1	1	1	2	1

□ Klientens oplevede behov for hjælp: 0= intet behov; 1 = mindre behov; 2= moderat behov; 3= betydeligt behov; 4= meget stort behov.

Knappt halvdelen oplyser at have haft fysiske problemer de sidste 30 dage inden behandlingsstart. Her er ikke skelnet imellem kroniske og mere akutte fysiske

problemstillinger såsom f.eks. forkølelse eller influenza. I den tidligere refererede norske undersøgelse (24) oplyste 33 % at de havde kroniske fysiske skader eller sygdomme, som påvirkede deres livsførelse, og den noget højere forekomst her i undersøgelsen afspejler formentlig forskelle i interviewmetode.

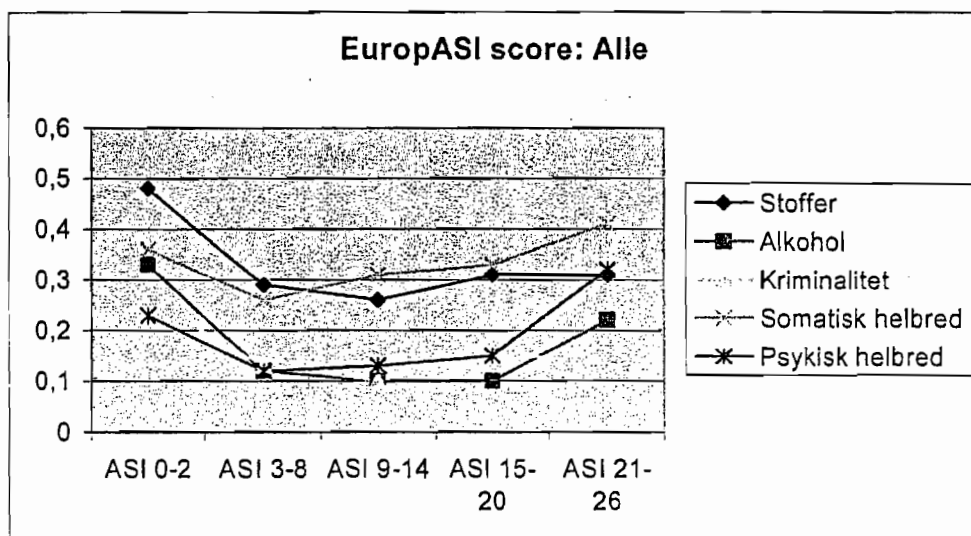
I 1/3 af tiden, dvs. 10/30 dage, opleves gennemsnitlig fysiske problemer inden indskrivning. Umiddelbart skønnes dette meget højt for en population på i gennemsnit 37 år. Der sker en reduktion på 40 % efter 3-8 måneders behandling, men herefter går det stort set tilbage til udgangsniveauet med kun marginale ændringer under behandlingen.

Det oplevede behandlingsbehov angives lavt, og man kan formentlig heraf konkludere, at klienterne ikke oplever sig specielt belastede af de fysiske problemer eller også kan det ses som udtryk for en accept af tingenes tilstand.

Tabel 21: Samlet Europ-ASI score:

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
Stoffer	0,48	0,29	0,26	0,31	0,31
Alkohol	0,33	0,12	0,1	0,1	0,22
Kriminalitet	0,26	0,13	0,1	0,14	0,16
Somatisk helbred	0,36	0,26	0,31	0,33	0,41
Psykisk helbred	0,23	0,12	0,13	0,15	0,32

Fig. 28. Alle EuropASI score -



Samlet vurderet, og på trods af at brugere i substitutionsbehandling og i behandling med psykofarmaka systematisk "scorer for højt" på composites score, kunne man under behandlingen i projekt registrere en reduktion på alle områder indenfor 3-8 måneders behandling, og denne forbedring holder sig rimelig stabil *under* behandlingen i op til 2 år.

6.4 SF-36 data:

Tabel 22: SF-36 Fysisk og psykisk selv vurderet helbredsopfattelse de sidste 30 dage

	Normal 35-44 år □	SF-36 0-2	SF-36 3-8	SF-36 9-14	SF-36 15-20	SF-36 21-26
Fysisk funktion	0,93	0,89	0,92	0,88	0,89	0,83
Fysisk betingede aktivitetsbegrænsning	0,89	0,75	0,85	0,77	0,82	0,76
Fysisk smerte	0,79	0,7	0,81	0,74	0,74	0,74
Almen helbred	0,78	0,69	0,75	0,73	0,73	0,69
Energi	0,70	0,47	0,59	0,56	0,59	0,52
Psykisk velbefindende	0,81	0,56	0,69	0,7	0,68	0,69
Psykisk betingede aktivitetsbegrænsning	0,89	0,62	0,66	0,7	0,72	0,6
Social funktion	0,92	0,61	0,75	0,78	0,79	0,79

*Tabellen viser de gennemsnitlige SF-36 score og det skal her erindres, at SF-36 scoren angiver selvoplevet funktion og velbefindende i funktion af det optimale (0 er dårligst, 1 er bedst).

Til sammenligning er i første kolonne indsat data fra det danske normalmateriale (*) omfattede mænd og kvinder 35-44 år fra den danske SF-36 manual (43).

Sammenlignet med et normalmateriale har undersøgelsespopulationen ved behandlingsstart et væsentligt dårligere selv vurderet helbred. Det er mest udtalt for psykisk velbefindende og psykisk betingede aktivitetsbegrænsninger samt oplevelse af social funktion og energifølelse. Opfattelsen af fysisk betingede begrænsninger er også lavere end den alderssvarende normalbefolkning, medens de øvrige fysiske funktioner og opfattelsen af almen helbred ikke adskiller sig væsentligt.

Generelt ses en mindre forbedring i selv vurderet helbredsopfattelse efter 3 –8 måneders behandling, og den forbedring er nogenlunde stabil under behandlingen, men når ikke på noget tidspunkt op på samme niveau som normalmateriale.

Med andre ord er der tale om en population med et kronisk dårligere selv vurderet helbred, som godt nok bliver noget bedre under behandling, men som stadig er dårligere end den alderssvarende normalbefolkning.

Fig.29: SF-36 Psykisk helbredsopfattelse

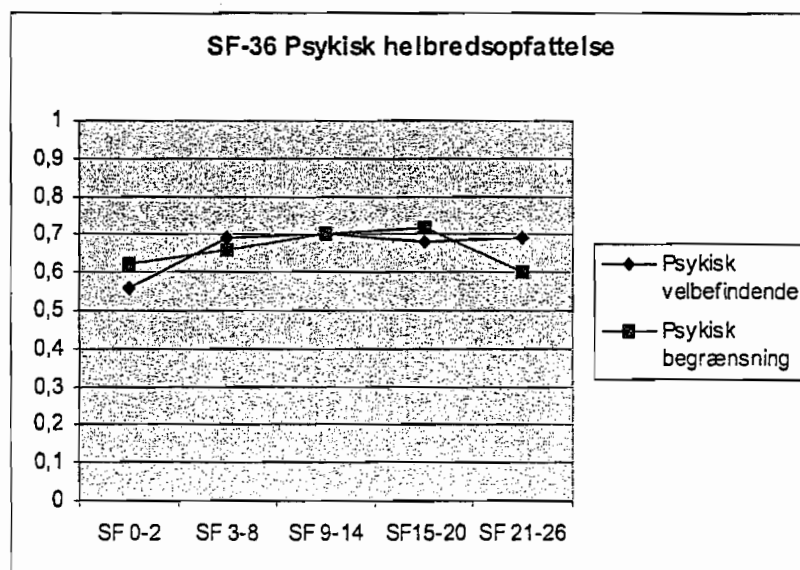


Fig. 30: SF-36 Fysisk helbredsopfattelse

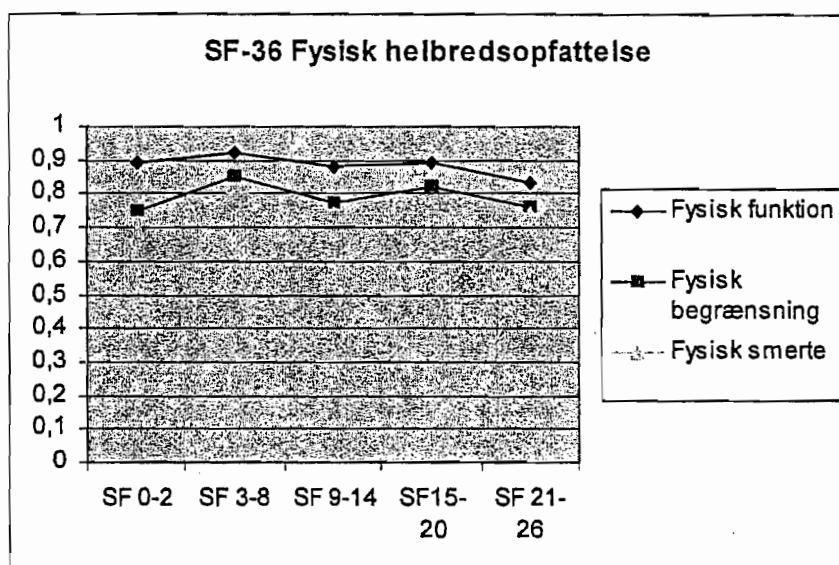
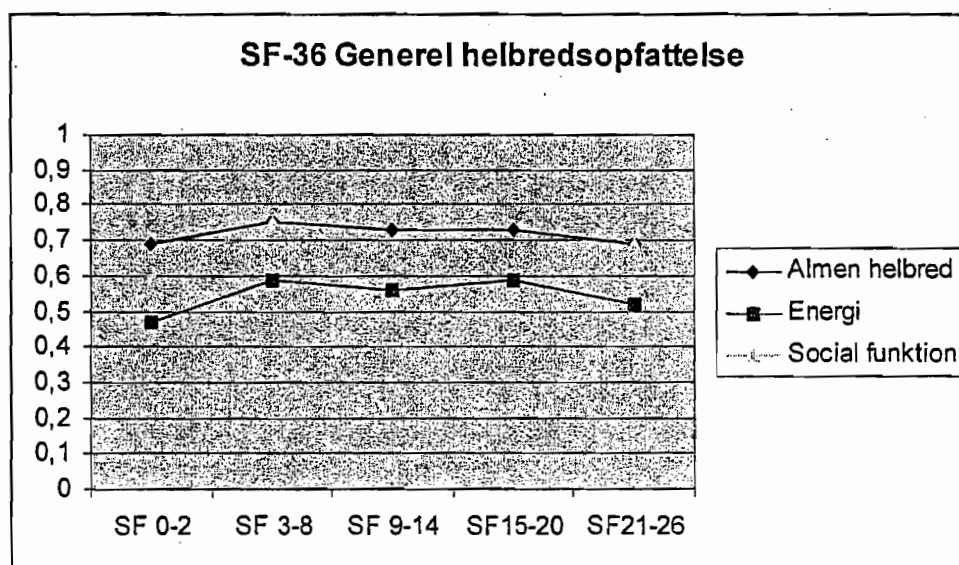


Fig. 31: SF-36 Generel helbredsopfattelse



Når man ser på resultater og ændringer i SF-36 score, så er det hensigtsmæssigt at vurdere andelen af de klienter, som indenfor den enkelte helbredsvariable, ligger under nederste 25 % percentil for normalområdet. Denne metode til at analysere data på ved at kategorisere klienterne i forhold til 25 % percentilen har fundet anvendelse før i en større amerikansk undersøgelse fra 2003 ved Morgan et al af helbredsrelateret opfattelse af livskvalitet hos 252 stofmisbrugere i ambulans behandling (44). Stofmisbrugere under 25 % percentilen opfattes

her som "impaired", dvs med en forringet helbredsrelateret opfattelse af livskvalitet og denne betragtning er også anvendt i denne undersøgelse

Tabel 23: SF-36 : Andel (%) med forringet helbredsrelateret livskvalitet (< 25 % percentil for normalområdet)

	SF 0-2 (95 % - sikkerhedsgr ænses)	SF 3-8	SF 9-14	SF 15-20	SF 21-26	SF 0-2/SF 9-14 K ² -test	P- værdier
Fysisk funktion	39 (28-52)	31	41	37	44	0,120	Ns
Fysisk begrænsning	39 (28-52)	30	36	40	48	0,147	Ns
Fysisk smerte	34 (23-36)	24	36	34	30	0,706	Ns
Almen helbred	43 (31-55)	32	43	45	42	-	
Energi	64 (52-75)	47	55	57	49	0,494	Ns
Psykisk velbefindende	73 (61-83)	51	53	66	53	8,182	<0,01
Psykisk begrænsning	53 (41-65)	51	47	58	56	0,429	Ns
Social funktion	76 (64-85)	58	49	52	37	26,576	<0,001

Som det fremgår af tabellen er der signifikant flere klienter end i normalbefolkningen med en forringet helbredsrelateret livskvalitet som ligger under nederste 25 % percentil for normalområdet.

Kun på området "fysisk smerte" afviger de ikke signifikant fra normalbefolkningen.

På de områder, hvor brugerne havde den ringeste livskvalitet; "psykisk velbefindende" og "social funktion" så man, som det fremgår af tabellen, signifikante forbedringer ($p < 0,01$ hhv. $p < 0,001$) efter 9-14 måneders behandling.

Der sås ingen signifikant ændring af den fysiske oplevede livskvalitet under behandlingen.

6.5 Leverede og dokumenterede ydelser.

Med brug af den i projektet udviklede ydelsesklassifikation er alle behandlingsydelser i videst muligt omfang dokumenteret i Den Elektroniske Brugerjournal. Som minimum har alle behandlere anført dato og ydelsesklassifikationen med den angivne nummerering, jf. kap. 5, afsnit 5.5

Med baggrund i, at ydelsesregistrering har været nyt og skulle indarbejdes i den almindelige arbejdsrutine, har det ved den endelige kortlægning af ydelserne været nødvendigt i et vist omfang retrospektivt at klassificere de dokumenterede ydelser. Gradvist har metoden vundet indpas i den almindelige arbejdsrutine og har givet behandlerne bedre mulighed for at fokusere og bevidstgøre den konkrete konfrontation med klienten og dermed definere behandlingsydelsen. Behandling adskiller sig fra uspecifik kontakt ved en bevidst planlagt påvirkning eller kommunikation med klienten, og denne tydeliggørelse er ydelsesklassifikationen medvirkende til.

Ydelserne kan groft deles op i konfrontationsydelser, dvs. behandlingsydelser, hvor man er i personlig kontakt med klienten og administrative behandlingsydelser, sagsbehandling.

I projektet er alle ydelserne manuelt optalt og indført i en database, som dels beregner ydelsesmønstre for den enkelte klient (se afsnit 5.5), dels beregner leverede ydelser for den samlede behandling i hele organisationen.

Ydelsesregistrering har flere perspektiver. I det individuelle behandlingsforløb kan det give behandleren en oversigt, f.eks. i forhold til antallet af planlagte kontakter med manglende fremmøde, hvor behandlingstygden er ydet, f.eks. overvejende ved sundhedsfaglige ydelser eller måske ved uspecifikke kontakter. På organisationsniveau fremkommer oplysninger som er vigtige for vurdering af behandlingsindhold og kvalitet og som også kan være værdifuld i forhold til arbejdstilrettelæggelse og økonomiske betragtninger. I projekt X-felt er registreringen indkørt hos behandlerne, og terminologien og indholdet for de enkelte ydelser anvendes rutinemæssigt f.eks. i behandlingsmøder. I forhold til kvalitetsudviklingsprocessen er ydelsesregistrering særdeles vigtig, og metoden har i takt med at den blev udviklet fundet

indpas her. Imidlertid har optælling og udvikling af databasen været en del af projektet og tidsmæssigt har processerne således ikke kunne køre samtidigt, men været noget forskudt.

På lidt længere sigt bør der fra central hold udvikles en database til ydelsesregistreringen som er direkte koblet til dokumentationen i Den Elektroniske Brugerjournal

Tabel 24: Leverede og dokumenterede behandlingsydelser

(Periode: 010802-311204; Undersøgelsespopulationen: 70)

Ydelsesnr	Ydelse	Antal leverede og dokumenterede ydelser	% af samlede ydelser	% af konfrontationsydelser	Ydelsesfrekvens (antal kalenderdage imellem ydelse)
2	Lægesamtale (plus indskrivning)	603	10	18	49
3	Sygeplejefaglig ydelse	398	7	12	72
4	Individuel rådgivning (IR) afholdt	1035	18	31	40
4.1	Kl. ikke mødt til IR, procedure afholdt	295	5		104
5	Individuel sagsbehandling (herunder recepter)	1750	30		21
5a	Behandlingsmøde	276	5		106
6	Specialtilbud	530	9	16	83
7	Brugerinddragelse	119	2	4	221
8	Uspecifik kontakt	641	11	19	63
Samlede antal ydelser		5847			
Heraf konfrontationsydelser (alle ydelser minus 4.1, 5 og 5a)		3326	57		
Gennemsnit antal ydelser pr klient for samlede antal indskrivningsdage		78			
Gennemsnit alle ydelser					6
Gennemsnit konfrontationsydelser					10

Med en samlet oversigt over de leverede og dokumenterede ydelser i undersøgelsesperioden på projektets 70 klienter fås et overordnet indtryk af de vigtigste behandlingsydelser, som

indgår i substitutionsbehandlingen. Tallene skal selvfølgelig sættes i relation til, at i et vist omfang er ikke alle ydelser registreret i henhold til intentionen og specielt de uspecifikke ydelser, som f.eks. den korte snak med klienten på trappen eller i gården er langt fra alle dokumenterede.

Det samlede ydelsesmønster viser, at behandlingsydelserne fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem sagsbehandling uden klientkontakt og konfrontationsydelser, sidstnævnte udgør 57 % af samtlige ydelser. Den forholdsmæssige rimelig store andel af administrative ydelser indbefatter også receptskriverier, som udgør ca. 1/3 af alle ydelser, men ydelsen viser klart den store mængde sagsbehandling i stofmisbrugsbehandlingen generelt. De sundhedsfaglige ydelser tegner sig for 30 % af de samlede konfrontationsydelser; lægesamtalerne udgør således 18 %, de sygeplejefaglige kontakter 12 %. Individuel rådgivning, som defineret i projektet, er af samme størrelsesorden som de samlede sundhedsfaglige ydelser, nemlig 31 %. Specialtilbuddene udgør 16 % og heraf udgør psykologisk afklaring og psykoterapeutiske behandlingsforløb ca. 40 %.

Egentlige brugeraktiviteter, såsom brugermøder og lign. udgør en relativ lille del, 4 %, af de samlede ydelser, men dette er ikke det samme som, at der i projektet ikke er arbejdet med brugerinddragelse. Brugerinddragelsen er i projektet bevidst formuleret som og praktiseret ved en behandling baseret på en respektfuld behandlingsalliance hvor klienten har stor medindflydelse og indsigt i egen behandling.

De ikke-planlagte kontakter af mere uformel karakter udgør en forholdsvis stor del af de samlede konfrontationsydelser, og de er givet ikke overdokumenterede. De kan ses som udtryk for en nem tilgængelighed for klienterne til behandlerne og det er også interessant at se, at de faktisk udgør 1/5 af de samlede ydelser. Dette må sige at være ganske specielt for den ambulante stofmisbrugsbehandling og vel næppe at finde i andre behandlingsformer f.eks. indenfor sundhedsvæsenet. Umiddelbart kunne et distriktspsykiatrisk ambulatorium være sammenligneligt, men man vil ikke finde den samme høje andel af uspecifikke kontakter. De uspecifikke kontakter skal ses i sammenhæng med den til tider høje grad af fremmøde i forbindelse med medicinering, men kan også ses som et udtryk for den

værestedskultur, som er en integreret del i opfattelsen af stofmisbrugsbehandlingen hos både klienter og behandlere.

Samlet set er der i gennemsnit 6 kalenderdage imellem at en klient modtager en hvilken som helst behandlingsydelse og 10 dage i gennemsnit imellem behandlingsydelserne. Da der er regnet i kalenderdage og ikke fraregnet weekend –lukning og ferie/helligdage, svarer det nogenlunde til en konfrontationsydelse 1 x ugentlig.

Behandlingsydelser sat i relation til behandlingsresultater.

For at analysere og vurdere behandlingens effekt har vi forsøgt at sætte antallet af behandlingsydelser i relation til de grupper, som ved EuropASI-målingerne for fysisk og psykisk belastning er rubriceret som responders og non-responders . Her fandtes ingen signifikant forskelle mellem grupperne og de leverede ydelser. Dette skal dels ses med baggrund i det begrænsede antal klienter, dels, som også tidligere nævnt, skal det ses som udtryk for, at behandlingseffekt og ydelser ikke direkte kan sættes i relation til EuropASI-score.

6.6 Medicindoser, fordeling metadon/buprenorfin, medicinfri

Tabel 25: Oversigt over substitutionsbehandlingen.

	2003	2004	2005
	Metadon dosis i mg	Metadon dosis i mg	Metadon dosis i mg
Median	70	80	80
Interkv. spv	50-80	50-95	50-100
BUP/Metadon (%)	18%	16%	16%
	BUP	BUP	BUP
Middeldosis (mg)	12	12	8
	Medicinfri	Medicinfri	Medicinfri
Andel (%)	8	8	10

Som beskrevet, så har intentionen og praksis for substitutionsbehandlingen i projektet haft to overordnede principper:

- Høj grad af brugerindflydelse på dosis og brugervenlig udleveringspraksis
- Så mange som muligt i buprenorfinbehandling

Med hensyn til metadondosis , så har denne praksis hverken medført højere doser end hvad man gennemsnitlig finder på de københavnske rådgivningscentre, og i betragtning af klientellet i undersøgelsen også er repræsenteret af en del klienter som kan sammenlignes med ambulatorie-klientellet, så må metadondosis siges at være særdeles acceptabel. Størrelsen af dosis over tid er også meget stabil.

Andelen i BUP behandling er større ned end vanligt , landsgennemsnittet ligger noget under på ca. 10 %. Den gennemsnitlige dosis er inden for det anbefalede terapeutiske dosisinterval.. Produktionen af stoffri, dvs klienter nedtrappet og i en form for medicinfri efterbehandling, er stabil 8-10 %.

Kapitel 7: Resultater af kvalitetudviklingsprocessen

7.1 Kvalitetsmål 1: Øget livskvalitet

Resultatmål:

Reduktions i fysisk og psykisk belastning:

I: > 60% reducerer deres fysiske og psykiske EuropASI belastning med >40% efter 12 måneders behandling.

A1: EuropASI psykisk belastning:

Gennemsnitlige composites score psykisk helbred.

Ved indskrivningen: 0,23

Efter 12-14 måneder i behandling: 0,12

Tabel 26: Ændring (%) i psykisk belastning fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	47
Andel reduktion total	58
Andel reduktion > 40 %	50
Andel øgning total	42
Andel øgning > 40 %	31
Andel ingen ændring	0
Andel ingen psyk belast ASI 0-2 og ASI 12-14	19

(reduktion = mindre belastning = bedring i psykisk helbred; øgning = større belastning = forværring i psykisk helbred)

En forbedring på mindst > 40 % , svarende til en forbedring i psykisk helbred, vurderet ved gennemsnitlige EuropASI score hos > 60 % er *ikke* opnået.

Resultatmålet er således, at der kun ses en reduktion i psykisk belastning på > 40 % hos 50 %.

Hvis man inddeler populationen i henhold til:

Responders = reduktion >40 % i psykisk belastning

Non- responders = ingen ændring eller øgning i psykisk belastning

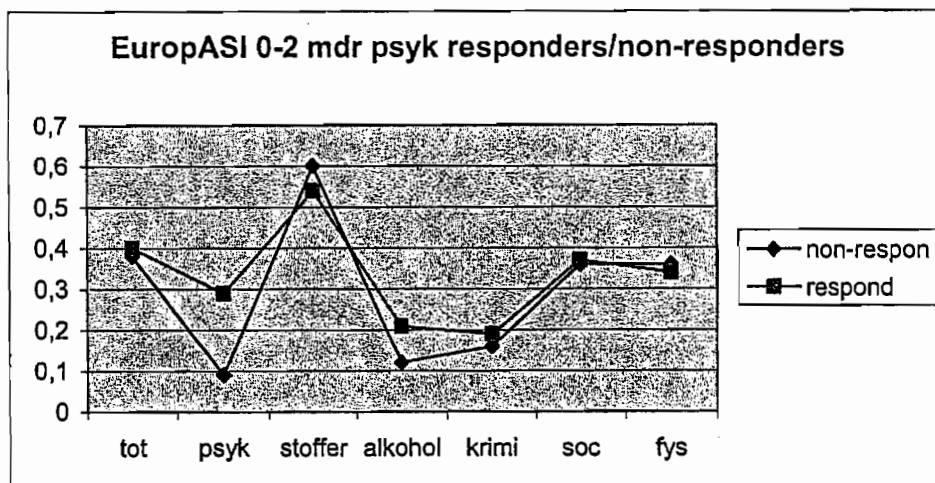
så kan man sammenligne EuropASI belastninger for de to grupper ved indskrivning og efter 12 – 14 måneders behandling:

Tabel 27 :Karakteristik af psykiske responders/non reponders

	Alder	Kvinder (%)	Anden etnisk herkomst	Tidl beh for stofmisbrug
Responders	39	23	23	69
Non responders	36	25	25	75

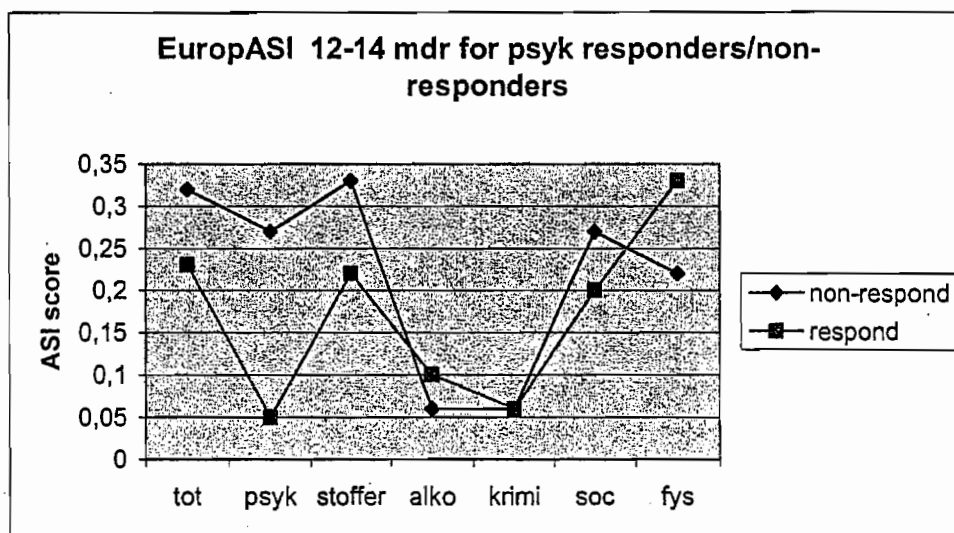
Grupperne adskiller sig stort set kun ved, at der er flere som tidligere har været i behandling blandt non-responders, ellers er de stort set ens.

Fig.32 : EuropASI belastning ved indskrivning for hhv. psykiske responders og non-responders



Alkoholbelastningen er større hos responders end non-responders. Den samlede EuropASI belastning afviger ikke markant mellem de to grupper, ej heller på de øvrige variable.

Fig.33: EuropASI belastning efter 12-14 mdrs. behandling for hhv. psykiske responders og non-responders



Den samlede EuropASI-belastning efter 12-14 måneders behandling er størst hos non-responders på hhv. 0,32 mod responders på 0,23, og stofbelastningen er også størst hos non-responders på 0,33 mod 0,22 hos responders. De psykiske responders ses herudover at have en større fysisk belastning på 0,33 i forhold til non-responders på 0,22

Med respekt for dels det begrænsede antal klienter i grupperne og dels EuropASI's ikke direkte relation til behandlingseffekt, så kan man af værdierne her se, at som udgangspunkt var non- responders mere alkoholbelastede, men ellers kunne man ikke adskille grupperne ved indskrivning. Ved opfølgning efter 12-14 måneders behandling er stofbelastningen samt den fysiske belastning størst hos non-responders.

Metoden kan med fordel videreudvikles og medvirke til overvejelser f.eks. vedrørende behandlingstilrettelæggelse , men som anført under kap. 6 , er anvendelsen af de enkelte variable, såsom antal dage, formentlige meget nemmere og mere direkte anvendelige og vil ligeså vel kunne relateres til behandlingseffekt.

A2: Antal dage med psykiske problemer:

Gennemsnitlig antal dage med psykiske problemer:

Ved indskrivningen: 12 dage

Efter 12-14 måneders behandling: 4 dage

Tabel 28: Ændring (%) i antal dage med psykiske problemer fra ASI 0-2 til ASI 12-14.

Middel reduktion	69
Andel reduktion total	75
Andel reduktion > 40 %	70
Andel øgning	20
Andel uændret	5
Andel uden psyk. probl ASI 0 og ASI 12	38

Når man anvender antal dage med psykiske problemer i stedet for EuropASI belastningen, så finder man at resultatmålet er opnået, idet der hos 70 % ses en reduktion på > 40 % i antal dage med psykiske problemer.

B1: EuropASI fysisk belastning:

Gennemsnitlige EuropASI score fysisk helbred:

Ved indskrivning : 0,36

Efter 12-14 måneder i behandling: 0,33

Tabel 29: Ændring (%) i fysisk belastning fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	12
Andel reduktion total	41
Andel reduktion > 40 %	40
Andel øgning total	56
Andel øgning > 40 %	52
Andel uændret	3
Andel ingen fysisk belast ASI 0 og ASI 12	16

(reduktion = mindre belastning = bedring i fysisk helbred; øgning = større belastning = forværring i fysisk helbred)

Som det fremgår af tabel X er resultatmålet *ikke* opnået målt ved EuropASI score fysisk helbred, da der kun ses en reduktion i fysisk belastning på > 40 % hos 40 %.

Hvis man igen inddeler populationen i henhold til:

Responders = reduktion > 40 % i fysisk belastning

Non -responders = ingen ændring eller øgning i fysisk belastning

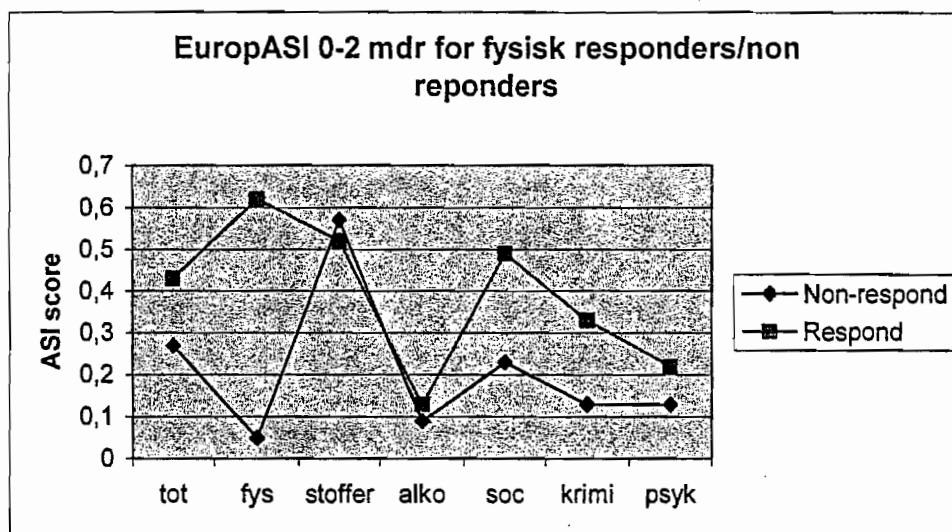
så kan de to grupper karakteriseres som vist i tabel X

Tabel 30: Karakteristik for fysiske responders/non-responders

	Alder	Kvinder %	Anden etnisk herkomst	Tidl beh for stofmisbrug
Responders	33	10	10	70
Non-responders	35	31	23	69

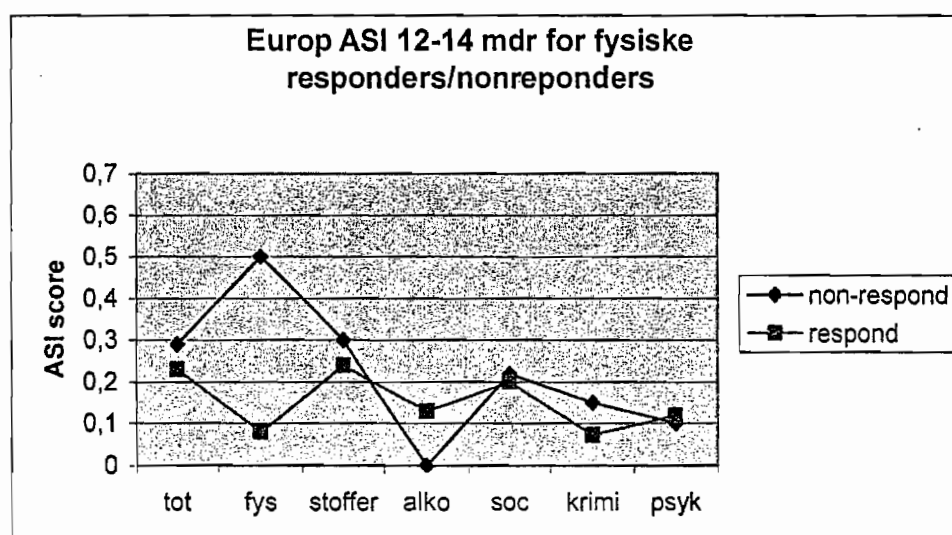
Der ses tydelige forskelle mellem fysiske responders og non- responders, således findes en højere andel af kvinder samt relativ flere af anden etnisk herkomst blandt non- responders, også i forhold til de generelle karakteristika for hele undersøgelsespopulationen

Fig. 34: EuropASI belastning ved indskrivning for hhv. fysiske responders og non-responders



Igen med forbehold for det begrænsede antal klienter i disse grupperinger så ses det, at de fysiske responders samlet set er mere belastede ved udgangspunktet, ligeledes mere socialt, kriminelt og psykisk belastede. Rusmiddelbelastningen er den samme i de to grupper.

Fig. 35: EuropASI belastning efter 12-14 mdr. s behandling for hhv. fysiske responders og non-responders



Ved opfølgning efter 12-14 måneders behandling udjævner forskellene sig, her ses kun markant forskel i forhold til alkohol, hvor de fysiske responders er noget mere belastede.

B2: Antal dage med fysiske problemer:

Gennemsnitlig antal dage med fysiske problemer:

Ved indskrivning: 1 dag

Efter 12-14 måneders behandling: 9 dage

Tabel 31: Ændring (%) i antal dage med fysiske problemer fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	30
Andel reduktion total	45
Andel reduktion > 40 %	45
Andel forværring	45
Andel uændret	10
Andel ingen fysiske probl. ved ASI 0 og ASI 12	31

Resultatmålet vurderet ved antal dage med fysiske problemer er *ikke* opnået, da kun 45 % har reduceret antallet af dage med fysiske problemer med > 40 %.

Sammenfatning for EuropASI fysisk og psykisk belastning:

I forhold til kvalitetsmålet : > 60 % reducerer deres fysiske og psykiske EuropASI belastning med > 40 % efter 12 måneders behandling, er de samlede resultater:

Tabel 32: Ændring i fysisk og psykisk belastning

	Andel med > 40 % reduktion
Psykiske EuropASI belastning	50 %
Antal dage med psykiske problemer	70 %
Fysiske EuropASI belastning	40 %
Antal dage med fysiske problemer	45 %

II: > 60 % forbedrer deres selvvaluerede helbred vurderet ved SF-36 score med > 40 % efter 12 måneders behandling

Efterhånden som vi i undersøgelsen blev mere opmærksomme på forskellighederne ved EuropASI og SF-36 målemetoderne, blev det klart, at man ikke kunne anvende de samme kriterier for graden eller størrelsen på den forventede ændring.

Tabel 33: SF-36 score: Andel < 25 % percentil ("andel forringede i forhold til normalfunktion") samt den relative ændring i forhold til ved indskrivning og efter 12-14 måneders behandling

	SF 0-2	SF 9-14	Ændring (SF 0-2-SF 9-14)/SF-0-2
Fysisk funktion	39	41	5 % flere
Fysisk begrænsning	39	36	8 % færre
Fysisk smerte	34	36	6 % flere
Almen helbred	43	43	0
Energi	64	55	15% færre
Psykisk velbefindende	73	53	27 % færre
Psykisk begrænsning	53	47	11% færre
Social funktion	76	49	36 % færre

I tabellen fremstår i de to første kolonner andelen af klienter med forringet selv vurderet helbredsopfattelse inden for de enkelte variable og i sidste kolonne den relative ændring.

Fremover ved en udbredelse i anvendelsen vil der formentlig kunne udvikles nogle evidensbaserede kvalitetsmål i forhold til den helbredsrelaterede livskvalitet målt med SF-36 hos denne målgruppe, men aktuelt findes ikke evidensbaseret resultater at forholde sig til. Litteraturen giver kun SF-36 data på stofmisbrugere enten ved indskrivning i behandling eller fra en anden undersøgelse, hvor dels den undersøgte gruppe af stofafhængige ikke er sammenlignelig med aktuelle population, dels er opfølgning kun foretaget ca. 3 måneder efter behandlingsstart (44,45).

Til gengæld er det særdeles interessant at have et normalmateriale at forholde sig til jf. tidl. Kapitel 6, hvilket i sagens natur ikke er indbygget i EuropASI.

7.2 Kvalitetsmål 2: Øget social integration

Resultatmål:

A: Mindst 20 % flere i selvstændig bolig (SB) eller på lejet værelse (LV) efter 12 måneders behandling:

Tabel 34: Andel i selvstændig bolig (SB) eller på lejet værelse (LV) efter 12 mdr.s behandling.

	ASI 0-2	ASI 12-14	ASI 15-20	ASI 21-26	ASI 27-30
Andel SB+LV	61	66	78	77	91
Ændring %		8	28	26	49

Resultatmålet er *ikke* opnået efter 12 måneders behandling, men først efter 15-20 måneders behandling er 28 % flere kommet i selvstændig bolig eller på lejet værelse

B: < 5 % bor på gaden eller har ingen bolig efter 12 måneders behandling:

Tabel 35: Andel på gaden eller ingen bolig efter 12 mdr.s behandling

	ASI 0-2	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26	ASI 27-30
Andel GADEN (%)	3	0	0	0	0

Resultatmålet er opnået, idet 3 % bor på gaden ved opstart i behandling og herefter ingen.

C: > 30 % af dem som ikke får pension har en aktiv beskæftigelses-status efter 12 måneders behandling.

Tabel 36: Andel udenfor arbejdsmarked hhv lønindtægt/pension

	ASI 0-2	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26	ASI 27-30
Udenfor arbejdsmarked (%)	77	85	83	77	67
Lønindt. + pension (%)	21	16	17	26	33

(Udenfor arbejdsmarked: Kontanthjælp, revalidering, aktivering, familie-venner; Lønindtægt: Lønindtægt, dagpenge, sygedagpenge; Pension: Førtidspension, folkepension.)

Resultatmålet opnås *ikke*. Derimod ses, at andelen udenfor arbejdsmarkedet stiger 10 % efter 12 måneders behandling og andelen med lønindtægt/pension efter 12 måneders behandling

falder tilsvarende. Stigningen i andelen med løn og pension efter 21-26 måneders behandling skyldes en stigning i antallet på førtidspension.

7.3 Kvalitetsmål 3: Reduktion af misbrug.

Resultatmål

- >75 % af klienterne reducere deres misbrug af heroin med > 50 % efter 12 måneders behandling

A. ASI score stoffer:

Gennemsnitlige EuropASI score stoffer:

Ved indskrivning: 0,48

Efter 12-14 måneders behandling: 0,25

Tabel 37: Ændring (%) i stofbelastning fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	47
Andel reduktion total	84
Andel reduktion > 50 %	63
Andel forværring	9
Andel uændret	3

Ved EuropASI stof-score ses, at den samlede stofbelastning reduceres med > 50 % hos 63 % efter 12 måneders behandling, så ud fra EuropASI stofbelastning er resultatmålet *ikke* opnået. Imidlertid er ASI stof- score et udtryk for den samlede rusmiddelbelastning, jvf. tidl. , og således ikke et direkte et udtryk for heroinmisbruget.

B. Antal dage heroinmisbrug:

Gennemsnitlige antal dage heroinmisbrug:

Ved indskrivning: 19 dage

Efter 12-14 måneders behandling: 2 dage

Tabel 38: Ændring (%) i antal dage med heroinmisbrug fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	88
Andel reduktion total	94
Andel reduktion > 50 %	91
Andel forværring	0
Andel uændret	6

Resultatmålet er opnået, idet der hos 91 % ses en reduktion i antal dage med heroinmisbrug på > 50 %.

C. Antal dage injektion:

Gennemsnitlige antal dage med injektion

Ved indskrivning: 8 dage

Efter 12-14 måneders behandling: 1 dag

Tabel 39: Ændring (%) i antal dage med injektion fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	98
Andel reduktion total	100
Andel reduktion > 50 %	100
Andel forværring	0
Andel ingen inj ASI0 /ASI 12	53

Resultatmål er opnået; 53 % har intet injektionsmisbrug. Af dem der injicerer, reducerer alle antal dage med injektion i gennemsnit med 98 % og alle reducerer antal dage med injektion med > 50 %.

7.4 Kvalitetsmål 4: Reduktion i kriminalitet.

Resultatmål:

- >75 % af klienterne reducerer deres gennemsnitlige kriminalitetsbelastning med > 40 % efter 12 måneders behandling.

A. EuropASI score kriminalitet:

Gennemsnitlige EuropASI score kriminalitet

Ved indskrivning: 0,26

Efter 12- 14 måneders behandling: 0,08

Tabel 40: Ændring (%) i kriminalitetsbelastning fra ASI 0-2 til ASI 12-14

Middel reduktion	70
Andel reduktion total	85
Andel reduktion > 40 %	77
Andel forværring	12
Andel uændret	0
Andel ingen krim.ASI 0 og ASI 12	19

Resultatmålet er opnået, da 77 % af klienterne reducerer deres kriminalitetsbelastning med > 40 % efter 12 måneders behandling.

B. Antal dage illegal aktivitet

Gennemsnitlige antal dage med illegal aktivitet:

Ved indskrivning: 11 dage

Efter 12 –14 måneders behandling: 2 dage

Tabel 41: Ændring (%) i antal dage med illegal aktivitet fra ASI 0-2 til ASI 12-14:

Middel reduktion	100
Andel reduktion total	77
Andel reduktion > 50 %	77
Andel forværring	17
Andel ingen ill. aktiv. ASI 0 /ASI 12	34

Resultatmålet er opnået idet 77 % reducerer antal dage med illegal aktivitet med > 50 %. I gennemsnit findes 100 % reduktion i antal dage med illegal aktivitet.

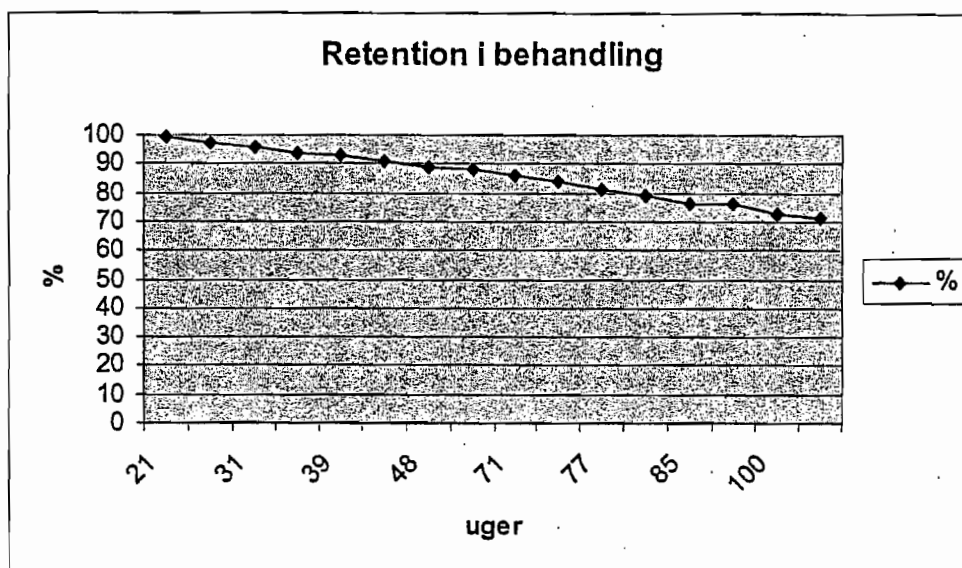
7.5 Kvalitetsmål 5: Fastholdelse i behandling.

Resultatmål:

- Ikke-planlagte behandlingsophør < 20 % i løbet af 12 måneder

Kvalitetsmålet er opnået: Af figuren nedenfor over retention i behandling ses, at sandsynligheden for forsat at være i behandling efter 12 måneder er 88 % ⇔ 12 % ikke-planlagte behandlingsophør.

Fig. 36: Retention i behandling:



7.6 Standardydelse 1: EuropASI/SF36 interview.

Resultatmål:

- 75 % af alle klienter gennemfører ASI/SF-36 interview hver 3. måned

Resultat:

Som det fremgår af tabellen viser svarprocenten, at højst 54-64 % får udfærdiget ASI/SF-36 interview hver 3 måned.

Resultatmålet er således *ikke* opnået.

Tabel 42: Interview i 3 mdr. s interval

	ASI 0-2	ASI 3-5	ASI 6-8	ASI 9-11	ASI 12-14	ASI 15-17	ASI 18-20	ASI 21-23	ASI 24-26
Mulige interv.	70	68	62	58	50	47	36	28	24
Udførte interv.	70	37	32	32	32	28	20	14	13
SV %	100	54	56	55	64	60	56	50	54

Når intervallet imidlertid forlænges til 6 måneder, ses en svarprocent på mellem 74-92 %:

Tabel 43: Mindst 1 interview i 6 mdr. s intervaller

	ASI 0-2	ASI 3-8	ASI 9-14	ASI 15-20	ASI 21-26
SV %	100	74	86	89	92

7.7 Standardydelse 2: Behandlingsplan.

Resultatmål:

- 1. 90 % af alle klienter får lavet en behandlingsplan indenfor 4 uger efter indskrivning**
- 2. 75 % af alle klienter får revideret deres behandlingsplan på behandlingsmøde hver 3. måned**

Resultat:

Logistikken og dokumentationspraksis vedrørende ydelserne 4.3 "Etablering af behandlingsplan" og 4.3.1 "Opfølgning af behandlingsplan" har været mangelfuld, hvorfor udelukkende registrering ved ydelsesklassifikationen ikke har været mulig. Imidlertid ved gennemgang af journalnotater findes følgende resultater:

Ad 1)

43 % har fået udfærdiget behandlingsplan indenfor 30 dage

75 % har fået lagt behandlingsplan indenfor 38 dage

Resultatmålet er således *ikke* opfyldt

Ad 2)

Alle klienters behandlingsplan har været på behandlingsmøde hver 3. måned i henhold til et fast rulleskema, som den ansvarlige for behandlingsmøde har været tovholder på. På det elektroniske fællesdrev har behandlerne kunne se tidsplanen for revision af behandlingsplanerne.

Resultat:

90 % af alle indskrevne klienters behandlingsplan er således revideret i henhold til dette rulleskema

Ved gennemgang af ydelsesregistreringen for ydelse 5a findes en gennemsnitlig ydelsesfrekvens på 106,5 kalenderdage, hvilket i praksis er i overensstemmelse med det ønskede interval på 3 måneder

Resultatmålet er således opfyldt

7.8 Standardydelse 3: Social handleplan.

Resultatmål:

- **75 % af alle klienter indskrevet i behandling mere end 2 måneder har fået udfærdiget den sociale handleplan**

Resultat:

82 % får udfærdiget en social handleplan

18 % har aldrig fået udfærdiget en social handleplan.

Tidsrammen:

I gennemsnit går der 276 dage, median 241 dage, før klienterne får udfærdiget den sociale handleplan.

Hos 19 % af dem der har fået udfærdiget social handleplan, er den sociale handleplan udfærdiget indenfor 2 måneder.

Opfølgning:

Hos 40 % af dem der har fået udfærdiget en social handleplan, er der udført opfølgning 6 måneder efter.

Resultatmålet er *ikke* opfyldt

7.9 Standardydelse 4: Individuel rådgivning (IR)

Resultatmål:

- **60 % af IR afholdes som planlagt hver 14. dag (eller i henhold til anden systematik aftalt på behandlingsmøde)**

Ved brug af beregninger i databasen for ydelsesregistreringen så findes, at 64 % af de individuelle rådgivningssamtaler afholdes indenfor 21 kalenderdage i henhold til den fastlagte strukturen, hvilket er rimeligt i overensstemmelse med det satte mål "hver 14. dag". Da kvalitetsmålene blev sat, var ydelsesregistreringsdatabasen endnu ikke udviklet og tællemetoderne ikke forudseende i forhold til arbejdsdage og kalenderdage. Fremover vil nøjagtige tidsmål kunne sættes og operationaliseres i forhold til mål og teknik.

Resultatmålet må betragtes som opfyldt.

7.10 Standardydelse 5: HIV/hepatitis program.

Resultatmål:

- **Mindst 80 % af alle klienter i Projekt X-felt bliver serologisk udredt**
- **Mindst 60 % af alle hepatitis B antistof negative gennemfører vaccinationsprogram**

For denne standardydelse er anvendt data fra alle klienter indskrevet i projektet for hele projektperioden august 2002-februar 2005.

Antal klienter: 98

Alle klienter er henvist til blodprøvetagning primært på Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPL) i Pilestræde, alternativt på VIP-klinikken på Bispebjerg Hospital eller i samarbejde med H:S, fængselsvæsenet eller Specialinstitutionen på Forchammersvej. 85 % af blodprøverne er foretaget på KPL

75/98 (77%) har fået foretaget serologisk udredning.

Tabel 44: Forekomst af Hepatitis B antistof (HBV ab), Hepatitis C antistof (HCV ab) og Hiv antistof (Hiv ab).

Serologiske markører	Prævalens (%)
HBV ab neg	75
HBV ab pos	25
HBV ukendt	7
HCV ab neg	45
HVC ab pos	55
HVC ukendt	8
Hos de 38 HVC ab pos er udført HCV RNA-us hos 21:	
HVC RNA pos	86
HVC RNA neg	14
Hiv ab pos	6
Hiv ab neg	94
Hiv ab ukendt	4
I undersøgelsespopulationen på 70 har 27 opgivet at have injiceret de sidste 30 dage før indskrivning i behandling. Hos de 27 injektionsmisbrugere findes:	
HBV ab pos	39
HBV ab ukendt	14
HCV ab pos	91
HCV ab ukendt	18
Hiv ab pos	8
Hiv ab ukendt	7

Tabel 45 : Vaccination mod hepatitis B med inj Engerix B til tiden 0, 4 uger og 6 måneder:

Tilbudt vacc. (%)	Gennemført vacc.program (%)	Ikke gennemført vacc.program (%)	Afslået tilbud om vaccination (%)	Pågående vaccination (%)
98	73	15	6	6

Partnervaccination:

4 partnere til hepatitis B positive klienter har gennemført vaccinationsprogram mod hepatitis B.

7.11 Standardydelse 6: Forebyggelse af uønsket graviditet og seksuelt overførbare sygdomme.**Resultatmål:**

- > 50 % af kvinderne er i behandling med relevant antikonception
- > 50 % af kvinderne har fået foretaget undersøgelse for underlivsinfektioner(STD) og livmoderhalscelleforandringer (smear).

Data for denne standardydelse omfatter alle kvinder indskrevet i projektet for hele projektperioden august 2002 - april 2005. 25 kvinder har været indskrevet i perioden.

84 % har fået foretaget gynækologisk anamnese inkl. vurdering af relevant antikonception (AC) ved første lægesamtale. At der ikke foreligger en gynækologisk anamnese på 16 % skyldes primært, at dette endnu ikke var indkørt rutinemæssigt ved lægesamtalen i forbindelse med indskrivning af de 4 første kvinder i projektet. Efterfølgende har alle kvinder rutinemæssigt fået foretaget en gynækologisk anamnese ved første lægesamtale i forbindelse med indskrivning i behandling.

29 %(7/24) var i behandling med relevant antikonception ved indskrivningen, 1 var menopausal.

Af dem som ikke var i relevant AC behandling, fik 47 % nyordineret AC ved indskrivning i behandling. 1 blev henvist til blodprøveundersøgelse for hormonstatus og blev konstateret menopausal.

74 % var således enten allerede i relevant AC behandling eller fik iværksat AC behandling i forbindelse med indskrivning. 5 har fået p-sprøjter, 2 p-piller, 1 IUD (spiral), 1 sterilisation. I

Projekt X-felt er ikke udført gynækologisk undersøgelse og heller ikke oplæggelse af IUD. Sidstnævnte er foregået efter henvisning hos praktiserende speciallæge.

Fortsat relevant AC behandling ved opfølgning hhv. 3, 6, 9 og 12 mdr efter indskrivning er fundet hos hhv 69, 77, 66 og 77 % af de indskrevne kvinder. Der er ikke forekommet graviditeter i projektets løbetid.

Det er kun lykkedes at få foretaget gynækologisk undersøgelse hos 42 % af kvinderne: 6 ved henvisning til VIP-klinikken på Bispebjerg Hospital, 1 ved henvisning til gynækologisk speciallæge og 1 i H:S i forbindelse med sterilisatio. Alle har fået tilbuddet og alle har fået tilbudt følgeskab af kontaktperson / sygeplejerske til undersøgelsen som har været benyttet i ca. halvdelen af tilfældene. 2 har fået lavet gentagne aftaler med VIP-klinikken eller er blevet henvist til praktiserende gynækolog uden resultat.

Ligeledes er det kun 40 % af kvinderne, der har fået foretaget en smear-undersøgelse indenfor de sidste 3 år. I Projekt X-felt fik således 6 foretaget smear-us på VIP-klinikken, 2 hos praktiserende speciallæge, 2 havde fået foretaget smear hos egen læge højst 1 år før indskrivning.

28 % fik foretaget undersøgelse for seksuelt overførte underlivsinfektioner.

Tabel 46: Status for prævention, gynækologisk undersøgelse, smear og STD

Ydelse	Andel
Gynækologisk/graviditets anamnese ved indskrivning	84 %
Antikonception ved indskrivning	29 %
Nyordineret antikonception ved indskrivning	47 %
I alt relevant antikonception	74 %
Gynækologisk undersøgelse	44 %
Smear	40 %
STD	28 %
AC i orden ved opfl 3 mdr	69 %
AC i orden ved opfl 6 mdr	77 %
AC i orden ved opfl 9 mdr	66 %

AC i orden ved opfl 12 mdr	77 %
Antal graviditeter	0

Resultatmålet er opnået i forhold til at 74 % er i kommet i relevant AC behandling i forbindelse med indskrivning i projektet og at 66-77 % fortsat er i relevant AC behandling ved opfølgningerne.

Et umiddelbart resultat heraf kan meget vel være, at der ikke i projektets løbetid er forekommet uønskede graviditeter hos de 23 kvinder, der potentielt kunne blive gravide.

Resultatmålet er derimod ikke opnået i forhold til foretagelse af gynækologisk undersøgelse med smear og undersøgelse for STD. 44 %, mod forventet 50 %, har fået foretaget gynækologisk undersøgelse, og hhv. 40 % og 28 % har fået foretaget smear og undersøgelse for STD.

Kapitel 8: Konklusion

Hidtil har effekten af stofmisbrugsbehandling været bedømt ud fra paradigmet om "helbredelse", og oftest har behandlingseffekten været vurderet 6-12 måneder efter udskrivelse fra stoffri døgntilrettelæggelse. Disse follow-up undersøgelser forudsætter et positivt udfald af behandlingen, altså opnåelse af stoffrihed, og kan give svar på spørgsmål som "Hvor lang tid holder den positive effekt af behandlingen" i forhold til recidiv i stofmisbrug, kriminalitet mm. Denne slags vurderinger kan give et rimeligt estimat på effekten af døgntilrettelæggelse, hvor de evaluerede behandlingsforløb oftest vil være af nogenlunde samme intensitet og begrænsede varighed

Når man anskuer stofmisbrug som en længerevarende, evt. kronisk, tilstand præget af hyppige recidiv og stofmisbrugsbehandling som en længerevarende, til tider kronisk behandlingsform, hvor effekten af behandling er relateret til retention i behandling, så er det klart mere meningsfuldt at se på behandlingseffekten *under* behandlingen

I ambulant behandling, incl. den ambulante substitutionsbehandling, kan man ikke forvente den samme grad af stoffrihed – der vil være stoffer i omgivelserne, der vil ofte være tale om et vist sidemisbrug, og man kan nødvendigvis heller ikke altid forvente, at der sker konstante fremskridt i behandlingen. Tid i behandling er heller ikke afgrænset på samme måde som i døgnbehandling

De samme markører for behandlingseffekt, som anvendes i relation til ”helbredelse”, kan imidlertid med fordel også anvendes i den ambulante substitutionsbehandling. Behandlingseffekt skal således ses i forhold til udgangsværdierne for disse markører/variable ved behandlingsstart og ved ændringer heri ved regelmæssige vurderinger under behandlingen. Den kontinuerlige vurdering af behandlingseffekt i forhold til fastlagte fokusområder for behandlingen er grundlaget for effektmåling af behandling indenfor andre kroniske tilstande som f.eks skizofreni, mani-depressive sygdomme, sukkersyge, hypertension og astma.

Disse betragtninger har været grundlaget for tilrettelæggelsen af behandlingen i Projekt X-felt, og har udgjort fundamentet for at yde en professionel behandling af rimelig kvalitet. I den seneste internationale litteratur indenfor stofmisbrugsbehandling omtales metoden af McLellan-gruppen som ”concurrent recovery monitoring” og den anbefales som et nødvendigt ”must” i den fremtidige stofmisbrugsbehandling (69). Men erfaringer hermed har indtil nu været sparsomme, og erfaringerne fra Projekt X-felt er således et væsentligt skridt i denne retning

Relevante mål og markører for effekt af stofmisbrugsbehandling, både i forhold til døgnbehandling og ambulant behandling, er de velkendte:

1. Retention i behandling (herunder aktiv deltagelse i behandling)
2. Reduktion af stofmisbrug
3. Forbedret fysisk og psykisk livskvalitet
4. Forbedret social funktion
5. Reduktion i kriminalitet
6. Reduktion af samfundsbelastninger (f.eks spredning af misbrugsrelaterede infektioner, ”nuisance”, ulykker, uønskede graviditeter mm.)

Ved hjælp af standardiserede interviewmetoder, som f.eks. de her i projektet anvendte spørgeskemaer EuropASI og SF-36, opnås en sammenlignelig og reproducerbar indhentning af data på disse områder.

Kontinuerlig monitorering af ændringer i disse markører er også fundamentet for at kunne kvalificere og retningsgive behandlingsindsatsen, og er ydermere en forudsætning for at kunne implementere en kvalitetssikring af behandlingen.

En kontinuerlig og systematisk vurdering af behandlingseffekten har flere fordele:

- På det administrativ/politiske niveau giver metoden en mere præcis og effektiv evaluering af behandlingstiltagene ved at kunne vurdere ændringer hos de behandlede i forhold til ønskede sundhedsmæssige (f.eks. infektioner, psykisk helbred) og sociale (f.eks. kriminalitet, hjemløshed, overførselsindkomster) behandlingsmål.
- I praksis giver metoden behandlerne et relevant grundlag for behandlingstilrettelæggelsen
- Den giver en forskningsmæssig mulighed for at sammenligne forskellige behandlinger
- Den giver mulighed for at sætte rimelige mål for behandlingseffekt. Det er rimeligt at administratorer og politikere kan forvente, at man i behandlingen opfylder disse mål og at effekten holder, så længe man er i behandling. Mål for behandlingseffekt kan retningsgive behandlingen både for klienter og behandlere og er grundlag for justering af praksis i forhold til en acceptabel kvalitet.

I den traditionelle evaluering af stofmisbrugsbehandlingen er evaluatoren typisk en ekstern forsker, uafhængig af behandlingssystemet. Når man i selve behandlingen, som i dette projekt, anvender en systematisk kontinuerlig monitorering af behandlingseffekt i forhold til udvalgte variable, er det behandleren, der er evaluatoren.

Forudsætninger for at anvende metoden i stofmisbrugsbehandlingen er:

- Kontinuerlig behandlingskontakt mellem klient og behandler
- At klienten ikke begrænses i sin behandling og kan udvise både positiv og negativ adfærd i behandlingen.

Metoden er således bedst egnet i ambulant behandling, hvor der ikke er en fast grænse for behandlingsvarighed og hvor behandlingsintensiteten er varierende afhængig af symptomer.

Projekt X-felt har i behandlingstilrettelæggelsen lagt stor vægt på en bæredygtig terapeutisk alliance, på at minimere kontrolforanstaltningerne, på at maksimere den relationelle del af behandlingen og på at tilrettelægge medicineringen så serviceminded som mulig. En vis usikkerhed af datavaliditeten i forhold til de mere følsomme oplysninger om f.eks. kriminalitet og sidemisbrug kan ikke undgås, men erfaringen fra Projekt X-felt har været, at dette ikke udgør et større problem i hverken monitorering eller behandling, så længe klienten har en klar følelse af både at opleve sig hørt og forstået og har forståelse for, og indsigt i, svarenes anvendelse.

Resultaterne:

Klienterne i Projekt X-felt er repræsentative for stofmisbrugere, der søger behandling for opioidmisbrug. De er relativt gamle, i gennemsnit 37 år, 23 % udgøres af kvinder, 73 % er enlige, 20 % er af anden etnisk herkomst, kun halvdelen har mere end 10 år skolegang og 60 % har ingen afsluttet uddannelse.

61 % havde egen bolig, 3 % levede på gaden, 64 % var på kontanthjælp, 4 % fik pension, 13 % havde lønindtægt.

59 % havde tidligere været i behandling for stofmisbrug. I gennemsnit fandtes varigheden af heroinmisbrug på 7.3 år. 66 % havde desuden et kokainmisbrug af i gennemsnit 7 års varighed, 39 % havde et BZ-misbrug af i gennemsnit 10 års varighed, 14 % havde et alkoholmisbrug af gennemsnitlig 12 års varighed og 87% havde et cannabismisbrug af i gennemsnit 15 års varighed.

Effekten af behandlingen er primært baseret på EuropASI og SF-36 interview udført hver 3 måned, hvor der blev opnået en gennemsnitlig besvarelsesprocent på 57 %. Da dette ikke fandtes tilstrækkeligt, er resultaterne baseret på interview udført med 6 måneders intervaller, hvor den gennemsnitlige svarprocent var 85 %. Til sammenligning kan anføres, at man i det

hollandske nationale kvalitetssikringsprojekt Resultaten Scoren arbejder med et minimum for svarprocent på 60 %.

Forandringspotentialer må i udgangspunktet siges at være begrænset hos denne population af relativt gamle, enlige, dårligt uddannede, overvejende mænd, med mange års misbrug, heraf mange også med svære psykiske og somatiske problemer.

Ved EuropASI interview findes, at 63 % af populationen har haft sværere psykiske problemer i gennemsnit 21 dage ud af de sidste 30 dage før indskrivning i behandling. Hyppigste angivne symptom er svær depression, som findes hos 36 % af den samlede population, 33 % angiver svære angst- og koncentrationsproblemer, 11 % har haft alvorlige selvmordstanker, 10 % har haft problemer med at kontrollere voldelig adfærd, 6 % har oplevet hallucinationer og 1 % har forsøgt selvmord. Når man anvender SF-36 interview findes, at populationen ved behandlingsstart har et væsentligt dårligere selv vurderet psykisk helbred sammenlignet med en et alderssvarende danske normalmateriale. Således findes, at sammenlignet med normalbefolkningen oplever 73 % af populationen et svært forringet psykisk velbefindende, 76 % en svært forringet social funktion, 64 % en svært forringet energifølelse og 53 % en udtalt psykisk begrænsning. Alt i alt en psykisk symptombelastning svarende til hvad man kan forvente at se i en traditionel psykiatrisk patientpopulation, og i øvrigt helt sammenligneligt hvad man fandt i den nyere norske undersøgelse af 482 stofmisbrugere (24).

Ved EuropASI findes, at knap halvdelen af populationen har oplevet fysiske problemer i gennemsnit 1/3 af tiden før indskrivning. Ved SF-36 oplever ca. 40 % et sværere forringet selv vurderet fysiske helbred sammenlignet med en alderssvarende normalbefolkning.

Effekt af behandling:

Der er ikke en direkte sammenhæng hverken mellem behandlingseffekt og EuropASI-score eller SF-36, men ændringer i de valgte parametre i forhold til udgangsværdierne kan ses som markører for behandlingseffekt og er primært taget i anvendelse på grund af deres generelle udbredelse og dermed muligheden for sammenligning med andre metoder. Ved begge de anvendte standardiserede interview indsamles langt mere viden end nødvendigt for at kunne følge behandlingseffekten, og metoderne kunne med fordel forenkles således, at man kan

skelne mellem "need to know or nice to know" og dermed få udviklet nogle relativ simple markører for behandlingseffekt. EuropASI er desuden ikke optimal i vurdering af klienter i substitutionsbehandling fordi ordineret metadon og buprenorfin medregnes i den samlede score. Dette gælder også for ordineret psykofarmaka hvor der heller ikke skelnes mellem ordineret og illegal brug. Det er derfor mere relevant at se på de enkelte variable, som indgår i beregningen af composites score, og som isoleret set giver den nødvendig information som f.eks. stofindtag (evt. specifikt) i antal dage de sidste 30 dage, antal dage med injektion de sidste 30 dage, antal kroner anvendt på stoffer de sidste 30 dage mm.

Markører for behandlingseffekt vurderes normalt på følgende områder både i internationale og nationale undersøgelser:

- Retention i behandling – behandling virker, så længe den varer
- Komplians til behandlingsregi – i hvilket omfang udføres den planlagte behandling
- Reduktion i stofmisbrug
- Reduktion i kriminalitet
- Forbedring i helbredsfunktioner
- Forbedring i sociale funktioner (f.eks. arbejde, bolig)

Retention i behandling var høj. Således var sandsynligheden for at være i behandling efter 1 år 88 % og efter 2 år 74 %. Dette er markant højere end hvad man finder i den internationale litteratur (70), men er på niveau med den generelt høje retention i behandlingssystemet i Københavns Kommune. Den høje retention var tilstræbt, fordi en behandlingseffekt forudsætter at man er i behandling, og fordi ophør med behandling oftest ledsages af et tilbagefald (11,12). I det aktuelle projekt blev man ikke udskrevet fra behandling på grund af negativ adfærd, f.eks. i form af sidemisbrug, men kun hvis den negative adfærd var af voldelig karakter og udgjorde en trussel mod behandlere og medklienter.

Der er ikke lavet mange undersøgelser over behandlingseffekt af stofmisbrugsbehandling set i relation til en forbedret livskvalitet (70), men resultaterne fra dette projekt viser, at man kan se en klar positiv behandlingseffekt på den psykiske og den fysiske helbredstilstand.

Ved EuropASI findes således en gennemsnitlig reduktion i psykisk belastning på 48 % efter 3- 8 måneders behandling og dette niveau holder mindst de første 21 måneder. Tilsvarende ses reduktion i antallet af dage med psykiske problemer og yderlige reduceres andelen af klienter med psykiske problemer med knapt 30 % . Mere specifikt ses forekomsten af svær depression at falde med 64 % efter 3-8 måneders behandling, et niveau som bibeholdes under behandlingen. Forekomst af selvmordstanker reduceres med 70 % efter 3-8 måneders behandling, og dette niveauet bibeholdes ligeledes. Forekomsten af angst og koncentrationsbesvær reduceres, men i meget mindre omfang. Andelen med subjektiv oplevet øget behandlingsbehov for psykiske problemstillinger stiger over tid, og en forklaring på dette kan meget vel være at de psykiske problemstillinger bliver mere fremtrædende, når misbruget og afhængigheden er afhjulpet.

Ved SF-36 ses en generelt mindre forbedring i selvvrderet helbredsopfattelse efter 3-8 måneders behandling. Denne forbedring er især tydelig for psykisk velbefindende, psykisk betingede aktivitetsbegrænsninger samt oplevelse af social funktion og energifølelse, og er nogenlunde stabil under behandlingen. Det selvvrderet helbred når ikke på noget tidspunkt op på samme niveau som et alderssvarende normalmateriale. Med andre ord er der tale om en population med et kronisk dårlige selvvrderet psykisk helbred, som godt nok bliver noget bedre under behandling, men som stadig er dårligere end den alderssvarende normalbefolkning

SF-36 giver mulighed for sammenligning med normalmateriale, hvilket ikke tidligere har været udført ved vurdering af stofmisbrugsbehandlingen, og resultaterne af denne undersøgelse viser, at tiltrods for en intensiv behandlingsindsats, så er et normaliseringsperspektiv på behandling, en såkaldt "helreovering" eller "helbredelse", langtfra altid et realistisk behandlingsmål.

For det fysiske helbred gælder, at der ses en positiv, om end mindre, behandlingseffekt i form af reduktion i fysisk EuropASI belastning på 28 % efter 3-8 måneders behandling, men herefter ses en jævn stigning stort set tilbage til udgangspunktet. De beskedne ændringer kan enten ses som udtryk for en kronisk fysisk belastning, som ikke forsvinder selvom rusmiddelproblematikken reduceres eller også ses som udtryk for, at de fysiske problemer

bliver mere fremtrædende, når man ikke bruger rusmidler i samme omfang. De samme mindre ændringer ses også ved SF-36 selvvrurderet helbredsopfattelse af det fysiske helbred, og yderligere kan her ses, at andelen med forringet selvvrurderet fysisk helbredsopfattelse stiger efter 21-26 måneders behandling.

Den kriminalitetsreducerende effekt af behandlingen er markant og stabil under behandlingen. Antallet af dage med kriminalitet blev reduceret med 82 % efter 3-8 måneders behandling og dette niveau bibeholdtes. Tilsvarende faldt udgiften til narkotika med 88 % fra 11.064 kr. per måned før behandlingen til 1.318 kr. efter 3 – 8 måneders behandling.

Parallelt med reduktionen i kriminalitet ses en reduktion på knapt 80 % i antal dage med heroinmisbrug indenfor de første 3-8 måneder af behandlingen. Det lave niveau holder sig under hele behandlingen, hvilket bekræfter substitutionsbehandlingens positive effekt på heroinmisbruget. Mere overraskende er det at se, at det forholder sig på samme måde med kokainmisbruget; i projektet har ikke været anvendt specifikke behandlingsinterventioner overfor kokain, men behandlingen heraf er indgået som en del af en helhedsorienteret misbrugsbehandling.

Parallelt med reduktionen i stofmisbrug ses en ganske markant reduktion på 75 % i gennemsnitlig antal dage med injektionsmisbrug efter 3-8 måneders behandling, en reduktion som ligeledes holder så længe behandlingen fortsætter. Før behandlingsstart angiver knapt 40 % at være injektionsmisbrugere med gennemsnitlig 20 dage med injektion de sidste 30 dage, efter 1 års behandling falder denne andel til 13 % med gennemsnitlig 3 dage med injektion de sidste 30 dage efter 1 års behandling.

Generelt ses en positiv behandlingseffekt, vurderet på de målte variable, i løbet af de første 3 – 8 måneders behandling, og denne effekt vedligeholdes efterfølgende under hele behandlingsforløbet. Efter 20 måneders behandling ses på visse parametre en mindre stigning som formentlig er betinget af det begrænsede antal klienter der indgik i undersøgelsens sidste observationsperiode

Behandlingseffekten i forhold til de sociale parametre er mere beskedent, specielt når det gælder arbejde. Behandling medfører ikke umiddelbart en større tilknytning til arbejdsmarkedet, tværtimod er andelen på kontanthjælp stigende under behandlingen, andelen med lønindtægt og dagpenge falder og andelen af førtidspensioner stiger. At forvente en integration på et ganske krævende arbejdsmarked af en gruppe på i gennemsnit 37 år, med et sparsomt uddannelsesgrundlag, med en helbredsmæssigt mere eller mindre kronisk belastningstilstand og mange års stofafhængighed findes på baggrund af dette materiale heller ikke realistisk.

En anden væsentlig del af den sociale behandling er forsøget på en forbedring af de elendige boligforhold, som mange har før behandlingsstart. Resultaterne er her væsentligt bedre. Andelen som lever på gaden eller som bor på herberg og forsorgshjem ved behandlingsstart reduceres næsten til nul i løbet af behandlingen og 12-15 % flere etableres i egen bolig.

Selvom målet i behandlingen ikke har været stoffrihed er en relativ stor andel (8 %) af klienterne blevet stoffri, dvs. er planlagt udtrappet af substitutionsbehandlingen, og er fortsat medicinfri i projektperioden.

Kvalitetsudviklingsprocessen:

For at sikre indholdet og kvaliteten af behandlingen samt for at kunne konstatere eventuelle kvalitetsbrister har en væsentlig del af projektet omfattet dels udvikling af en kvalitetsudviklingsstrategi, dels arbejdet med at integrere en kvalitetsudviklingsproces i behandlingen. Denne omfattende struktur, dokumentation og systematiske tilgang til behandlingsarbejdet, som er kendt fra sundhedsområdet, har været ny i stofmisbrugsbehandlingen, og implementeringen af en sådan praksis i projektet har også været præget af kulturelle og forståelsesmæssige barrierer, specielt i starten. Både ny tankegang og ny praksis i behandlingsarbejdet, inklusiv også ny IT-teknik, i et tværfagligt team, har været projektets store udfordring. Det er svært at implementere denne behandlingsform i en kultur, som ikke har tradition for at måle og veje. Men alt i alt har både tankegang og nye arbejdsmetoder efterhånden vundet indpas, og projektet har trådt sine barnesko. De opnåede resultatmål afspejler til en vis grad disse begyndervanskeligheder, og erfaringerne fra projektet kan være et frugtbart udgangspunkt for fremtidige

implementeringsovervejelser. En klarere ansvarsfordeling end dette projekts struktur tillod, ville have været befordrende for en mere velkørende kvalitetsudviklingsproces. Mulighed for større ressourcemæssig prioritering af arbejdet i kvalitetscirkler og auditmøder med kontinuerlig feedback, end hvad projektets rammer gav mulighed for, vil også være vigtige områder at sætte ind på fremover.

De opnåede resultatmål for de satte kvalitetsmål afspejler selvfølgelig de tidligere nævnte resultater. I forhold til en øget livskvalitet, vurderet ud fra en reduktion i psykisk og fysisk belastning nåede man kun de satte resultatmål for den psykiske belastning. For den psykiske helbred fandtes, at kun 50 %, i forhold til det satte mål på 60 %, opnåede en forbedring på mindst 40 % efter 12 måneders behandling vurderet ved EuropASI composites score. Hvis imidlertid reduktionen i den psykiske belastning vurderedes ud fra antal dage med psykiske problemer de sidste 30 dage, så var der hos 70 % en reduktion på mindst 40 % i antal dage med psykiske problemer. Med forbehold for det begrænsede materiale kunne det konstateres, at den gruppe der ikke opnåede en reduktion i psykisk belastning primært var de mest alkoholbelastede, og efter 12-14 måneders behandling var stofbelastningen og den fysiske belastning størst i den gruppe, som ikke opnåede en reduktion i psykisk belastning.

For den fysiske belastning blev resultatmål ikke opnået, idet kun 40 %, i forhold til det satte mål 60 %, opnåede en reduktion i fysisk belastning på mindst 40 % vurderet ved EuropASI score. Ved anvendelse af antal dage med fysiske problemer fandtes en reduktion på mindst 40 % hos 45 %.

Resultatmålene for de satte kvalitetsmål for social integration er kun delvist opnået. Det lykkes at få andelen uden bolig reduceret til < 5 %, idet alle fik en bolig i forbindelse med behandling. Efter 12 måneders behandling var kun 8 %, i forhold til det satte 20 %, flere kommet i egen bolig eller på lejet værelse. Resultatmålet blev først nået efter 15-20 måneders behandling, hvor 28 % flere end ved indskrivning i behandling var kommet i egen bolig eller på lejet værelse. Resultatmålet var sat for højt i forhold til tidsfaktoren.

Med hensyn til integration på arbejdsmarkedet, så er resultatmålet i udgangspunktet sat for højt, jf. de tidligere betragtninger om en ganske belastet population set i relation til et ganske

krævende arbejdsmarked. Dette satte mål, at > 30 % af dem som ikke får pension har en aktiv beskæftigelsesstatus efter 12 måneders behandling opnås ikke, tværtimod ses en stigning på 10 % i andelen udenfor arbejdsmarkedet. En justering af resultatmålet til et lavere niveau er nødvendigt, samtidig med at en analyse af indsatsen i forbindelse hermed skal foretages.

De satte resultatmål for heroinmisbrug, herunder injektionsmisbrug og kriminalitet er begge opnået.

Det er lykkedes at fastholde klienterne i behandling, endda lidt bedre end det satte resultatmål, idet der var 12 % , i forhold til det satte < 20 % , ikke-planlagte behandlingsophør efter 12 måneders behandling.

Generelt i behandlingssystemerne for stofmisbrug er det ikke rutine, at der foretages en blodprøvescreening for leverbetændelse og hiv. Procedurer omkring henvisning til blodprøver ligger i det sundhedsfaglige system, og forudsætter ofte et samarbejde med egen læge. Erfaringen er, at hvis mulighed for blodprøvetagning ikke er umiddelbar tilgængelig, men kræver flere led, så lykkes det ikke. I projektet har vi , som i resten af Københavns Kommune, haft mulighed for direkte at henvise til blodprøvetagning på lokalt laboratorium. Fra start har blodprøvescreening i forbindelse med indskrivning været fast praksis og er blevet meget positivt modtaget af klienterne. Det har ressourcemæssigt været prioriteret at huske klienterne på at få det gjort, ofte ved flere påmindelser, og indimellem ved at personalet er gået med klienten på laboratoriet. En fast defineret procedure, som her i projektet med ansvarlige sundhedsfaglige personaler , er ganske sikkert en nødvendig forudsætning for at man kan gennemføre dette vigtige behandlingstilbud. I den almindelig dagligdag med klienterne fortaber dette sig ofte i alle mulige andre problemstillinger. Viden hos klienterne om hiv og hepatitis er ikke stor, og rådgivning og undervisning er en stor opgave. Generelt er der megen angst , usikkerhed og ”fortrængning” omkring dette hos klienterne, og erfaring fra projektet har været , at klienter har værdsat at få mulighed for professional råd og vejledning på ofte komplicerede problemstillinger. Viden hos det ikke -sundhedsfaglige personale er heller ikke stor, og også her er en vigtig opgave dels at undervise, og dels at fastholde vigtigheden i denne behandlingsindsats.

Projektets resultatmål er stort set opnået, idet 77 % i forhold til det satte mål 80 %, har fået foretaget blodprøvescreening.

Den høje forekomst af kronisk leverbetændelse, som hos injektionsmisbrugerne for hepatitis C's vedkommende forekommer hos næsten alle (91 %) og for hepatitis B's vedkommende hos 39 %, viser med al tydelighed vigtigheden af både en forebyggende og rådgivende indsats. Den gennemsnitlige meget lavere forekomst af hepatitis B og C for hele den undersøgte populationen, hhv. 25 og 55 %, afspejler den relativ store forekomst af ikke-injektionsbrugere på ca. 60 %.

En stor systematisk og sundhedspædagogisk indsats har bevirket, at 73 %, mod forventet "kun" 60 %, af de hepatitis B negative har gennemført vaccinationsprogram mod hepatitis B. Programmet kræver vaccination 3 gange med henholdsvis 1 og 6 måneders intervaller, og igen her er succesraten betinget af fokus, systematik og ikke mindst vedholdenhed.

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner offentliggjorte maj 2004 (71) en rapport om antallet af graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark mellem 1990 og 2001. Undersøgelsen viste, at disse kvindelige stofmisbrugere får det samme antal børn som den øvrige befolkning, men ca. 2½ gange flere provokerede aborter. Ser man på de kvinder der var kendt i behandlingssystemet i Københavns Kommune i perioden 1996-2001 blev der født i alt 454 børn og foretaget 650 provokerede aborter – der er altså tale om ca. 1100 graviditeter, hvor af langt de fleste burde være forebygget.

Generelt er rådgivning om prævention, gynækologisk udredning mm. ikke prioriteret højt i behandlingssystemerne og "drukner" ofte i de mere eller mindre kaotiske problemstillinger der er knyttet til tilværelsen som stofmisbruger.

Projektet har derfor prioriteret en systematisk indsats på dette område, således at rådgivning og udredning samt gratis prævention på disse områder er indgået som et tilbud i indsatsen. Ved indskrivningssamtale med lægen er dette indgået som en del af rutinen, og sundhedspersonalet har fulgt op ved ad hoc rådgivningssamtaler, kvindegruppe-aften mm. Viden om prævention, kvindekrop og kvindesygdomme er ikke stor hos denne brugergrupper.

Ofte har behandlingstilbuddet omfattet følgeskab, til gynækologisk undersøgelse hos speciallæger, idet der er en stor utryghed og angst for dette hos de kvindelige stofmisbrugere. Erfaringen er, at tilbuddet har været meget vel modtaget af de kvindelige klienter, og igen her er succesraten betinget af fokusering og systematik.

Resultatet af denne standardydelse er positiv i forhold til antikonception, idet 74 % mod forventet 50 % var eller kom i relevant præventionsform i forbindelse med behandlingen. Kun 29 % var forud for indskrivning i relevant behandling med antikonception, og af resten fik 47 % nyordineret antikonception.

Ydelsesregistreringen i projektet giver et billede af, hvilke behandlingsydelser der indgår i ambulante substitutionsbehandling og hvordan ydelserne er fordelt. Det samlede ydelsesmønster viser en nogenlunde ligelig fordeling mellem konfrontationsydelser og sagsbehandling uden klientkontakt, og illustrerer den relativ store mængde sagsbehandling i stofmisbrugsbehandlingen

Omfanget af de sundhedsfaglige ydelser i den samlede behandlingsindsats kan ses af ydelsesregistreringen hvoraf det fremgår, at de udgør 30 % af de samlede konfrontationsydelser i behandlingen. Andelen af individuel rådgivning, som specifikt defineret i dette projekt, er af samme størrelse, 31 %.

De uspecifikke, ikke-planlagte kontakter, f.eks. den korte snak på trappen eller i gården, udgør en forholdsvis stor del, knapt 1/5, af de samlede konfrontationsydelser – og disse ydelser er givet ikke overdokumenterede. Dette må siges at være ganske specielt for den ambulante stofmisbrugsbehandling, og vil næppe forekomme i andre ambulante behandlingsformer. Effekten heraf er vanskelig at dokumentere, men de uspecifikke kontakter skal ses i relation til fremmøde i forbindelse med medicinering og i øvrigt til den værestedskultur, som er en integreret del af den traditionelle opfattelse af stofmisbrugsbehandling hos både klienter og behandlere.

Slutteligt kan ydelsesregistreringen dokumentere en gennemsnitlig behandlingsintensitet svarende til en konfrontationsydelse 1 x ugentlig. En behandlingsintensitet på dette niveau er

en forudsætning for at etablere og fastholde den bæredygtige behandlingsalliance, som er fundamentet for at kunne integrere et moderat kontrolniveau og en fleksibel medicinering.

Erfaringerne og resultaterne fra Projekt X-felt har afdækket noget af den "Sorte Boks" i stofmisbrugsbehandlingen. Projektet har udviklet metoder til at vurdere behandlingseffekt i praksis. Et vigtigt værktøj hertil har været en systematisk kvalitetsudviklingsproces med fastsættelse af proces- og resultatnål. Dette har gjort det muligt løbende at følge resultaterne af behandlingsindsatsen og justere den, hvis indsatsen ikke har været tilfredsstillende. Denne evidensbaserede arbejdsmetode vil forhåbentlig fremover vil vinde mere og mere indpas som arbejdsmetode i behandlingsarbejdet, og kan medvirke til en overordnet national kvalitetsudviklingsstrategi for stofmisbrugsbehandlingen i Danmark.


Referencer:

1. Rem, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A.: Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358;1417-20
2. Pedersen, M.U.: Behandling med lægeordineret heroin kombineret med metadon. Center for Rusmiddelforskning: Århus Universitet, 2000.
3. Medical co-prescription of heroin. Two randomized controlled trials. Central committee on the treatment of heroin addicts (www.ccbh.nl), Holland 2002.
4. Brink, van den W., Hendriks, V., Blanken, P., Koeter, M.WJ., Zwieten, van B.J., Ree, van J.M.: Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomized controlled trials. *BMJ* 2003;327:310-2
5. Indenrigs- og socialministeriet 2002: Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere.
6. Pedersen, M.U., Asmussen V.: Metadon-projektet. Design og metode. Center for rusmiddelforskning: Århus Universitet, 2002.
7. Haastrup, S. & Jepsen, P.W.: Elen year follow-up of 300 young opioid addicts. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:22-6.
8. Pedersen, M.U.: Stofmisbrugere før under efter døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning: Århus Universitet, 2000.
9. Ege, P.: Stofmisbrug og afhængighed hos unge og voksne. Hans Reitzels Forlag 2004.
10. McLellan, A T.: Have we evaluated treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*.2002; 97: 249-52.
11. Zhang, Z., Friedmann, P.D., Gerstein, D.R.: Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction* 2003;98: 673-84.
12. Ege, P.: Evaluering af stofmisbrugsbehandling. *Ugeskr Læger* 1982; 144: 3763-7.
13. Fridell, M.: Institutionelle behandlingsformer ved misbrug: Organisation, ideologi og resultat. Stockholm 1996. Natur og Kultur.
14. Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G.V., Des jarlais, D., Gossop, M., & Strang, J.: Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 2002; 309:997-1001.
15. Ward, J., Hall, W. & Mattick, R.P.: Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers 1998.

16. Ball, J.C. & Ross, A.: The effectiveness of methadone maintenance treatment . New York: Springer Verlag, 1991.
17. Petersen, H., Skauge, L., Svejsø, J. & Ege, P.: Nye medikamenter til substitutionsbehandling af opioidafhængige. Ugeske Læger 2000; 162:6553-6.
18. McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E., O'Brien, C. P.: The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. JAMA 1993; 269: 1953-9.
19. SBU rapport 2001. Behandling av alcohol och narkotikaproblem. En evidensbaseret kunnskapssammanställning. Volym.II. SBU. Statens Beredskab för Medicinsk Utvärdering (SBU), Stockholm.
20. Prendergast, M.L., Podus, D. & Chang, E.: Programme factors and treatment outcomes in drug dependence treatment:An examination using meta-analysis. I: Substance Use and Misuse 2000, 35 (12-14).1931-1965.
21. McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L. & Goehl, L.: Is the counsellor an active ingredient in substance abuse rehabilitation. J. Nerv Ment Dis 1988; 76: 423-30.
22. Wall, H., Haga E.(editors): Maintenance Treatment of Heroin Addiction; 267-295. J.W. Cappelens Forlag as, Oslo 2003.
23. Pedersen, M.U.: Arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning: Århus Universitet, 1999.
24. Melberg, H. O., Lauritzen, G., Ravndal, E.: Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie af stofmisbrugere i behandling. Statens Institut for Rusmiddelforskning. Sirius Rapport nr. 4/2003.
25. Gossop, M., Marsden J., Stewart, D., Kidd, T.: The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow up results. Addiction 2003;98; 291-303
26. Knudsen JL, Fugleholm AM, Kjærgård J:Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2004;166:1779-83)
27. Dansk Selskab for Kvalitets i Sundhedssektoren: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner. København 2003
28. Jørgensen P, Mainz J, Rosenberg R. Psykiatri. Forskning, teknologi og kvalitetsudvikling. Munksgaard Danmark, København 2002.)
29. Nielsen, B.& Nielsen, A. Søgaard: Odensemodellen. Fyns Amt 2001
30. Mainz, J & Blomhøj, G: Audit –en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Dansk Selskab for for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2000., Ugeskr Læger 2000, Klaringsrapport Nr. 9

31. Andersen, KV: Perinatal audit. En metode til kvalitetsvurdering af peri-og neonatal omsorg. København:FADL's Forlag, 1994)
32. Nielsen B, Bloch-Sørensen P, Balsløv K, Sigsgaard A. Skizofrene patienters pleje og behandling. Et kvalitetsudviklingsprojekt. Fyns Amt; 2000)
33. Milter MC, Nielsen B, Becker U, Pedersen MU, Grønbæk M:Ugeskr Læger 2004; 166: 2664-68.
34. Schippers, GM, Shramade M, Walburg JA: Reforming Dutch substance abuse treatment services. Addictive Behaviors 27 (2002)995-1007)
35. Mulder, E & Schippers, GM. (2004) Scoort "reultaten scoren" resultaten? (Does "To Score Results" score results?) Utrecht; GZZ-Nederland.)
36. Gjørup T, Karle H: Medicinsk kvalitetssikring –implementering af forskningsresultater. Ugeskr Læger 1991;156.11.
37. Mc Lellan, A.T., Grissom, G. R.,Randall, M., Brill, P.& Obrien, C.P.:Problem-Service: Probelms-Service "matching in Addiction. Treatment. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:730-5
38. Miller, W.R: Why do people change addictive behavior?. Addiction 1998; 93:163-72
39. McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L & Goehl, L: Is the counselor an active ingredient in substance abuse rehabilitation. J Nerv Ment Dis 1988; 76: 423-30
40. McLellan, T.A. e al: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment 1992; 9: 199-213.
41. Lauritzen, G & Ravndal E: Introduction of the EuropASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiness study. Journal of Substance Use 2004; 9: 141-146) ts: The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental disease.1980; 168: 26-33.
42. Segraeus, V., Broekaert, E., Öberg, D., Sallmen, B., haack, M.-J. et al. : Implementing ASI and other instruments to professionalize treatment across national borders: Experiencec from the IPTRP project. Journal of Substance Use 2004: 9; 132-140.
43. Bjørner, J.B., Damsgaard, M.T., Watt, T., Bech, P., Rasmussen, N.K., Kristensen, T.S., et al: Dansk Manual til SF-36: Et spørgeskema om helbredsstatus. København: LIF, 1997
44. Morgan , T.J et al: Health-related Quality of Life for Adults participating in Outpatient Substnace Abuse Treatment. The American Journal on Addiction 2003: 12; 198-210)

45. Ryan, C.F.& White, J.M: Health status at entry to metadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction* 1996; 91(1); 39-45)
46. De Leon, George: "Integrating Maintenance and Different Therapeutic Programming fra Wall, H., Haga, E: Maintenance Treatment of Heroin Addiction;296-314. J.W.Cappelens Forlag as, Oslo 2003.
47. Jöhncke, S.: Brugererfaringer. Københavns Kommune: Familie-og Arbejdsmarkedsforvaltningen, 1997
48. Ege, P.: Control Procedures – Evidence for Effectiveness. Maintenance Treatment of Heroin Addiction; 175-181. J.W. Cappelens Forlag as, Oslo 2003 eller Ege, P: Urinkontrol i behandling af opioidmisbrugere. *Ugeskr Læger* 2003 ???)
49. Stentoft, A et al: Forgiftningsdødsfald blandt narkomaner i Danmark i 2002. *Ugeskr Læger* 2005;167 :1954-1957
50. Sundhedsstyrelsen 2003. Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. CIR nr. 12 af 13/01/2003.
51. WHO ICD-10: "Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" Munksgaard Danmark 2002
52. Personlig meddelelse 2004: Lektor Anni Steentoft, Retskemisk afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet.
53. Auriacombe, M. Professor, University of Bordeaux, France. "Benzodiazepines and buprenorphine". Præsentation på konference "Safer options in the treatment of opioid dependence:understanding buprenorphine conference, Rome 2004.
54. Ward, J., Hall, W. & Mattick, R.P.: Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies:p210-213. Harwood Academic Publishers 1998.
55. Familie –og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns kommune 2002: Sektorplanen for indsatsen for stofafhængige 2001-2003.
56. Moxley, D.P: The Practise of Case Management. London: SAGA Publications 1989.
57. Vandreplasschen, W., Bourdeaudhuij, I.D. et al: Co-Oordination and Co ntinuity of Care in Substance Abuse Treatment. *European Addiction Research* 2002; 8: 10-21
58. Siegal, H.A. Case Management and Substance Abuse: Some Observations and Reflections. *Journal of Case Management* 1994;3: 131.
59. Rigdely, S. Practical Issues in the Application of Case Management to Substance Abuse Treatment. *Journal of Case Management* 1994;3:132-138

- 
60. Fisker, Charlotte. Beskæftigelsesindsatsen for stofmisbrugere på Rådgivningscenter Indre. Rådgivningscenter Indre. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns kommune 2002.
 61. Brewer, D.d et al: A meta-analysis of predictors of continues drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 1998; 93(1):73-92.
 62. Pedersen, MU: Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Århus Universitet: Center for Rusmiddelforskning 2001.
 63. Dole, V.P et al: Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *New England Journal of Medicine* 1969: 280; 1372-1375.
 64. Nielsen, B: Kvalitetsudvikling af ambulant behandling af alkoholmisbrug. Monografiserie, nr. 12. Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Odense Universitetshospital 2000.
 65. Moss, R.H: Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, perdictors, prevention. *Addiction* 2005;100:595-604.
 66. Ravndal, E: Drug-treatment in 2004 - evidence based research or qualified beliefs. Oplæg på konference :7 th International Symposium on Substance Abuse Treatment, Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet 2004.
 67. Blanken, P. et al. European Addiction Severity Index – A guide to training and administreringn EuropASI interviews. EuropASI Working Group, 1994, Cost A6 19.
 68. Gastfriend, DR et McLellan, AT: Treatment matching. Theoretic basis and practical implications. *Medical Clinics of North America* 1997;81; 945-966
 69. McLellan, T.A., McKay, J. R, Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J.:Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 2005;100; 447-458.
 70. Amato L, Davoli M, Perucci C.A., Ferri M, Faggiano F, Mattick R.,P.;An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005;28;321-329
 71. Harboe, M: Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommune 2004.