

Bilag 1 – dokumentation til udvikling af misbrugsstrategi

Udredning af misbrugsområdet

Københavns Kommunes Socialforvaltning
August 2010

INDHOLDSFORTEGNELSE

<u>Ramme for strategien</u>	3
<u>Formål</u>	3
<u>Begrebsafklaring - brug, misbrug og afhængighed</u>	5
<u>Målgrupper</u>	8
<u>Lovgivning</u>	15
<u>Evidens</u>	17
<u>Brugerrettigheder</u>	18
<u>Fokusområder</u>	20
<u>Fokusområde: Tidlig indsats</u>	21
<u>Fokusområde: Unge</u>	25
<u>Fokusområde: Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed</u>	30
<u>Fokusområde: Familier med misbrug</u>	41
<u>Fokusområde: Mindske gener for omgivelserne</u>	44
<u>Tværgående temaer</u>	52
<u>Bedre udredning</u>	52
<u>Etnicitet</u>	53
<u>Partnerskaber</u>	55
<u>Litteratur</u>	58

Ramme for strategien

Formål

Formålet med strategien er at tilpasse indsatsen til nye forhold. Formålet med denne udredning er, at prioriteringer og opstilling af mål i strategien sker på et kvalificeret grundlag.

De strategiske udfordringer

Der er en række udfordringer, som har været motoren i udviklingen af denne udredning:

- Der er en stor gruppe borgere – med misbrug – som behandlingsområdet ikke hjælper. Det gælder særligt på alkoholområdet, men også borgere – herunder unge – med et misbrug af hash og kokain.
- Der er lokalområder, som oplever negativt afledte effekter af misbrug. Det har været meget synligt i forhold til den åbne stofscene på Vesterbro, men også indirekte i forhold til bandekriminalitet og i forhold til druk på pladser og torve.
- Der er et fortsat politisk ønske om tidlig indsats. Et ønske som er understøttet af erfaringer og forskning, der peger på effekter og muligheder i en tidlig indsats.
- Både institutionerne og forskningen har sat fokus på borgere indskrevet i længerevarende substitutionsbehandling. Der er udfordringer i forhold til en øget sygelighed hos målgruppen og en faglig udfordring i fortsat at holde potentialet for udvikling og stoffrihed åbent for gruppen.
- Tilbud til pårørende til misbrugere efterlyses af pårørende, praktikere og politikere.

Hvis udfordringerne skal tages op, er målgruppen ikke kun de borgere, der aktivt søger behandling, men en bredere gruppe af borgere, som oplever problemer ved – eller afledt af – misbrug. At udvikle en tilgang til denne brede gruppe af borgere kræver samarbejde med nye instanser. Et gennemgående tema i udredningen er derfor mulighederne ved samarbejde, partnerskaber og koordinering.

Givet udredningens fokus på udvikling er drift og kerneopgaver mindre synlige end udviklingsopgaverne i udredningen. Denne vægtning afspejler alene udredningens funktion og afspejler ikke opgavernes vigtighed. Den daglige drift af kerneopgaverne er fundamentet for udvikling.

Mål og principper

Alle indsatser på misbrugsområdet retter sig mod et eller flere af nedenstående tre overordnede mål. Målene er et resultat af Socialforvaltningens historie på

misbrugsområdet, af politikernes prioriteringer, af faglige erfaringer og forskning på området.

- Borgeren skal videst muligt ophøre med at misbruge og herved undgå social deroute.

Målet er ligeså svært som det er indlysende. Under alle omstændigheder er det et fortsat mål at hjælpe borgere med et misbrug til ophør, hvis de er motiveret. Hvis de ikke er motiveret, er det behandlingssystemets opgave at forsøge at motivere herfor, selvfølgelig med respekt for borgerens integritet. Målet er yderligere aktualiseret af en øget tilgang af kokain – og hash misbrugere. Et stort mørketal af alkoholafhængige, der er i risiko for at miste arbejde og familie, gør ligeledes målet yderst aktuelt.

- Borgeren skal have færrest mulige skader i forbindelse med et aktivt misbrug

Erfaring og forskning viser, at et totalt ophør med misbrug er et urealistisk mål for en stor del misbrugere. Der er blandt andet en aldrende gruppe af langvarigt afhængige opiat- og alkoholmisbrugere for hvem målet hovedsageligt er øget kontrol med forbruget og reduktion af sociale, fysiske og psykiske skader af misbrug. Et ensidigt mål om ophør med misbrug vil - for denne gruppe - blot afføde fortsatte nederlag. Reduktion af skader er for dem et realistisk og værdigt mål.

- Det omgivende samfund skal have færrest mulige gener ved nogle borgeres misbrug

Der er for beboere i centrale byområder gener ved et kaotisk misbrugsmønster (kokain, heroin, alkohol) i kombination med stofhandel og sociale/psykiatriske problemer. Dertil kommer, at samfundet generelt har afledte problemer af misbrug. Det er særligt problemer ved øget sygelighed, trafikulykker, sociale belastninger i familier og øget kriminalitet. I de nære relationer giver misbrug store problemer for pårørende – ikke mindst børn af misbrugende forældre.

Det er Socialforvaltningens opgave effektivt at arbejde for målene med afsæt i de politisk afsatte ressourcer. Forvaltningen søger at opnå effektivitet med de til tiden valgte styrings- og prioriteringsredskaber. Centralt er her evidens og effektstyring. Evidens er princippet om at gøre brug af den bedst tilgængelige viden, som grundlag for valg af metoder. Effektstyring er princippet om at dokumentere effekten af indsatserne og herudfra vælge de mest effektive indsatser. Dertil kommer en række yderligere tilgange – fx trinbehandling – som vil blive uddybet i udredningen og der vil være forslag til opfølgende handleplaner.

Centralt er også behovet for at fastholde en dynamisk organisation med professionelle ledere og medarbejdere. Kun igennem de enkelte ansattes daglige indsats og ansvar kan målene for alvor forfølges samtidig med respekten for de ofte sårbare mennesker opretholdes.

Proces

I arbejdet med denne udredning er en lang række medarbejdere og ledere gentagne gange blevet inddraget, ligesom Socialudvalget har drøftet strategien på flere tidspunkter. Inddragelse gælder i anden omgang også for eksterne samarbejdspartnere, der inddrages gennem høring. Inddragelsen har til formål at sikre kvalitet og ejerskab af denne udredning.

Begrebsafklaring - brug, misbrug og afhængighed

Brug / misbrug

Måden vi definerer og kategoriserer misbrug på har betydning for den måde, vi tilrettelægger og udfører behandling på (Servicestyrelsen, 2010). Det skal derfor afklares, hvilken forståelse Københavns Kommunes Socialforvaltning lægger til grund for sine indsatser.

Socialforvaltningen er af den forståelse, at misbrug er en multifaktorielt forårsaget uhensigtsmæssig adfærd. Socialforvaltningen er af den opfattelse, at det er uhensigtsmæssigt at reducere forståelsen af misbrug til at være alene en sygdom, en genetisk disponeret adfærd eller en social afvigelse. Det multifaktorielle betyder netop, at alle disse forståelser er vigtige delforståelser men, at de ikke kan stå alene. Skellet mellem brug og misbrug er – i Socialforvaltningens perspektiv - et behandlingsmæssigt spørgsmål og dermed en faglig vurdering, som sker ved en udredning i den enkelte sag. Behandling for misbrug er relevant, hvis det vurderes, at der er et skadeligt forbrug, og det optræder i kombination med motivation for forandring.

Socialforvaltningens definition af misbrug skal forstås i relation til forvaltningens opgave, som er hjælp og behandling. Perspektivet er forskelligt fra andre perspektiver, hvor misbrug kan være defineret ud fra andre kriterier. Fx kan politiet meningsfuldt karakterisere enhver brug af illegale rusmidler som et misbrug. Sundhedsstyrelsens anbefalede forbrugsgrænser forstås ud fra hensyn til folkesundheden generelt og ikke et individuelt hensyn.

At anerkende, at der er forskellige perspektiver er ikke udtryk for relativisme. Socialforvaltningen er således af den opfattelse, at tilgangen til misbrug hele tiden skal professionaliseres med afsæt i tilnærmelsesvis objektive fakta om adfærd, relationer, populationer, diagnoser, sociale forhold. Fakta som alene kan genereres med inddragelse af en bred vifte af professioner som psykologer, sociologer, læger, sygeplejersker og socialrådgivere m.m.

Udover "misbrug" er begrebet "afhængighed" behandlingsmæssigt relevant, fordi det siger noget om misbrugets karakter. I udformningen af strategien er begrebet "misbrug" dog mere dækkende, da det er misbrug, der er indikator for behandling. Afhængighed optræder som regel samtidig med misbrug¹, mens misbrug godt kan optræde uden afhængighed.

Begreberne storforbrug og risikoforbrug er ikke umiddelbart relevante i relation til Socialforvaltningens indsats men i den forebyggende indsats i Sundhedsstyrelsens og Sundhedsforvaltningens regi.

¹ En undtagelse er fx patienten på hospitalet, der er blevet afhængig af smertestillende medicin. Her er ikke tale om et misbrug, men en afhængighed, der skal nedtrappes i hospitals / egen læge regi.

Udredning og visitation

Udredningen af misbrugsproblematikken hos den enkelte borger har betydning både terapeutisk og behandlingsmæssigt. Terapeutisk set er den indledende udredning brugerens første møde med behandlingssystemet og af afgørende betydning for brugerens engagement og selvindsigt. Behandlingsmæssigt skal udredningen indhente information af betydning for behandlingens karakter og intensitet. Da stof- og alkoholmisbrug ofte optræder i et bredere symptomkompleks kræver udredningen, at man berører flere forhold:

1. Misbruget: Omfang, karakter, skadevirkninger, varighed, afhængighed, abstinenser, risikoadfærd
2. Relaterede problemer: Somatiske/psykiatriske sygdomme, psykiske problemer, sociale problemer, kriminalitet, beskæftigelsesproblemer, boligproblemer
3. Pårørende: Hjemmeboende børn, familie i øvrigt
4. Motivation: Ressourcer, behandlingserfaring, støtte og opbakning i hjem og på arbejde

I udredningen inddrages den nødvendige række samtale- og screeningsredskaber. Af hensyn til den terapeutiske relation er det vigtigt med en motiverende og professionel tilgang. For at komme rundt om alle forholdene er det vigtigt med en vifte af anerkendte og validerede screeningsredskaber, som fx WHO's kategoriseringer af misbrug og afhængighed, diagnoseredskaber for psykiatriske og somatiske lidelser, den sociale anamnese og ASI (måling af belastning).

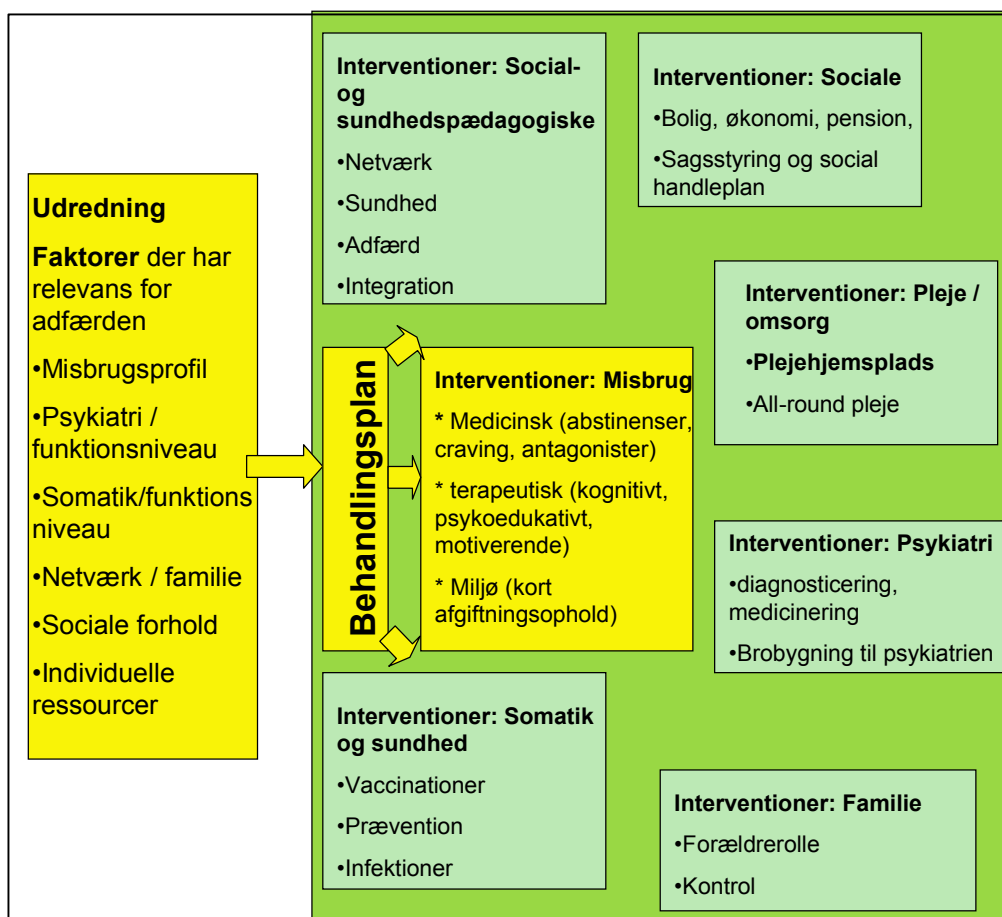
Udredningen skal føre til en behandlingsplan, der dækker to dimensioner: kompleksitet og intensitet.

Graden af kompleksitet handler om de forhold, der er nødvendige at adressere i behandlingen. Det er de forhold, udredningen har identificeret har *betydning for* misbruget og / eller skader der er *afledt af* misbruget. I sin simple form vil behandlingsplanen alene fokusere på misbrugsadfærden. I de komplekse sager kan det være nødvendigt at se på en lang række problemstillinger, hvor indsatsernes rækkefølge skal orkestreres hensigtsmæssigt. Fx er behandling af psykiatriske problemer og opnåelse af en stabil bolig ofte forudsætninger for en meningsfuld behandlingsintervention. I de komplekse sager med supplerende sociale interventioner, skal behandlingsplanen suppleres med en social handleplan. Som noget nyt på stofmisbrugsområdet – men ikke på alkoholområdet – skal en "ren" misbrugsbehandling ikke automatisk føre til oprettelse af en social handleplan. Der er således ikke nogen grund til at gøre en afgrænset behandlingsopgave til en social sag.

Behandlingsintensitet handler om hvor omfattende en intervention, udredningen peger på er nødvendig. Der er skematisk set tre niveauer: Ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling. Som ren misbrugsbehandling betragtet er der ikke evidens for, at den ene behandlingsform er mere effektiv end den anden. Tilstødende forhold – kompleksiteten - kan dog tale for, at ambulant behandling ikke er tilstrækkelig. Det gælder forhold som meget kaotisk adfærd, hjemløshed, alvorlige psykiatriske sygdomme og gentagne mislykkede behandlingsforsøg. Socialforvaltningen har med held implementeret en visitationspraksis (trinbehandling²), som betyder, at brugeren som udgangspunkt visiteres til den mindst indgribende

behandling, fordi forskningen som sagt har vist, at den er ligeså effektiv som de mere indgribende interventioner. Hvis udredningen viser mere komplekse problematikker, bliver en mere indgribende intervention dog overvejet.

Udover de to dimensioner skal udredningen også identificere eventuelle akutte behov for intervention i form af umiddelbare behov og skader typisk abstinenser og forgiftningstilstande. Der kan også være behov for umiddelbart at adressere akutte sociale og familiære problemer og somatiske sygdomme.



Figur 1: Illustration af behandlingens eventuelle kompleksitet, hvor den gule indsats er den "rene" misbrugsbehandling, og de grønne indsats er de mulige supplerende indsats.

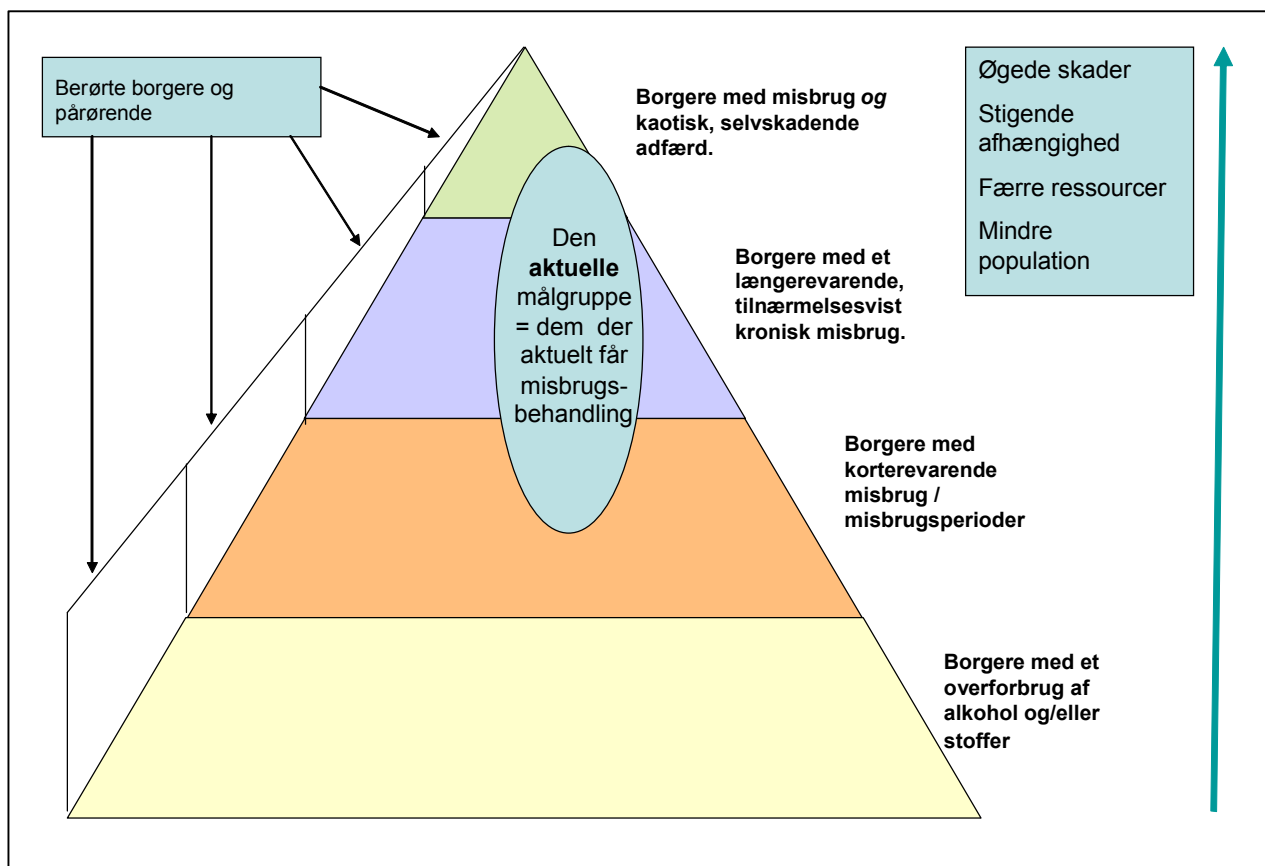
Afgrænsning

På grund af kompleksiteten ved misbrug, vil der i visitationen altid være nogle svære grænsedragninger. Et spørgsmål kan være, om misbrugsbehandling overhovedet er den relevante indsats? Spørgsmålet rejser sig, når der er mange og overskyggende tilstødende problemer. Spørgsmålet har den iboende risiko, at man når frem til, at de borgere med de fleste problemer, altid hører til et andet sted. Risikoen kan også være, at misbrugsbehandlingen omvendt forsøger at løse alle borgerens problemer. Som udgangspunkt må svaret være, at misbrugsbehandling er det relevante sted at få

² "Trinbehandling" dækker, at der er flere niveauer – trin – for intensitet i behandling. Det skal understreges, at det ikke skal forstås billedligt som en trappe, hvor man skal gå op ad flere eller alle trin.

hjælp, når borgeren har et misbrug og er villig til at indgå i behandling. Hvis borgerens har andre og mere dominerende problemer kan misbrugsbehandling stadig være relevant, men som supplement til andre interventioner. Det kan fx være tilfældet, hvis en borger nok har et misbrug men hvor det altoverskyggende behov er restitution, omsorg og stabilitet. Her kan et omsorgs/plejeophold være relevant inden misbrugsbehandling er relevant.

Målgrupper



Figur 2. Illustration af de forskellige lag af misbrugsproblemer. Illustrationen anskueliggør, at målene i strategien retter sig mod bredere grupper af borgere, end blot dem, som er i behandling. Uden at være "målfast" anskueliggør illustrationen også, at der er færre borgere i de mest udsatte grupper med høj afhængighed og få ressourcer.

Skøn over antallet af stofmisbrugere i København

Problematisk stofmisbrug

Det seneste skøn fra 1996 over antallet af problematiske stofmisbrugere i København anslog, at der var 6000 stofmisbrugere i Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsen har opdateret skøn over udviklingen fra 1996 til 2005 på landsplan,

hvor der skønnes en stigning på ca. en tredjedel, der fortrinsvist skyldes en stigning i misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer. Samtidig skønnes en reduktion i antallet af opiatafhængige.

Hvis denne udvikling skal overføres på København kan man antage, at skønnet over antallet af stofmisbrugere er steget med 2000 til ca. 7-8000 fra 1996 til 2005. Der er for nylig et skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark (Christensen, 2009) på 13.000, hvor halvdelen skønnes at være øst for Storebælt og formentlig flest i Hovedstadsregionen. Undersøgelsen viser, at ca. halvdelen ikke er kendt i behandlingssystemet.

Københavns Kommunes behandlingssystem er årligt i kontakt med ca. 3000 stofmisbrugere, så man må konstatere, at man mangler kontakt med mindst ca. 4-5000 (mørketallet), hvoraf en ikke uvæsentlig andel er injektionsmisbrugere. Det vurderes, at hovedparten af disse vil befinde sig i det orange felt på tegningen ovenfor, men formentlig vil en del befinde sig i det blå og det grønne felt.

Det eksperimenterende/ rekreative brug af illegale stoffer

I starten af det nye årtusinde ses en ny "misbrugsbølge" (Narkotikasituationen, 2009) blandt unge og yngre voksne. De foretrukne stoffer er hash, amfetamin, ecstasy og kokain. Man taler om nye brugergrupper, som ikke har rødder i det hidtidige misbrugsmiljø og et nyt misbrugsmønster. Det eksperimenterende forbrug af illegale stoffer befinder sig overvejende i den nederste del af pyramiden, men med en grænseflade til den næstøverste del.

De seneste undersøgelser viser, at udbredelsen hash og kokain er dobbelt så stor i hovedstadsregionen som i det øvrige land blandt helt unge og de yngre voksne. Hvor udbredelsen af hash har stabiliseret sig fra 2005 til den seneste måling i 2008, så ser det ud til, at udbredelsen af kokain er steget blandt de unge i hovedstadsregionen (se tabel 1). Kokain bruges især af yngre mænd. Ca. 3 gange så mange mænd som kvinder oplyser, at de har brugt kokain inden for det seneste år (Narkotikasituationen, 2009).

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

Tabel 1: Andel der har brugt hash eller kokain inden for det seneste år i Hovedstadsregionen, 2005 og 2008. Pct. Kilde: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 og Alkohol i Danmark 2008.

Med den stigende udbredelse af forbruget af kokain blandt de unge, må man forvente en stigende efterspørgsel efter behandlingstilbud, der kan matche den nye brugergruppes behov. I Københavns Kommune steg søgningen efter behandling markant siden 2002 blandt hash- og kokainmisbrugere (figur 3). Man så en stigende tilgang af ikke tidligere behandlede, som ønskede behandling for hash- og kokainmisbrug, samtidig med en faldende tilgang af nye tilfælde af heroinmisbrug.

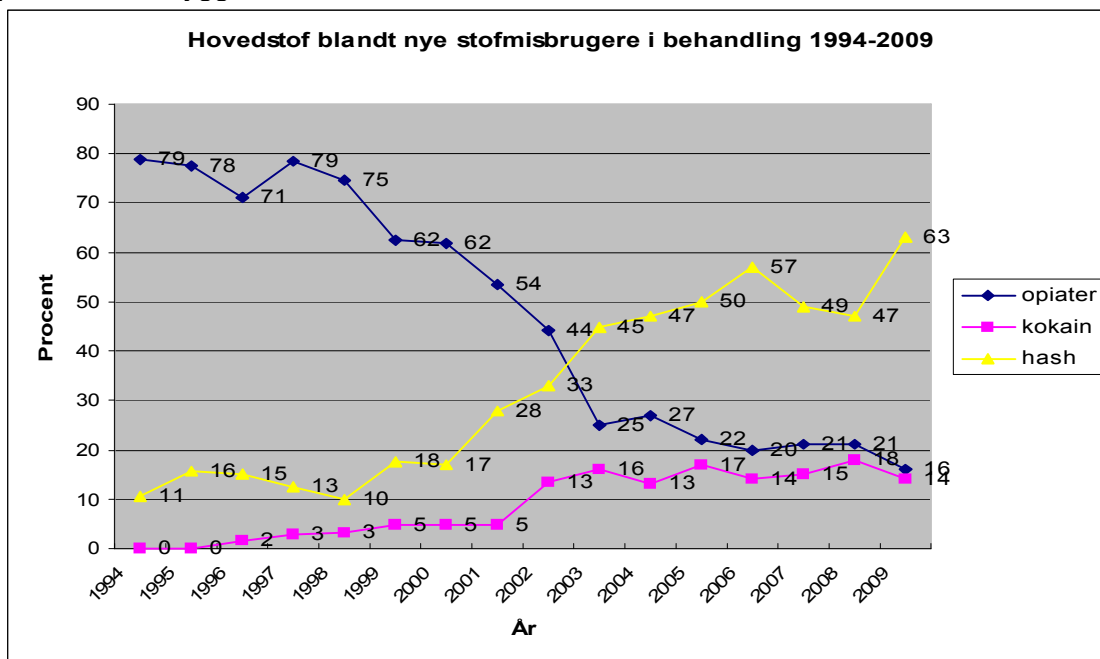
Ansvarsfordeling i forhold til overforbrugende og eksperimenterende

Ovenstående grupperinger er ikke Socialforvaltningens ansvarsområde. Socialforvaltningen har ansvaret for individer med et misbrug. Forebyggelse er et

område for Sundhedsforvaltningen, som kan integrere misbrugsforebyggelsen i interventioner i livsstil, som også omfatter kost, røg og motion.

I den individualiserede tidlige indsats nærmer de to ansvarsområder hinanden, men skellet er fortsat, at Socialforvaltningens ansvar er borgeren med et misbrug, mens Sundhedsforvaltningen søger at forebygge, at et evt. overforbrug udvikler sig til et misbrug.

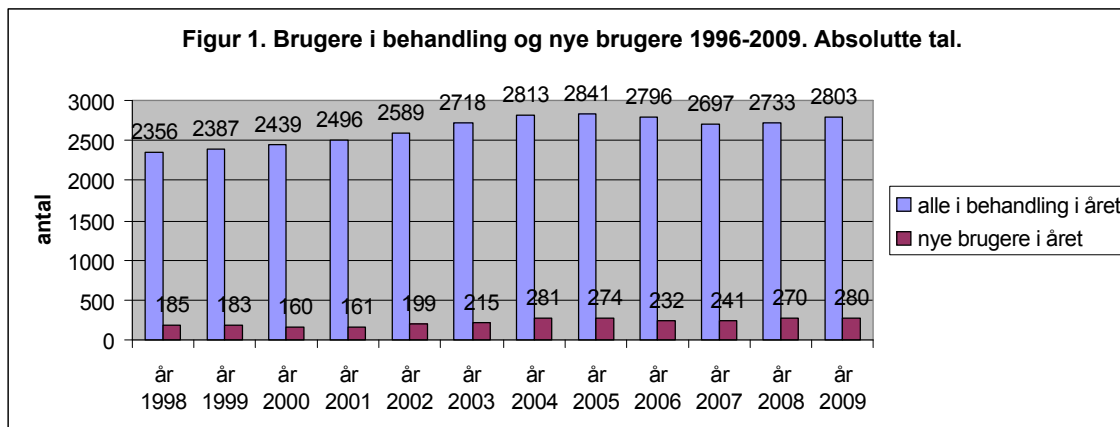
Ansvar for den brede (primære) rusmiddelforebyggelse i forhold til unge ligger dels i regi af Sundhedsforvaltningen (ungdomsuddannelserne) og i Børne- og Ungdomsforvaltningen (folkeskolen). Sundhedsstyrelsen er den statslige part i den primære forebyggelse.



Figur 3 Hovedstof blandt brugere, der søger behandling for første gang i Københavns Kommune 1994 - 2009. Procent. Kilde: Status-forskningsystemet.

Behandlingspopulationen 1998-2009

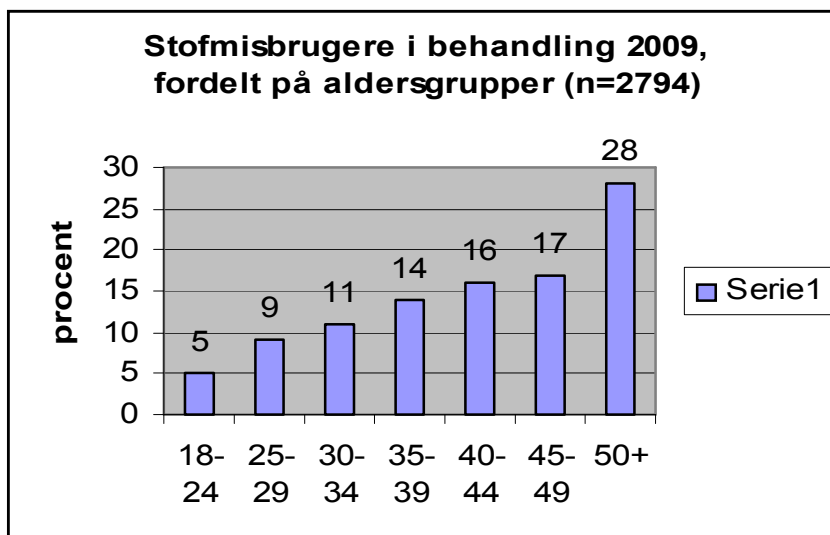
I 2009 har antallet af stofmisbrugere i behandling på årsbasis rundet 2800. Stigningen kan delvist forklares med flere nye i behandling i 2008 og 2009.



Figur 4. Antal i alt i behandling og antal nye i behandling 1996-2009. Kilde: Status-forskningssystemet.

Det er de voksne misbrugere, der er flest af i behandlingssystemet. Gennemsnitsalderen er svagt stigende fra 41 år i 2006 til 42 år i 2009. Lidt over en fjerdedel er over 50 år gamle. De ældre fylder især blandt gruppen i længerevarende substitutionsbehandling (figur 5).

20 % er selvforsørgende, den øvrige gruppe modtager en overførselsindkomst. Kun et mindre antal har hjemmeboende børn.



Figur 5. Aldersfordeling af stofmisbrugere i behandling. Kilde: Status-forskningsystemet.

Blandt de nye i behandling ses i perioden 2006-2009 en tendens til, at nye i behandling bliver ældre. Gennemsnitsalderen blandt nye, der søger behandling, stiger fra 30 i 2006 til ca. 33 år i 2009. Der kan være flere forklaringer på den stigende alder for nye i behandling. Der kan være tale om, at hashmisbrugere, der tidligere ikke mente at kunne finde et relevant behandlingstilbud, nu søger behandling efter at det er blevet bredt udmeldt, at der er et tilbud til denne gruppe. Dette understøttes af, at

hashmisbrugerne typisk har været aktive stofmisbrugere gennem 18-20 år, inden de søger behandling. Når det gælder den stigende alder blandt nye heroinmisbrugere, kan forklaringen være, at misbrugsmønstret, hvad angår heroin har ændret sig, således at det ikke længere er et stof, der vælges til af helt unge, men er et stof, der vælges til af en ældre population.

Etnisk baggrund

Andelen af brugere i behandling med anden etnisk baggrund end dansk er stort set stabil i opfølgingsperioden – andelen svinger mellem 11 og 12 % blandt samtlige. Andelen af hhv. første og 2. generationsindvandrere er stort set også den samme i perioden. Førstegenerationsindvandrere er fortsat i overtal blandt dem, man ser i behandling. Det ser ud til, at andelen af brugere med anden etnisk baggrund end dansk svarer nogenlunde til deres andel af befolkningen, men der er visse forhold, der tyder på, at især efterkommere og brugere med en kriminel baggrund er underrepræsenteret. Oplysninger fra Projekt over Muren³, som er et behandlingstilbud til indsatte i de Københavnske fængsler viser, at man her får en behandlingskontakt med en større gruppe efterkommere, hvoraf hovedparten ikke har haft behandlingskontakt tidligere.

Skøn over antallet af alkoholmisbrugere i København

Alkoholafhængige

Ca. 19.000 københavnere er decideret afhængige af alkohol (Center for Rusmiddelforskning 2004). På baggrund af erfaringer fra behandlingssystemet skønnes det, at denne gruppe har et dagligt forbrug på 20 genstande dagligt eller i perioder. Dette forbrugsmønster kan opretholdes over en årrække inden man søger behandling.

Storforbrug

Derudover skønnes det, at der i København er ca. 62.000 storforbrugere af alkohol. En femtedel af de voksne københavnere er berørt af andres alkoholproblemer. Således mener 19 % at alkoholproblemer i deres familie eller omgangskreds har haft indflydelse på deres liv inden for det seneste år.⁴

Baggrunden er, at godt hver 10. københavnere drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. 15 % af mændene og 8 % af kvinderne drikker over genstandsgrænserne. Det er især de midaldrende og ældre mænd, men også forholdsvis mange unge, der drikker for meget.

2004	18-29 år	30-44 år	45-65 år	67-74 år
Mænd	17 %	12 %	22 %	21 %
Kvinder	11 %	7 %	9 %	10 %

Tabel 2: Andel af københavnere, der drikker over genstandsgrænserne. Kilde: Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2005

Særligt mænd udenfor arbejdsmarkedet drikker for meget. Således drikker 20 % af de 18-66-årige københavnske mænd, der ikke er i arbejde, over genstandsgrænsen mod 14 % af de københavnske mænd, der er i arbejde. For kvinders vedkommende synes

³ Særudtræk fra Projekt over Muren (POM) for 2009.

⁴ Alle data i afsnittet stammer fra Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2005

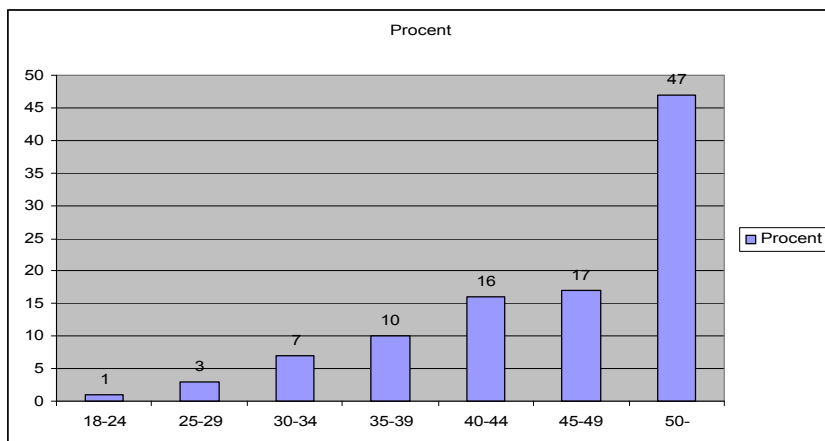
der ikke at være en sammenhæng mellem beskæftigelsesstatus og alkoholforbrug.

Når vi ser på københavnernes hverdagsforbrug, er der heldigvis en faldende tendens, og antallet af genstande drukket er også faldet. I dag er det knap $\frac{1}{4}$ af københavnerne, der drak på en tilfældig udvalgt hverdag. Der er dog stadig mange midaldrende og ældre mænd, der drikker dagligt. I forhold til weekendforbruget er det knap $\frac{3}{4}$ af københavnerne, der drikker alkohol i weekenden, og dette har ikke ændret sig de seneste 10 år. Knap $\frac{1}{4}$ af københavnerne drikker 10 genstande eller mere fra fredag til søndag, og der er en tendens til, at andelen er stigende. Det er især de unge af begge køn og de ældre mænd, der drikker i weekenden. Halvdelen af de unge mænd drikker over 10 genstande i weekenden.

Knap $\frac{1}{4}$ af de københavnske mænd synes selv de drikker for meget. Det tilsvarende tal for kvinder er 13 %. Risikoen for at have et problematisk forhold til alkohol er også større for mænd end for kvinder. 13 % af de københavnske mænd og 6 % af de københavnske kvinder har et problematisk forhold til alkohol⁵.

Antal i alkoholbehandling

I årene 2007/2008 var der årligt ca. 2100 unikke borgere i behandling for alkoholmisbrug i Københavns Kommune, svarende til ca. 11 % af det skønnede antal af alkoholafhængige i København. I 2009 flyttedes alkoholbehandlingen fra regionen til kommunen, herunder også en fysisk flytning fra hospitalerne til en adresse udenfor hospitalsregi. I forbindelse med flytningen skal brugerne genindskrives i behandling, hvilket betyder et midlertidigt "tab" af brugere i behandling. Ved udgangen af 2009 er antallet i behandling i løbet af året nået op på knap 2000.



Figur 6: Behandlingspopulationen i 2008 fordelt på alder. I procent. Kilde: NAB-data 2008, Sundhedsstyrelsen.

Knap halvdelen af gruppen i behandling er over 50 år gamle. Den største del af behandlingspopulationen bor ikke i parforhold. Således opgiver kun 28 %, at de er enten gift eller samlevende. 62 % er enten ugift, skilt, skilt fra samlevende eller

⁵ Man har et problematisk forhold til alkohol, hvis man har svaret ja til mindst to af disse spørgsmål: 1) Har du indenfor det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug? 2) Er der nogen, der indenfor det sidste år, har "brokket" sig over, at du drikker for meget? 3) Har du indenfor det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld pga. dine alkoholvaner? 4) Har du indenfor det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at berolige nerverne eller blive tømmermænd kvit?

separeret. De resterende vil enten ikke opgive deres civilstand (7 %) eller er enke/enkemand (4 %).

87 % af brugerne i behandling har børn. Langt størstedelen af disse børn er dog over 18 år eller er flyttet hjemmefra. 13 % af de indskrevne i behandling oplyser, at de har et eller flere børn under 18 år. Dertil kommer et relativt højt antal (13 %), som ikke ønsker at besvare spørgsmålet. Man kan formode, at det høje tal til dels dækker over forældre, der er bekymrede for underretninger til socialforvaltningen. Hvis formodningen er rigtig, er procentdelen af indskrevne med børn under 18 år altså højere end 13. Man kan ikke slutte om børnene bor hjemme hos den indskrevne.

62 % af de indskrevne har en uddannelse. 27 % har ingen uddannelse. De indskrevnes indtægter stammer i høj grad fra overførselsindkomster. Der er således blot 34 % som har en lønindtægt, mens 38 % får arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp, sygedagpenge, aktivering eller revalidering.

Alkoholrelaterede skader og kontakter til det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen

De danske unge har "europa-rekord i druk", og ca. 50 % af alle trafikulykker med dødelig udgang er alkoholrelateret. Hertil kommer alkoholforbrugets sociale og menneskelige konsekvenser – også for de pårørende.

Et forsigtigt skøn over de samfundsøkonomiske omkostninger for København lød i 1994 på 1 milliard kroner fordelt på sundhedsomkostninger til operationskomplikationer og genindlæggelser, sociale omkostninger, kriminalitet, færdselsulykker og tabt arbejdsfortjeneste (Sundhedsforvaltningen, 2006).

Sundhedsstyrelsen har i 2010 opgjort hvor mange borgere, der er i alkoholbehandling samt de alkoholrelaterede kontakter til hospitalsvæsenet, såvel det somatiske som det psykiatriske hospitalsvæsen og de kommunale udgifter, som er forbundet hermed, samt den alkoholrelaterede dødelighed. Opgørelsen viser, at den alkoholrelaterede sygelighed medfører et højt forbrug af sundhedsvæsenets ydelser. Opgørelsen peger på, at en meget større gruppe end den gruppe, man ser i behandlingen, har et behandlingsbehov.

Nedenstående oversigt viser også, at Københavns Kommune hører til én af de mest belastede i landet, hvad angår alkoholrelaterede sundhedsmæssige problematikker, og samtidig er Københavns Kommune den kommune, der har det højeste udgiftsniveau, hvad angår kommunal medfinansiering på dette område.

2008	antal	Pr.1000 borgere	Højst landet	i	Lavest landet	i
Antal alkoholrelaterede kontakter til somatisk hospital >14 år KBH Kommune	8.344	25,7	26,4		3,5	
Antal alkoholrelaterede kontakter til psykiatrisk hospital >14 år KBH Kommune	22.938	63,8	63,8		5,7	

Kommunal medfinansiering af udgifter til alkoholrelaterede kontakter til hospitalsvæsnet (standardiseret for alder og køn)		58.235	58.235	10.724
Antal borgere med alkoholbetinget skrumpeliver (standardiseret for alder og køn)	414	1,0	2,2	0,3
Antal alkoholrelaterede dødsfald (standardiseret for køn og alder)	254	0,9	0,9	0,2

Tabel 3. Oversigt over udvalgte nøgletal for alkoholrelaterede sundhedsmæssige skader og omkostninger for kommunen 2008. Kilde: Sundhedsstyrelsen 2010, Tal på alkohol i kommunerne

Sundhedsstyrelsen har på regionsniveau opgjort antal borgere i offentlig betalt alkoholbehandling og antal borgere som har haft kontakt med hospitalsvæsnet med alkoholrelaterede problemer. Det fremgår heraf (se oversigten ovenfor), at væsentligt flere borgere med alkoholrelaterede lidelser har kontakt med hospitalsvæsnet end med behandlingssystemet.

Misbrugsskader, latenstid og tidlig indsats

Såvel stofmisbrug som alkoholmisbrug er forbundet med skader for den enkelte og for samfundet. Skader, der er forbundet med misbrug, kan opgøres på mange måder. En måde at sammenfatte skadevirkningerne på er at opgøre den sygdomsbyrde og antallet af tabte leveår, der knytter sig til misbrug (Diderichsen et al, 2006)

Alkoholisme er i København den tredje højst placerede diagnose, når det gælder antallet af tabte leveår og død og er én af de diagnoser, der bidrager mest til sygdomsbyrden. Alkoholisme bidrager med flere tabte leveår (gennemsnitligt 908 år pr 100.000) end sygdommene iskæmisk hjertesygdom, diabetes og lungekræft (Diderichsen, 2006).

Stofmisbrug er typisk forbundet med en høj dødelighed, og selvom gruppen omfatter færre personer end alkoholmisbrug, ligger den som nr. 12 på listen med gennemsnitligt 296 tabte leveår pr. 100.000.

Skaderne berører ikke kun den gruppe misbrugere, der er kendt af misbrugsbehandlingen, men også de, der er uden for behandling, herunder også storforbrugerne af alkohol eller den gruppe, der har et eksperimenterende brug af stoffer. Skaderne udvikler sig over tid og sandsynligheden for at brug udvikler sig til et skadevoldende brug øges jo længere tid, der går. Dette er én af de vigtigste grunde til en tidlig indsats – at indlede behandling og afhjælpning af misbrug før skaderne melder sig.

For alkoholmisbrugerne har misbruget stået på 10-12 år, før man henvender sig om behandling (Søgaard Nielsen et al, 2008). For stofmisbrugerne (opiatmisbrugere) går der gennemsnitligt 7-10 år, før man henvender sig om behandling. For

hashmisbrugerne er der tale om en latenstid på omkring 20 år, og for kokainmisbrugerne (som repræsentant for de nye brugergrupper) typisk 10-12 år fra et eksperimenterende brug starter, til man søger behandling.

For en del misbrugere vil der være tale om spontant ophør, men for den relativt store gruppe, der fortsætter misbruget, vil der være en såvel individuel som samfundsmæssig gevinst ved at inkludere borgere i behandling på et tidligt tidspunkt – at forkorte latenstiden. Tilsvarende bør man overveje hvordan man gennem skadesreducerende tiltag kan afhjælpe sociale, psykiske og somatiske skader og derigennem reducere antallet af ”tabte gode leveår” og antallet af hospitalsindlæggelser.

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

Lovgivning

Som anført er den lovgivning der regulerer indsatsen i forhold til alkohol hhv. de illegale stoffer (*narkotika*) på mange punkter forskellig, primært betinget netop af at alkohol er et socialt og kulturelt accepteret stof, medens de illegale stoffer er noget man entydigt ønsker at være foruden.

De illegale stoffer (narkotika)

Med lov om euforiserende stoffer fra 1955 bemyndigedes indenrigsministeren til at bestemme at stoffer, som efter internationale vedtagelser eller efter Sundhedsstyrelsens skøn frembyder ganske særlig fare pga. deres euforiserende egenskaber, ikke må forefindes i Danmark, medmindre ministeren har givet tilladelse hertil. Hvis der ikke foreligger en særskilt tilladelse, er ind - og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af sådanne stoffer forbudt. Strafferammen for overtrædelse af loven er 2 års fængsel. I 1969 vedtog man straffelovens § 191 fordi man ønskede at øge strafferammen ud over de to år. § 191 rettede sig mod den grovere narkotikakriminalitet, og strafferammen var ved lovens vedtagelse 6 år, og er senere gradvist hævet til 16 år.

Besiddelse af stoffer til eget forbrug blev tidligere typisk afgjort med en advarsel, men den nuværende regering var (og er) af den opfattelse, som regeringen gav udtryk for i sin handlingsplan mod narkotikamisbrug – ”Kampen mod narko” fra 2003, at der var behov for at sende et klart signal om at enhver besiddelse og brug af euforiserende stoffer er ulovligt, og altid mindst skal udløse bødestraf, og at overdragelse og besiddelse af med henblik på videreoverdragelse af euforiserende stoffer i festmiljøet, og især hvor unge færdes, i alle tilfælde bør medføre frihedsstraf, den såkaldte ”*nul-tolerance politik*.”

I ”Kampen mod narko” slås det fast, at skadesreduktion er og bør fortsat være et integreret element i narkotikapolitikken. Dog bør mere vidtgående krav om skadesreduktion, eksempelvis heroinordination og fixerum, afvises, fordi de ”fører til en direkte modstrid med selve kernes i narkotikapolitikken: Imødegåelse af al ikke-

medicinsk og ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika, og er et klart udtryk for en legaliseringstendens." I spørgsmålet om heroinbehandling har regeringen dog skiftet standpunkt, og tilvejebragte i 2008 med ændringer af lov om euforiserende stoffer den nødvendige lovhjemmel for behandling med lægeordineret heroin.

Behandlingen for stofmisbrug er et kommunalt ansvar. Kommunen har ansvaret for den sociale behandling efter servicelovens § 101 og for at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende stoffer efter sundhedslovens § 142. Alle behandlingsforløb skal registreres og indberettes til både Servicestyrelsen og Sundhedsstyrelsen.

Iflg. serviceloven har stofmisbrugere krav på et tilbud om social behandling senest 14 dage efter henvendelse til kommune, og de har endvidere, når de har modtaget et behandlingstilbud, ret til at vælge et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter. Loven gælder ambulans og døgnbehandling, men hvis en bruger er visiteret til fx ambulans behandling har han ikke mulighed for at vælge døgnbehandling. Misbrugere under 18 år har garanti for social behandling i særlige tilfælde, hvor stofmisbruget medfører alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, som gør at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Man skal lægge mærke til at behandlingsgarantien kun gælder den sociale, og ikke den sundhedsfaglige behandling. Dette giver selvfølgelig ingen mening, men er et udtryk for den manglende koordination mellem Social- og Sundhedsministeriet.

Tvangsbehandling af misbrugere er de senere år blevet en mulighed i Danmark, om end en temmelig teoretisk sådan. Mulighederne er ikke de samme for alkohol- og stofmisbrug.

For stofmisbrugere gælder, at kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om hvorvidt de vil tilbyde kontrakt om behandling. Når der er tale om gravide stofmisbrugere *skal* kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbrug kontrakt om behandling.

Man skal lægge mærke til at loven kun gælder misbrugere der allerede er døgnplacerede, og at der er tale om et tilbud om tvang. Der er således tale om en meget mild lov, som i praksis er svær at anvende. Loven er ikke blevet anvendt i Københavns Kommune, og så vides heller ikke i andre dele af landet.

Alkohol

Behandlingen for alkoholmisbrug er et kommunalt ansvar. Kommunen overtog ansvaret for alkoholbehandling i forbindelse med strukturreformens ikrafttræden i 2007. Alkoholbehandling reguleres efter sundhedslovens § 141.

Kommunen skal tilbyde vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere. Misbrugeren har krav på, at behandlingen er iværksat senest 14 dage efter henvendelse til kommunen med ønske om at komme i behandling. Alle offentligt finansieret behandlingsforløb skal registreres og indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Man skal ikke visiteres til behandling i et alkoholambulatorium, hvilket betyder, at misbrugeren i princippet kan komme direkte fra gaden ind i et ambulatorium og blive sat i behandling. Misbrugeren kan vælge at modtage alkoholbehandling i et ambulatorium uden for bopælskommunen vederlagsfrit. Dag- og døgnbehandling kan

være relevant, hvis det skønnes, at misbrugeren ikke kan profitere af behandlingen i ambulanseregion. Det er kommunen, der træffer afgørelse herom. Alkoholbehandling og rådgivning i ambulanseregion kan ydes anonymt, hvis misbrugeren har et ønske herom. Dog er anonymitet ikke en mulighed, hvis medicin indgår som en del af behandlingen.

Der er ingen tvangsbehandlingsmuligheder for alkoholisbrugere generelt, men gravide alkoholisbrugere *kan* i forbindelse med tilbud om støtte i form af døgnophold tilbydes at indgå en kontrakt om behandling for alkoholisbrug med mulighed for tilbageholdelse for en begrænset periode. Det er kommunalbestyrelsen, der træffer afgørelsen om hvorvidt kommunen vil tilbyde kontrakt om behandling.

Evidens

Behandling koster, uanset om den virker eller ej, og det er uetisk at tilbyde en virkningsløs behandling. Det er derfor vigtigt, så langt det er muligt, at tilbyde evidensbaserede behandlingsformer, dvs. behandlingsformer, hvor man i kontrollerede forsøg (helst) har kunnet vise at der er en positiv effekt, eller hvor en bred sagkundskab og kliniske erfaringer sandsynliggør en effekt. Der foreligger efterhånden en omfattende litteratur om effekten af forskellige interventioner på både alkohol- og stofområdet, og der er således ikke nogen undskyldning for at anvende ikke-evidensbaserede behandlingsmetoder.

Dokumenterede effekter på alkoholområdet

Sundhedsstyrelsen publicerede i 2006 en MTV-rapport om alkoholbehandling (Søgaard Nielsen, 2006). I rapporten konkluderedes det, at de færreste danske behandlingsinstitutioner anvender evidensbaserede behandlingsindsatser, dvs. de indsatser som er beskrevet nedenfor.

Når det gælder det farmakologiske område er det vist at acamprosat og naltrexone er moderat effektive, det samme gælder overvåget antabusbehandling, mens ikke-overvåget antabus behandling ingen effekt har. Den medikamentelle behandling bør kombineres med en psykosocial indsats, og specifikke behandlingsindsatser rettet mod misbruget (kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtaler) har en klart bedre effekt end støttende samtaler, som ingen effekt har. Inddragelse af familien i behandling øger effekten og sandsynligheden for, at den alkoholafhængige søger behandling.

Det er ikke muligt at dokumentere forskelle i effektivitet på døgn- versus dag- eller ambulanseregion behandling. Det ser dog ud til, at brugere med mindre eller moderat afhængighed profiterer mere af ambulanseregion end af døgnbehandling, mens brugere med en svær alkoholafhængighed får mere ud af døgn- end af ambulanseregion behandling.

Dokumenterede effekter på stofområdet

Den farmakologiske behandling af opioidafhængige (substitutionsbehandling med buprenorphin, metadon og heroin) har en meget betydelig effekt når det gælder reduktion af illegalt misbrug, kriminalitet og risikoadfærd, mens effekten på social rehabilitering er mere tvivlsom. Naltrexone (en opioidantagonist⁶) kan have en virkning qua opretholdelse af stoffrihed hos motiverede brugere. Der findes ingen virksom

⁶ "Antagonist" betyder, at man i medicineret tilstand får ubehag ved brug af rusmidlet

farmakologisk behandling i forhold til hash- og kokainmisbrug.

De samme psykosociale metoder som er virksomme ved et alkoholmisbrug er virksomme i forhold til stofmisbrug. Behandlingsregi synes ikke at spille en rolle, ambulante behandling er lige så virksom som døgnbehandling⁷. Der er på europæisk plan flere forskningsaktiviteter igangsat, som afprøver forskellige former for substitutionsmedicin til reduktion af trang i forbindelse med kokain- og amfetaminmisbrug. Resultaterne er hidtil ikke overbevisende, og det er foreløbig konkluderet, at den mest effektfulde behandling, der indtil nu er evidens for, er den psykosociale behandling (Strasbourg, 2010).

Uanset om vi taler om den ene eller anden slags misbrug, er en ordentlig udredning af misbruget og evt. komorbide tilstande afgørende for behandlingsresultatet. Det er vigtigt at brugerne kan tilbydes flere forskellige tilbud, at behandlingen kan individualiseres og differentieres, at behandlingen er struktureret, at der lægges behandlingsplaner, og at disse løbende revideres. Det er alt sammen meget bedre end en planløs indsats.

Brugerrettigheder

Som det fremgår af afsnittet ovenfor, giver lovgivningen en række rettigheder til brugerne. Det gælder ikke mindst garanti for behandling inden for 14 dage, men også borgeren ret til at vælge tilbud inden for den ramme, som visitationen giver. For alkoholområdet er det endvidere borgerens ret at vælge det ambulante tilbud, som man måtte ønske, uanset hvilken kommune tilbudet ligger i. Inden for alkoholområdet har man også mulighed for anonym rådgivning og behandling, så længe behandlingen ikke omfatter medicin. På stofmisbrugsområdet er den anonyme rådgivning alene omfattet af den generelle forpligtelse i serviceloven. Socialforvaltningen vil her referere til formuleringerne i Sundhedsloven og til Servicestyrelsens hæfte "God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet", 2010.

Udover de specifikke rettigheder i forhold til behandling, har man som bruger de rettigheder, der er i medfør af lov om retssikkerhed, lov om social service og sundhedsloven.

For socialt udsatte misbrugere i Københavns Kommune gælder særligt, at der etableres et Udsatte råd, og at man som bruger har krav på en ½ årlig opdatering af sin sociale handleplan.

⁷ Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Narkotikasituationen i Europa. Årsberetning 2009.

McLellan T. What we need is a system: Creating a responsive and effective substance abuse treatment system. I: Miller WR, Carroll KM. Rethinking substance abuse. The Guilford Press, New York, 2006: 275 – 92

Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammenställning. Stockholm, 2001.

Schippers GM, Schramme M, Walburg JA. Reforming dutch substance abuse treatment services. Addictive behaviors 2002; 27: 995 – 1007.

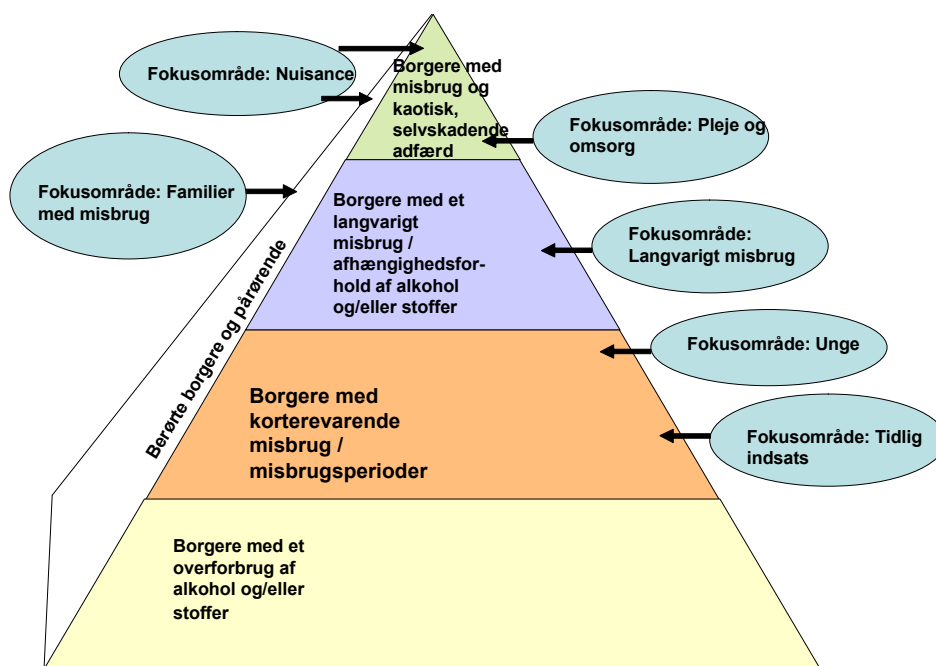
Fokusområder

De følgende 6 fokusområder afspejler de områder, hvor der er behov for udvikling. Behovet for udvikling er defineret i dialog med Socialudvalget, ledere og medarbejdere på området, og ud fra dokumentation i form af statistik og forskning på området. Fokusområderne munder hver især ud i en række handlemuligheder, som skal følges op med handleplaner de kommende år.

Udviklingsperspektivet flytter fokus fra den eksisterende indsats. Det betyder ikke, at den nuværende indsats er mindre vigtig, snarere omvendt. Den er fundamentet, hvorpå udviklingen kan tænkes.

De 6 fokusområder relaterer sig til forskellige målgrupper, som det også fremgår af figur 7.

Misbrugsproblemer skal adresseres bredt. Det er ikke nok at tilbyde behandling til den misbruger, der kommer ind ad døren til et behandlingssted. Der er også misbrugsproblemer uden for institutionerne, på gaden og for de naboer og pårørende, som omgås borgere med et misbrug. Fokusområderne omhandler både denne vifte af problematikker og den traditionelle indsats. Hvert fokusområde munder ud i en række handlemuligheder. Handlemuligheder som fremadrettet skal følges op på i handleplaner. Handlemulighederne er afslutningsvist kædet sammen med overordnede mål for fokusområdet i en forandringsteori. En forandringsteori angiver den tiltænkte sammenhæng mellem aktiviteter og kort- og langsigtede effekter. For de kortsigtede effekter er der endvidere angivet indikatorer, som er de målepunkter, der viser, hvor vidt man opnår effekten eller ej.



Fokusområde: Tidlig indsats

Problemet

I et samfundsmæssigt perspektiv kan misbrugsproblemet ikke reduceres til de borgere, som er i behandling. Der er borgere som ikke søger behandling, som ikke desto mindre belaster deres helbred, deres familie og deres arbejdsplads. På alkoholområdet anslår man, at omkring 19.000 københavnere har et misbrug. Det er kun omkring 2000 som årligt er i behandling og yderligere små 2000, der får en overfladisk hjælp i almen praksis.

Behandling og tidlig indsats

Den traditionelle behandling kendetegnes ved bevidst valgte metoder i en institutionel ramme, udført af uddannede medarbejdere og rettet mod borgere, der søger behandling. Dette fokusområde tager et andet perspektiv. Det sker ud fra erkendelsen af, at der er en stor gruppe borgere, der ikke nyder godt af behandlingen inden for den institutionelle ramme. Det gælder særligt borgere med et misbrug af alkohol, men også i et vist omfang kokain- og hash-misbrugere. Erkendelsen retter opmærksomheden *ud* af den institutionelle ramme: Hvad med borgeren som ikke går ind ad døren på institutionen? Hvad er hans / hendes hjælpebehov og motivation, og er det muligt at imødekomme behovet ved at tilpasse den institutionelle ramme og metoderne? Eller skal man tænke ud af den institutionelle ramme og give tilbud i andre sammenhænge, hvor borgeren befinder sig? Målet må være at mindske "latenstiden" fra misbruget begynder at tage om sig, til borgeren vælger at gå i behandling. På alkoholområdet går der ca. 10 år. Tidlig indsats betyder således "lidt tidligere indsats" eller - sagt på en anden måde – at komme for sent så tidligt som muligt.

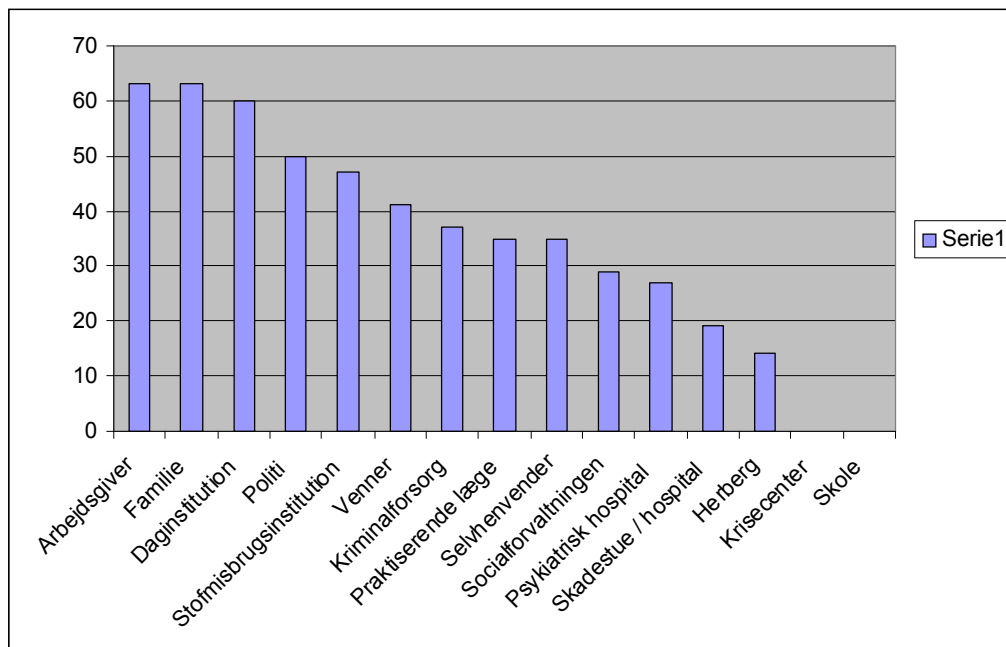
En målrettet tidlig indsats vil øge antallet af borgere, som behandlingssystemet er i kontakt med. Mange af indsatserne vil være kortvarige, mens andre kontakter vil afsløre et mere omfattende behov for hjælp. Tidlig indsats bør derfor følges op af øget behandlingsskapacitet. Der bør minimum være en tæt monitorering af tilgangen til behandling i takt med de tidlige indsatser.

Tidlig indsats retter sig stadig mod borgere, der har et misbrug, og dermed har et – potentielt – ønske om forandring. Borgere med et overforbrug er ikke Socialforvaltningens målgruppe men Sundhedsforvaltningens målgruppe, da de har ansvar for forebyggelsen.

Fordele ved tidlig indsats

Der er forskning, der taler for tidlig indsats. Der er således større behandlingsmæssig effekt ved at behandle borgere med et misbrug, inden afhængigheden er for stærk og den sociale deroute er accelereret. Hvis der fortsat er familie og / eller arbejde er der stadig meget at kæmpe for, og ressourcer der kan støtte en proces ud af et misbrug (Søgaard Nielsen et al 2008, SFI 2010). Illustrative tal er sammenhængen mellem

henvisningsårsag og resultat af behandlingen. Her er det tydeligt, at borgere som er henvist af arbejdsgiver, familie og daginstitution er dem som oftest bliver færdigbehandlede ved udskrivning (hvilket er en god indikator på vellykket behandling).



Figur 8: Andelen af "færdigbehandlede ved udskrivning" i forhold til instansen, der har henvist til behandling. I %. Kilde: NAB-data, Sundhedsstyrelsen, 2008

Begrænsninger i konceptet om tidlig intervention

Det vil være en forsimplet konklusion at sige, at det som entydig strategi gælder om at komme så "tidligt som muligt" i sin indsats. Der er grunde til, at folk ikke søger behandling, selvom de har et problematisk forbrug. Helt overordnet mener de ikke, de har et problem, så de søger ikke hjælp. De har måske stadig en sådan glæde ved rusmidlet, at et ophør eller reduktion er helt utænkelig. Så selvom sådanne borgere er "lette" i forhold til belastningsniveau og afhængighed, kan de være "tunge" i forhold til motivation. Det gælder altså snarere om "at komme for sent så tidligt som muligt".

Et andet relevant forhold i vurderingen af den tidlige indsats er forholdet "spontan helbredelse". Spontan helbredelse (eller natural recovery, self change, spontan remission) betyder, at mange – måske op til 75 % - med et misbrug eller afhængighedsforhold stopper uden at søge behandling (Elmeland et al, 2009/10). De ændrer selv adfærd evt. med hjælp af venner og familie. En tidlig indsats bør respektere folks egen robusthed og handlekraft og ikke træde i stedet herfor.

Grundlæggende ligger der også en prioritering i at henvende sig til borgere, som ikke har et akut behov for hjælp. I hvilket omfang skal det ske på bekostning af den behandling, der tilbydes de mere belastede borgere, som aktivt søger hjælp.

Endelig ligger der en formel begrænsning i Socialforvaltningens muligheder for tidlig indsats. Grænsen går ved forebyggelse, som er Sundhedsforvaltningens ansvarsområde. Forskellen mellem tidlig indsats og forebyggelse er, at den tidlige

indsats retter sig mod et individ med et aktuelt problem, som vedkommende ønsker hjælp til. Hvorimod forebyggelse retter sig mod grupper, som ikke har et aktuelt hjælpebehov.

Motivation for at søge hjælp

Når en borger vælger at søge behandling, er det ikke alene et resultat af en individuel erkendelse af et problem og en individuel motivation for forandring og behandling. Der er således righoldig forskning og erfaringer, som formår at sætte beslutningen i sammenhæng med både personens omgivelser og behandlingssystemets indretning. Forhold som har betydning for udviklingen af den tidlige indsats.

Personens omgivelser i form af familie og arbejde er nogle af de vigtigste drivkræfter til, at personen søger behandling. Det siger både forskning og behandlingserfaring (Søgaard Nielsen et al 2008, Pedersen, 2010). Når misbruget kommer i diametral modsætning til arbejdsliv og familieliv er selvforsørgelsen, de vigtigste sociale relationer og identiteten på spil. Det gør ofte udslaget for viljen til at ændre forbrugsmønster evt. ved at søge behandling. Udslaget er ofte fremkaldt med eksplicitte bønner og trusler fra konen/manden/arbejdsgiveren. En vigtig kanal for formidling af rådgivningstilbud til borgeren med misbrug er altså de nære familiemedlemmer og arbejdspladsen.

I misbrugsforløbet kan også komme udløserer – triggers – som giver særlig anledning til, at personen genovervejer sit forbrug. Det kan enten være positive eller negative livsbegivenheder, som udløser motivationen (Elmeland et al, 2009/10, Pedersen, 2010). I arbejdslivet kan det fx være en negativ begivenhed som opsigelse eller en advarsel; i privatlivet kan det være en positiv livsbegivenhed som det at få et barn. Negative livsbegivenheder kan i øvrigt være anholdelser eller indlæggelser på hospital.

Motivation for at søge behandling afhænger også af behandlingstilbudene. Det er undersøgt, hvilke forhold som gør det *mindre* attraktivt at søge behandling. Det er (Stephens et al, 2004, Elmeland 2009/10, Pedersen 2010):

- bekymring for at blive registreret
- bange for at blive stigmatiseret
- manglende tiltro til behandlingen
- manglende kendskab til behandlingen
- angst for abstinenser ved start på behandling
- usikker på hvad behandlingen indebærer
- tidligere (negative) behandlingserfaringer
- mere tiltro til AA-konceptet (selvhjælpsgrupper)
- bekymring for prisen (udenlandske studier)
- ringe tilgængelighed, få tilbud, manglende variation i tilbudene
- hvis man alene tilstræber afholdenhed og ikke kan søge at opnå reduktion i forbruget

Hvis man skal øge behandlingstilbudets relevans, skal man minimere ovenstående bekymringer og mistro.

Erfaringer med motiverende behandlingsrammer

Der er gjort erfaringer i København med at minimere bekymring og mistro til behandlingssystemet.

- U-turns erfaringer med anonym rådgivning peger således på væsentlige muligheder i tydeligt at skilte med muligheden for at være anonym. Hermed mindskes bekymringen for at blive registreret og stigmatiseret. I forlængelse af U-turns erfaringer lyder anbefalingen: at man skal vægte den anonyme rådgivnings- og vejledningsforpligtelsen.
- U-turn har også erfaringer med at tilbyde gruppebehandling "ud af huset" i den kontekst de unge er i til daglig. Erfaringen er, at det er muligt at etablere et gruppebehandlingsforløb på en anden institution. En erfaring i at gøre behandlingen yderst tilgængelig (man skal være opmærksom på mulige problemer med stigmatisering, hvis det bliver synligt for alle på institutionen, at deltagerne går i behandling).
- Hash- og kokainprojektet har i tilgangen vægtet det professionelle og systematiske, hvilket også har afspejlet sig i kommunikationen i pjecer og på nettet. Hermed skulle det manglende kendskab og den manglende tiltro blive minimeret. Projektet udvidede også åbningstiderne for at forbedre tilgængeligheden til tilbudet for borgere i arbejde.
- Alkoholhederne i Center for Misbrugsbehandling fortæller i sin kommunikation, at man som ny i behandlingen bliver hjulpet gennem abstinensfasen, for derved at mindske den erfaringsbaserede bekymring for abstinenser. Man understreger også, at behandlingen er gratis, og understreger, at den er udført af et hold af professionelle.
- Mange af socialforvaltningens behandlingsinstitutioner har også gjort en dyd ud af indretning, så borgeren der går ind ad døren ikke oplever sig nedprioriteret og marginaliseret.
- Mange tilbud fortæller eksplicit, at det er et anerkendt mål blot at ville reducere sit forbrug. Det mindsker tærsklen for at gå i behandling, fordi adfærdsændringen ikke bliver så uoverskuelig.

Rådgivningscenter København regner i øvrigt med at gå i gang med et projekt: Anonym rådgivning.

Evidens for tidlig indsats

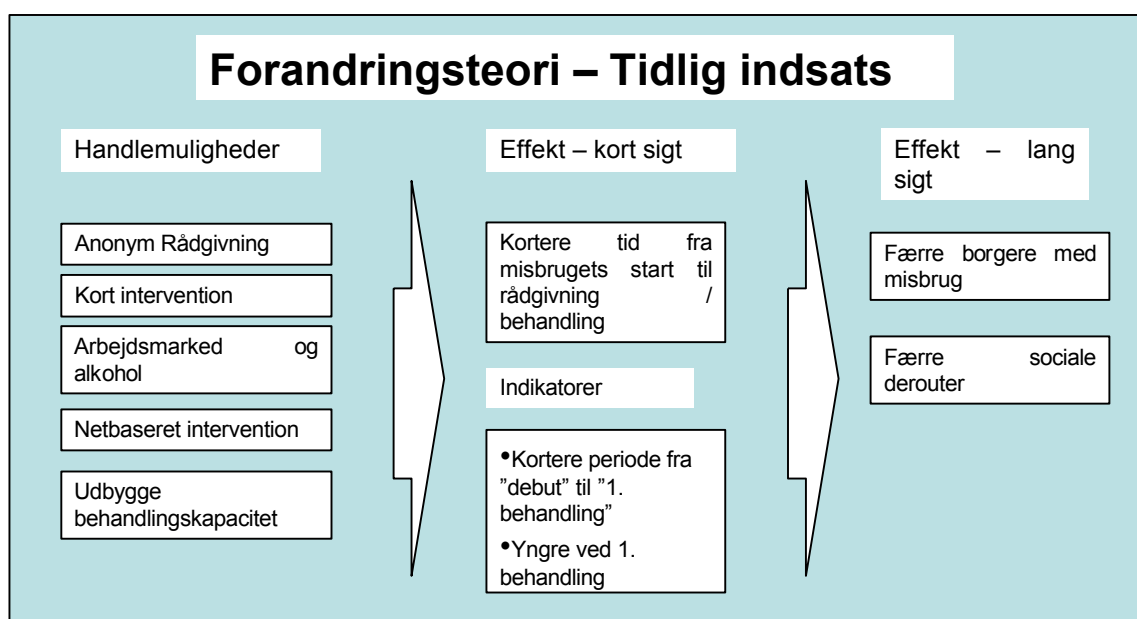
Internationale erfaringer med korttidsinterventioner peger på effekter ved at give 1-2 anonyme rådgivningssamtaler til borgere med et misbrug (Stephens et al. 2004, SFI 2010). Effekterne er begrænsede men dog signifikante i forhold til kontrolgruppe og over et længere tidsrum. Effekten er interessant set i forhold til indsatsens beskedne omfang. I forsøget skete rådgivningen anonymt og borgerne blev orienteret om muligheden i aviser. I et dansk forsøg havde man ikke held med at se effekterne af en ganske kort samtale på 10 minutter. Herimod viste der sig en effekt, da man inddrog en intervention via internettet. Interventionen bestod i, at borgeren selv opgjorde sit forbrug og efterfølgende fik en kort mundtlig, personlig feed-back. Denne intervention førte tilsyneladende til en signifikant reduktion af alkoholforbruget. Reduktionen klingede dog af efter 6 måneder.

Handlemuligheder

- Samarbejde med Sundhedsforvaltningen i forhold til den tidlige indsats.

Sundhedsforvaltningen har således planer om at åbne for alkoholrådgivning i deres sundhedshuse. Målgruppen er storforbrugere af alkohol. Initiativet ligger tæt op af Socialforvaltningens idéer om tidlig indsats, så der er muligheder for samarbejde, så de to tilgange støder tæt op til hinanden.

- Anonym rådgivning / behandling af hash- og kokainmisbrugere. Der er muligheder for et samarbejde mellem Rådgivningscenter København og Servicestyrelsen om at afprøve relevansen af anonym behandling gennem et forsøgsprojekt.
- Kort intervention. Der er erfaringer både internationalt og nationalt, som man kan trække på i udviklingen af et koncept. Helt konkret har Statens institut for Folkesundhed nogle erfaringer, man kan udvikle videre på.
- Arbejdsmarked og alkohol. Der er muligheder for at målrette indsatsen mod arbejdspladser og Beskæftigelsesforvaltningens Sygedagpenge område. Fastholdelse i arbejde og forebyggelse af social deroute er de direkte mål for en sådan intervention.
- Netbaseret intervention overfor misbrug. En indsats som både EU og Statens institut for Folkesundhed peger på har potentiale.
- Udbygge behandlingsskapiteten på alkoholområdet. Tidlige indsatser vil give forskellige effekter på forskellige mennesker. Således vil nogle borgere med hjælp fra en minde indsats selv kunne ændre deres misbrugsadfærd, mens andre vil erkende, at de har brug for egentlig behandling. Tidlig indsats bør derfor følges op med øget behandlingsskapitet, og da det særligt er på alkoholområdet, der er mange ikke-behandlede er det her, behovet er størst.



Fokusområde: Unge

Intervention i forhold til unge er også en "tidlig indsats", men deres livssituation gør det relevant at målrette indsatsen. Københavns Kommunes "U-turn" har således haft gode resultater med en behandling af unge til og med 24 år, der inkluderer

forældreinddragelse, skolegang og gruppebehandling. Der er ligeledes gode erfaringer med anonym rådgivning og konsulenttydelser ud af huset. Over årene er der således opbygget en kompetence, der bygger bro mellem misbrugsbehandlingen og de øvrige problematikker, de unge har. Det er dermed lykkedes at motivere unge for at ændre deres misbrugsadfærd på et langt tidligere tidspunkt, end det normalt er tilfældet i behandlingssystemet. Hvor en borger med et hashmisbrug normalt har startet med rygningen 18-20 år før, han/hun søger behandling (Pedersen, 2010), er det for de unge i U-turn tale om en meget kortere periode givet, at maksimumsalderen er 24 år. Det betyder, at afhængigheden ikke er så massiv, og de afledte problemer ikke så omfattende. Chancen for ændret adfærd er derfor til stede, selvom man skal være opmærksom på, at en stor del af målgruppen har tilstødende problemer, der gør opgaven udfordrende. Udover de givne udfordringer *indenfor* institutionens mure, er der en række problematikker omhandlende unge og misbrug *udenfor* institutionen. Disse forhold har karakter af en række strategiske udfordringer, som bør adresseres:

Unge med misbrugsproblemer på Socialforvaltningens andre institutioner

Misbrug blandt unge – og ældre – er ofte vævet ind i sociale og psykiske problemer. Det er derfor indlysende, at det ikke kun er på U-turn men også på Socialforvaltningens sikrede og sociale institutioner og bosteder for psykisk syge unge, at der er misbrugsproblemer. U-turn har foretaget en undersøgelse til belysning af problemets omfang og karakter for at skabe et grundlag for eventuelle tiltag. Rationalet er, at alle unge, som er indskrevet i Socialforvaltningens tilbud bør hjælpes til at håndtere deres misbrugsproblemer.

Problemets omfang

I København er der 77.000 unge mellem 14-24 år. Omkring 2-3 pct. – 2.000 unge - vil have massive sociale problemer, hvor misbrugsproblematikker ofte vil være vævet ind. På børne- og ungeområdet foranstaltes ca. 5-6000 ydelser årligt, og de fleste er for unge. I U-turn er der ca. 1000 henvendelser i rådgivningen årligt, men kun 110 indskrevne (2009). På baggrund af en undersøgelse på ungeinstitutionerne kan man konstatere, at samtlige institutioner med botilbud for unge (som svarede i undersøgelsen) oplever problemer med rusmidler. Uddybende kan det konstateres, at

- At ca. 75 % af de unge i akutcentret på børne- og ungeområdet har misbrugsproblemer
- At 6 ud af 12 unge på Center for psykisk syge unge har massive misbrugsproblemer, og er ikke motiveret for at indgå i en realistisk misbrugsbehandling
- At ungeinstitutioner som Hjulmagerstien, Brydes Alle og Viskinge hele tiden har enkelte unge anbragt som har massive misbrugsproblemer
- At Center for Selvstændige Boforner konkret har 5-6 beboere med massive problemer ud af 163 beboere, og oplever det som et stigende problem
- Ungeenhederne Thorupgården har problemer på Borgervænget (unge med sociale problemer) og i lejlighederne på Nørrebro, hvor unge med ADHD problematikker bor. Her er der problemer med 15- 20 konkrete unge

Undersøgelsen giver ikke belæg for at sætte et præcist tal på unge i foranstaltninger med et misbrugsproblem, men et forsigtigt skøn kunne lyde på minimum 100 unge. Det vil i så fald sige, nogenlunde ligeså mange unge, som går i decideret misbrugsbehandling i U-turn.

Problemets karakter

På baggrund af undersøgelsen blandt Socialforvaltningens institutioner kan man konkludere, at misbrugsproblemerne er svære at håndtere. Det kommer til udtryk ved:

- Dilemmaer i forhold til regler og sanktioner. På den ene side vil man skabe et stoffrit miljø, så de sårbare unge ikke fristes i institutionen. Det stoffrie miljø kan opretholdes gennem sanktioner evt. udsmidning. På den anden side er det nødvendigt at adressere misbrugsproblemet, hvis man skal afhjælpe det. Men det er svært både at være hjælper og kontrollant. Og hvis man adresserer problemet, risikerer man indirekte at legitimere brugen.
- Frygten for "smittefare". Institutionerne oplever, at hvis først én ung har massive problemer kan det brede sig til andre unge på institutionen.
- Unge der har massive stofproblemer, og som ikke kan motiveres til noget i hverdagen.
- Unge som har problemer med stoffer og samtidig er kriminelle.

Institutionernes ønsker

Institutionerne giver udtryk for en række konkrete ønsker, til hvor de har brug for hjælp:

- Til enkeltsager
- Til afholdelse af forældremøder
- Til afholdelse af faglige temadage
- Til kompetenceudvikling i forhold til den motiverende samtale
- Til udvikling af hensigtsmæssig politik og behandlingskultur i forhold til "smittefare", regler / sanktioner, normer
- Til håndtering af imageproblemer i tilknytning til misbrugsproblemer

Unge af anden etnisk herkomst end dansk

På den ene side har vi indikationer for, at der er udbredte rusmiddelproblemer blandt unge med en anden etnisk baggrund end dansk. På den anden side oplever man i behandlingssystemet – og det gælder både U-turn og den øvrige københavnske behandling – at 2. generation er underrepræsenteret i forhold til deres andel af københavnere. Der er ikke megen viden om problematikken i Danmark, selvom der dog er et ph.d. studie fra Center for Rusmiddelforskning på vej. Problemet er derfor på den ene side at metodeudvikle behandlingen, så den er relevant for alle byens borgere og på den anden side få mere viden, så metodeudviklingen sker på et kvalificeret grundlag.

Problemets omfang

Der er ca. 77.000 personer i aldersgruppen 14-24 år bosiddende i Københavns Kommune. Heraf havde godt 24 % andet oprindelsesland end Danmark. 8 % var fra andre vestlige lande og 17 % fra andre ikke-vestlige lande.

De unge med en ikke-vestlig herkomst har en overrepræsentation af sociale problematikker, som almindeligvis kendetegner unge med misbrugsproblemer. Det gælder kriminalitet, psykisk sygdom / lav trivsel, løs eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og dårlig uddannelse (U-turn, 2010).

Blandt de unge, der har modtaget behandling i U-turn i perioden 2004-2009 ses imidlertid, at mindre end 5 % har haft et ikke-vestligt oprindelsesland. Uvist af hvilken årsag har man altså ikke modtaget unge i det omfang, som man kunne forvente på baggrund af disse unges andel af den københavnske befolkning og gruppens sociale problemer.

Problemetets karakter

U-turn har på baggrund af forskning og erfaringer to hypoteser, der kan forklare de etniske unges underrepræsentation i behandlingen:

1) Behandling og rådgivning baseres på frivillighed og motivation. Det indebærer at den unges oplevelse af tilbuddet og miljøet spiller afgørende ind på, hvorvidt vedkommende kommer til at gøre brug af det eller ej.

U-turns tilgang virker rigtig godt for de mange unge, man modtager, men ethvert socialt miljø, som har 'karakter', vil uvægerligt tiltrække nogen og frastøde andre. Man kan ikke rumme alle uanset hvor rummeligt man prøver at indrette sig, hvis man også skal være 'noget' og ikke bare 'ingenting'. Og her kan - muligvis - kulturelt betingende forskelle i problemopfattelse, tabuisering, kønsroller, autoritetsforhold, holdning til at opsøge og modtage hjælp m.fl. forhold spille en rolle.

2) Helt overvejende formidles kontakten mellem de unge og U-turn gennem intervention fra sagsbehandlere, forældre, skolelærere m.fl. 'voksne'. Det indebærer at rusmiddelproblemet skal være kendt for disse og at behandling i U-turn / (offentligt regi, af professionelle) skal være en accepteret løsning.

Også her kan det være tilfældet, at familier med ikke-vestlig herkomst adskiller sig fra andre familier på betydningsfuld vis. Altså at den tilgang, som U-turn finder velegnet i almindelighed ikke er velegnet, når man taler om netop denne gruppe københavnere.

Metodeudvikling

Med afsæt i ovenstående hypoteser, kunne en udvikling af tilbudet ske gennem en fremskudt indsats i de miljøer, hvor de unge er i forvejen. Her kunne man alliere sig med de instanser, der i forvejen har god kontakt til målgruppen. Man må respektere og medtænke kulturelle / etnicitetsbestemte forhold på en ikke-stigmatiserende måde. Sideløbende med rådgivning og behandling bør der ske en løbende evaluering med henblik på at justere indsatsen og øge viden på området.

Unge der udøver kriminalitet

Misbrug og kriminalitet er ofte vævet ind i hinanden, men der er ikke en entydig årsag-virkning mellem de to typer adfærd. Misbrug kan føre til kriminalitet på grund af økonomiske problemer, ulovlig adfærd (alkoholkørsel) eller overtrædelse af loven om euforiserende stoffer. På den anden side viser undersøgelser, at kriminaliteten ofte gik forud for udviklingen af et misbrug. Misbrug og kriminalitet er afvigende adfærd, som gensidigt betinger og forstærker hinanden (Ege, 2004).

Misbrug og kriminalitet er et fokusområde i fængslerne, hvor der er oprettet en række behandlingsafdelinger de seneste år. Københavns Kommune er således aktiv i "Projekt over Muren", som retter en behandlingsindsats mod de indsatte – særligt unge uden behandlingserfaring - i københavnske fængsler. Indsatsen lettes ved den stabile

livsførelse, de indsatte har, når de er i fængsel. Det er straks sværere med kontakt, motivation og kontinuitet i en behandlingsmæssig indsats, når borgeren ikke er fængslet. Udenfor er tilknytningen til det kriminelle, misbrugende miljø stærkere og normerne heri dominerer. I forhold til gruppen af unge med misbrug og kriminalitet kan det være yderligere svært, fordi de oplevede fordele ved den afvigende adfærd ofte er stærkere end de negative konsekvenser.

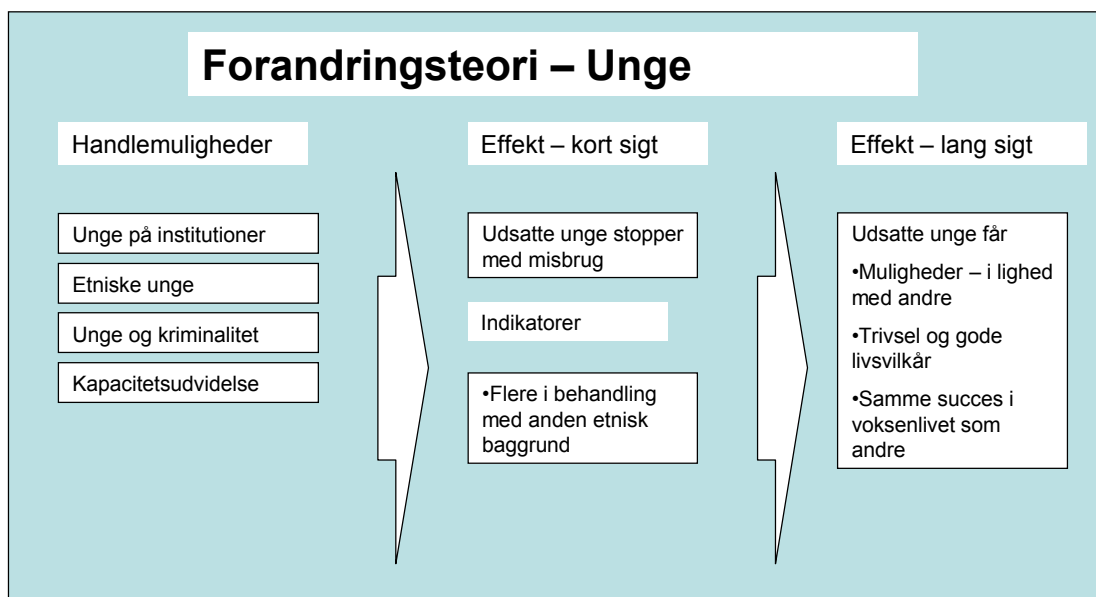
Problematikken med unges misbrug og kriminalitet er ikke desto mindre relevant. Relevant for både unge og samfundet, hvor bandekonflikter har givet den samfundsmæssige dimension særlig opmærksomhed. Socialforvaltningen har således haft et generelt fokus på +18 problematikken. Der er oprettet væresteder, og der er et samarbejde med de andre forvaltninger om bandespørgsmålet. En misbrugstilgang er ikke specifikt forsøgt, og det er Socialforvaltningens opfattelse, at det er en tilgang, der bør medtænkes i + 18 problematikken og i Sikker By indsatserne.

Metodisk er der overlap med tankerne i ovenstående kapitel. Det vil sige, at man bør tænke i en fremskudt indsats, integreret i andre indsatser. Rådgivning skal være de steder de unge er. Indsatsen kan også tænkes indirekte gennem andre professionelle, som får viden og supervision af behandlingskyndige. Sideløbende med indsatsen bør der ske en løbende evaluering med henblik på at justere indsatsen og øge viden på området.

Handlemuligheder

Nedenstående handlemuligheder ligger i direkte forlængelse af ovenstående analyse:

- Unge på institutioner. I forlængelse af ovenstående vurderer forvaltningen, at et kvalificeret arbejde kunne ske i forlængelse af U-turns konsulentgruppe. Mål: Færre misbrugsproblemer på institutionerne.
- Etniske unge. En indsats skal hjælpe etniske unge med misbrug til at stoppe; indsatsen skal også bygge bro til – og udvikle – behandlingssystemet; indsatsen skal metodeudvikle tilgangen til denne målgruppe og give ny viden herom.
- Unge og kriminalitet. En indsats skal hjælpe kriminelle unge med misbrug til at stoppe; indsatsen skal også bygge bro til – og udvikle – behandlingssystemet; indsatsen skal metodeudvikle tilgangen til denne målgruppe og give ny viden herom.
- Kapacitetsudvidelse. Som det fremgår af evalueringen af sektorplanen i bilag 1, har succesen gjort, at kapaciteten på U-turn er fuldt udnyttet. Det betyder, at opsøgende indsatser bør kombineres med en kapacitetsudvidelse, da det er forventeligt, at nogle af de opsøgte vil søge yderligere behandling.



Fokusområde: Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed

Fokusområde

En meget stor andel af såvel alkohol- som stofmisbrugere i behandling har haft mange gentagne og typisk langvarige behandlingsforløb. De langvarigt afhængige udgør mellem to tredjedele og halvdelen af misbrugere i behandling i København.

Denne gruppe har afhængigheden til fælles, men den rummer mennesker i forskellige livsfaser, med forskellige komplekse lidelser udover misbruget og med forskellige præferencer og hjælpebehov og muligheder for forandring.

Overordnet set har indsatsen over for de langvarigt afhængige to mål:

- at understøtte brugernes motivation for forandring henimod reduktion af afhængighed og øget selvhjulpethed
- at afhjælpe og begrænse misbrugsrelaterede skader og understøtte brugernes livskvalitet gennem pleje og omsorg

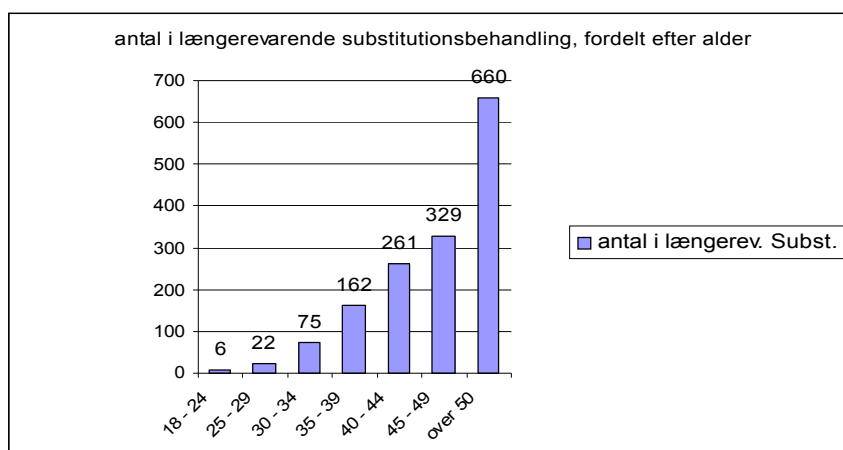
Målgruppen

Stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling

Blandt den store gruppe brugere i substitutionsbehandling, ca. 1700 personer, er op mod halvdelen over 50 år gamle. Gennemsnitsalderen for brugere i substitutionsbehandling er 47 år.

Som det ses af figur 9, er der tale om en aldrende gruppe, som udover skader pga. et mangeårigt misbrug udvikler en række aldersrelaterede sygdomme, som kræver øget omsorg og tiltagende sundhedsmæssig indsats. De yngre brugere i substitutionsbehandling har typisk komplekse problemer af social og sundhedsmæssig karakter udover afhængigheden.

Hovedparten blandt brugere i længerevarende behandling har en selvstændig bolig, men kan være meget isolerede. En mindre gruppe på mellem 6 og 7% opholder sig på midlertidigt på herberger og en endnu mindre gruppe opholder sig på gaden. Blandt brugere i længerevarende substitutionsbehandling er kun et mindretal (knap 5-8%) i ordinær beskæftigelse, stor andel lever af overførselsindkomst, hvoraf hovedparten modtager førtidspension og en mindre andel dagpenge eller kontanthjælp.



Figur 9: Brugere i længerevarende substitutionsbehandling, opdelt efter alder. Kilde. Statusforskningsystemet, august 2009

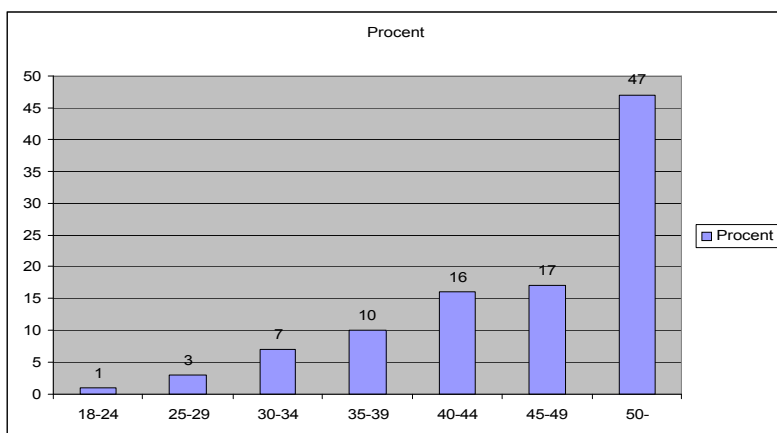
Blandingsmisbrug – udvidet med kokain

De langvarigt opiatafhængige har typisk suppleret heroin/ substitutionsmedicin med hash, alkohol og benzodiazepiner i varierende grad. Personalet på Københavns Kommunes behandlingsenheder og herberger problematiserer, at brugerne i stigende grad har integreret kokain i deres misbrugsmønstre. Dette bidrager til en mere kaotisk og uberegnelig adfærd, og til at bl.a. aggressioner og voldelig adfærd er blevet mere hyppig på enhederne og på herbergerne. Behandlerne ytrer, at de har vanskeligt ved at tackle dette nye mønster. At opiat – uanset om de er substitueret med metadon – suppleres med kokain er et velkendt og ikke helt nyt mønster i andre europæiske lande og byer.

Alkoholmisbrugere med gentagne behandlingsforløb

Blandt de ca. 2100 københavnske borgere, der var i behandling for alkoholmisbrug i 2008, var 70% "gengangere". Ligesom stofmisbrugere har gentagne behandlingsforløb eller langvarige behandlingsforløb i medicinsk behandling, så har alkoholmisbrugerne typisk mange recidiv. Dette er udtryk for svær afhængighed og en mere eller mindre kronisk lidelse, som har udviklet sig over en lang årrække.

For alkoholmisbrugerne aftegner dette sig blandt andet ved, at en stor andel (næsten 50%) i alkoholbehandling er over 50 år gamle.



Figur 10: Alkoholmisbrugere i behandling 2008 fordelt på alder. Procent. Kilde: NAB-data 2008, Sundhedsstyrelsen.

Ligesom blandt stofmisbrugerne lever en stor andel af alkoholmisbrugerne af overførselsindkomst, selvom alkoholmisbrugerne i højere grad har opretholdt en kontakt til arbejdsmarkedet end stofmisbrugerne. Blandt alkoholmisbrugerne modtager imidlertid en mindre gruppe på førtidspension end blandt gruppen i langvarig substitutionsbehandling.

Langt størstedelen (84 %) bor i egen bolig. 5,4 % bor enten på gaden (1,8 %) eller på institutioner inklusiv herberger og bofællesskaber (3,6 %). De resterende bor enten ved familie, i værelse eller ønsker ikke at svare på spørgsmålet.

Psykisk sygdom og misbrug

Både blandt stof- og alkoholmisbrugere i behandling er der en stor andel, der har psykiske problemer. En tredjedel af stofmisbrugere i behandling og halvdelen af alkoholmisbrugere i behandling i 2007 har gennem de sidste 7 år været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Heraf har en meget stor andel haft gentagne kontakter. Forekomsten af psykiske lidelser blandt begge misbrugsgrupper er markant og især blandt alkoholmisbrugerne.

	Stofmisbrugsbehandling (N = 2701)	Alkoholbehandling (N=1864)
Antal	909	914
procent	33,7 %	49,0 %

Tabel 4: Andel af hhv. stofmisbrugere og alkoholmisbrugere i behandling i 2007, som har været indskrevet i det psykiatriske behandlingssystem mindst 1 gang i perioden 2000-2008. 8.

Uanset de psykiske problemers udbredelse i målgruppen er der uløste problemer med at samordne den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen.

Især tilbagestår et uløst problem om de brugere, der er i længerevarende

⁸ Særudtræk fra psykiatriregistret, hvor borgere i København, der i perioden 2000-2008 (okt) har været registreret med en henvendelse til det psykiatriske behandlingssystem, er blevet samkørt med Statusforskningsystemets behandlingspopulation for 2007.

substitutionsbehandling og som ikke kan administrere en apotekerordning, men som skal have metadonen udleveret og evt. indtaget på stedet. Her vil distriktspsykiatrien ikke overtage behandlingsansvaret for substitutionsbehandlingen.

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

- der er utilstrækkelige tilbud til psykisk syge stofmisbrugere
- at der er utilstrækkelige tilbud til brugere med multiproblemer
- at et "centralt visitationsudvalg" i forhold til dobbeltdiagnosepatienter ikke har løst problemerne med samordningen med psykiatrien

For alkoholmisbrugernes vedkommende behandles lettere psykiske lidelser, fx angst og ADHD sammen med alkoholbehandlingen. Der er imidlertid også uafklarede problematikker i samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og psykiatrien. Dette gælder især visitation og behandling af skizofrene alkoholmisbrugere, hvor der endnu ikke er en afklaring af, hvordan behandlingsansvaret skal varetages af hhv. de kommunale behandlingstilbud eller af psykiatrien i regionens regi, og hvordan procedurerne for visitation skal være.

Fokus på forandring

Helhedssyn på de langvarigt afhængige

Socialforskningsinstituttet har på baggrund af en undersøgelse (Benjaminsen et al, 2009) af den sociale stofmisbrugsbehandling kritiseret stofmisbrugsbehandlingen for ikke at i tilstrækkelig grad understøtte de langvarigt afhængige misbrugeres motivation for forandring – især med henblik på stoffrihed. På baggrund af undersøgelsen anbefales, at den sociale behandling i mindre grad tager afsæt i brugernes "hovedstof" og i højere grad sætter fokus på brugernes aktuelle og individuelle psykiske, sociale og fysiske situation og lader dette være afsæt for den sociale misbrugsbehandling.

I Københavns Kommune er det Rådgivningscenter København, der har behandlingsansvaret for de langvarigt afhængige stofmisbrugere. Behandlingen varetages af behandlingssenhederne. Ca. en tredjedel af de langvarigt afhængige får deres substitutionsmedicin ordineret af enten læger på en lægeklinik eller deres praktiserende læge. Der er her tale om overvejende ældre brugere med et "højt funktionsniveau", der modtager førtidspension eller som er selvforsørgende, og som forventes at kunne administrere en apotekerordning.

Potentiale for forandring, brugermotivation, behandlerattituder og metoder

Behandlingssenhederne har i 2010 sat fokus på *de yngre brugere på enhederne*. Man har gennemført en undersøgelse af, hvor stor en andel af de yngre brugere (40 år og derunder), der er i behandling på behandlingssenhederne, som man skønner, har et "forandringspotentiale" i forhold til fx reduktion af stofbrug, periodevist eller stabil stoffrihed eller beskæftigelse.

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

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

Resultatet af undersøgelsen er, at man vurderer, at ca. 30% af gruppen på 40 og derunder (ca. 65 personer i alt) har et "forandringspotentiale", enten i form af erhvervspotentiale og/eller stoffrihed. Der er her tale om personer, som ikke allerede i dag er i aktivering eller i beskæftigelse. Der synes således behov for, at man på behandlingsenhederne yderligere differentierer indsatsen og skærper motivationsarbejdet over for en del af brugere.

Rådgivningscenter København har i foråret 2009 gennemført en undersøgelse (Thastum et al, 2009) af brugerbehov og medarbejdervisioner for behandlingsenhederne, som er de behandlingstilbud, der har ansvaret for behandlingen af de langvarigt afhængige.

Brugerne på behandlingsenhederne angiver, at de primært kommer på enhederne for at hente deres medicin og for at få hjælp til at få løst en række praktiske problemer, som man har, når man er "afhængig af systemet". Men et gennemgående tema for brugerne er også "at møde andre mennesker", at få opmærksomhed, at møde forståelse, samvær og nærvær. Mange giver udtryk for, at de er isolerede og ensomme. Brugere er delte på, om de føler sig parate til at komme i aktivering/beskæftigelse, men en relativ stor gruppe har ønsker om at have noget lave.

Medarbejderne skelner mellem de brugere, der er "ældre og sårbare" og de brugere, der "er villige til og har potentiale for at arbejde med forandringer, og som har ønsker om stoffrihed". På nogle enheder differentierer man yderligere, men generelt er man optaget af, at det er en differentieret målgruppe med forskellige behov og muligheder, som man skal arbejde med. Man nævner brugernes psykiske problematikker og brugernes hjemløshed som områder, hvor behandlerne står rådvilde og mangler kompetencer og relevante tilbud. Derudover nævnes, at samarbejdet mellem Beskæftigelses- og Socialforvaltningen halter i forhold til gruppen i længerevarende substitutionsbehandling, angiveligt begrundet i uvidenhed hos personalet i Beskæftigelsesforvaltningen omkring substitutionsbehandlingen.

Behandlerne på enhederne har visioner om at udvikle behandlingstilbuddet, sådan at der i videre udstrækning tilbydes samtalegrupper med egentligt terapeutisk indhold. Her efterspørges psykologisk ekspertise til at undervise og supervisere personalet, der skal varetage gruppebehandlingen.

Der efterspørges metoder til at gøre handleplansarbejdet mere meningsfuldt for brugerne.

Der efterspørges metoder og kompetencer til at udrede psykiatriske og somatiske sygdomme og behandlingsbehov og understøtte behandling og brobygning til sundhedsvæsnets tilbud.

Endelig efterspørges metoder til at håndtere brugere, der supplerer opiatmisbrug med kokain, der er et voksende problem, ikke kun i Danmark. I England er det mindst halvdelen af dem, der er opiatmisbrugere, som søger behandling for opiatmisbrug, som har et samtidigt brug af crack-cocaine (Marsden et al, 2009). I England har man arbejdet med forskellige strategier i behandlingen overfor det dobbelte misbrug med

den mere kaotiske adfærd til følge: man tilbyder forskellige "hjælpetilbud", med varierende "streghedskrav" mht. fremmøde etc., som er til rådighed for brugerne, men som ikke fordrer regelmæssigt fremmøde til denne brugergruppe.

Man har udviklet en samtale- og rådgivningsform, der understøtter brugernes hukommelse og commitment (*note-link- mapping*). Denne metode anses relevant til denne målgruppe til flere formål. Fx vil metoden kunne understøtte handleplanarbejdet.

Behovet for social støtte til gruppen med et "højt funktionsniveau"

Behandlingsenhederne har yderligere det overordnede ansvar for den sociale misbrugsbehandling for ca. 600 brugerne i længerevarende substitutionsbehandling, som er i behandling på lægeklinikker eller hos egen læge. Tilbuddet her er helt overvejende et medicinsk behandlingstilbud til stabiliserede brugere. Brugere forventes at have et så højt funktionsniveau, at de kan administrere en apotekerordning, ligesom udgangspunktet for visitation til disse tilbud er betinget af, at brugerne er afklarede omkring forsørgelse og bolig. En stor andel af disse brugere modtager førtidspension. Disse brugere optræder umiddelbart undvigende over for kontakt med kommunen og afviser typisk at indgå i et samarbejde om sociale handleplaner. Brugere har mulighed for at blive tilbagevisiteret til behandlingsenhederne, hvis der er behov for dette.

I 2010 er en del af disse brugere blevet opsøgt af SKP- medarbejdere for at undersøge, om de fortsat var selvhjulpne, eller om der var store udækkede behov i gruppen. Hovedparten af de hidtil opsøgte ønskede ikke yderligere kontakt med "kommunen". Imidlertid gav et mindre antal udtryk for behov for mere støtte i hverdagen og en jævnlig kontakt. Den opsøgende virksomhed afdækkede således udækkede behov for social kontakt og omsorg blandt brugerne i de "tynde" tilbud.

Langvarigt afhængige alkoholmisbrugere

Alkoholafhængige er en heterogen gruppe, de udgør et bredt udsnit af befolkningen, og de dør ligesom de stofafhængige af mangeartede problemer. I gruppen er såvel erhvervsaktive som socialt udsatte mennesker. De tilbydes udover en indledende kortlægning, inklusiv en psykiatrisk screening typisk afrusning, abstinensbehandling og antabusbehandling til vedligehold af afholdenhed. Behandlingen retter sig både mod alkoholtilstanden og den psykiatriske lidelse, som måtte være fundet. Den psyko - sociale behandling, som tilbydes som en integreret del af behandlingen, er indrettet efter modellen "Community Reinforcement approach" – Netværksforstærkende tiltag. Modellen har fokus på både alkoholmisbrugerens motivation, adfærd, på netværket og på koordinering af alkoholindsatsen i forhold til indsatser på andre områder af alkoholmisbrugerens liv. "Community Reinforcement approach" har vist sig særlig effektiv overfor misbrugere med svær afhængighed (Søgaard Nielsen et al, 2006).

Behandlingen af de "kronisk" afhængige alkoholmisbrugere er ikke problematiseret eller belyst på samme måde som den sociale behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Der er et behov for at en nærmere belysning af differentierede strategier og hensigtsmæssige måder at tilgodese denne gruppe på.

Fokus på pleje og omsorg

En høj sygelighed blandt stof – og alkohol misbrugere medfører et behov for pleje- og omsorg før andre grupper i befolkningen. For stofmisbrugerne opstår behovet ofte allerede i 40-50 års - alderen, for alkoholisbrugerne er behovet størst blandt de 50-69-årige. Det kan være svært for en stor del af de ældre misbrugere at bo på et ordinært plejehjem, fordi de har levet et socialt marginaliseret liv og har udviklet en særlig livsstil. Det kræver nogle gange alternative plejehjemsløsninger, som skal løftes af Socialforvaltningen og Sundhedsforvaltningen afhængig af gruppens alder og aftalerne forvaltningerne imellem.

For dem, der stadig er delvist selvhjulpne, men som lever et isoleret liv med en påfaldende og afvigende social adfærd, og som har svært ved at begå sig i et almindeligt boligkvarter, er der behov for en social støtte i hverdagen.

Tidlig død og omfanget af fysisk og psykisk sygdom blandt stof- og alkoholisbrugere

Stofmisbrugernes sygdomsprofil er – grundet deres meget belastede livsstil - langt dårligere, end deres alder tilsiger. Dette bidrager til den store overdødelighed blandt stofmisbrugere i behandling i forhold til den almindelige befolkning på 10 gange. Overdødeligheden er markant for den ældre del af stofmisbrugerne. Blandt opiatafhængige har dødeligheden i en årrække ligget på 2 % om året. Blandt opiatafhængige i behandling i København over 50 år er dødeligheden 5 % året. Overdødeligheden blandt den ældre gruppe antages at være begrundet i svækkelse og sygdomme og ikke i forgiftninger og overdoser.

Hyppigt forekommende lidelser blandt stofmisbrugere er de smitsomme leverbetændelser og HIV. Blodpropper og blodforgiftninger samt komplikationerne hertil, såsom amputationer af ben og arme eller hjerteklapbetændelse, er ligeledes hyppigt forekommende.

Psykiske problemer optræder i et stort omfang blandt gruppen af stofmisbrugere – i lettere eller sværere grader. Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2008a) refererer til undersøgelser, der viser, at der hos mellem 60-70% af stofmisbrugere i behandling findes en psykiatrisk lidelse, hvoraf langt størstedelen hører til i kategorien personlighedsforstyrrelser og affektive tilstande (angst, depression) og en mindre del tilhører kategorien psykotiske lidelser.

Ca. en tredjedel af stofmisbrugere i behandling indenfor de seneste 8 år har haft mindst én kontakt med det psykiatriske behandlingssystem og fået en psykiatrisk diagnose⁹. Blandt nye brugere er andelen 41 %. Der er tale om flere kontakter i løbet af den undersøgte periode. 19 % har haft 1-3 kontakter med det psykiatriske system, 9 % af brugerne har haft mellem 4 og 10, og 4% har haft mere end 11 kontakter med det psykiatriske behandlingssystem.

For alkoholisbrugerne gælder det tilsvarende som for stofmisbrugere psykisk og fysisk.

⁹ Særudtræk fra psykiatriregistret, hvor borgere i København, der i perioden 2000-2008 (okt) har været registreret med en henvendelse til det psykiatriske behandlingssystem, er blevet samkørt med Statusforskningsystemets behandlingspopulation for 2007.

Sygdomsbelastningen beregnes ved hjælp af antal tabte leveår som følge af sygdom og for tidlig død. Alkohol resulterer hvert år i 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 for kvinder. Alkohol er årsag til 17 % af den samlede sygdomsbelastning i Danmark. Overdødeligheden er især markant blandt de 40-70årige.

Alkohol er medvirkende årsag til 60 forskellige sygdomme. Det drejer sig om en bred vifte af sygdomme, herunder kræftsygdomme, mavearmsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, leversygdomme og blodtryksforhøjelse. Psykiske lidelser optræder i et stort omfang sammen med et alkoholmisbrug. Blandt dem, som var i behandling for alkoholmisbrug i Københavns Kommune i 2007 havde 49 % været i kontakt med psykiatriske behandlingssystem inden for de seneste 8 år. Blandt nye i behandling var tallet 39 %, og også blandt alkoholmisbrugerne var der tale om gentagne kontakter i perioden.

Langvarige og gentagne ophold på midlertidige plejetilbud til de mest udsatte

Specialinstitutionen Forchhammersvej har et tilbud om korterevarende plejeophold til syge og hjemløse misbrugere på deres plejeafdeling med rehabilitering og stabilisering som mål. Det vurderes, at langvarige eller gentagne ophold på plejeafdelingen er en indikator for et udækket plejebestand af mere permanent karakter.

Antallet af midlertidige ophold på plejeafdelingen på Forchhammersvej i 2009 er opgjort nedenfor i tabel 5. I alt 113 brugere har tilsammen haft 188 ophold. Nedenfor ses en opdeling efter opholdsvarighed.

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

Tabel 5. Antal ophold på Plejeafdelingen Forchhammersvej 2009, opdelt efter opholdsvarighed.

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

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

Alkoholrelaterede kontakter til det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen

Sundhedsstyrelsen har (som beskrevet i kapitlet om målgruppen) i 2010 opgjort hvor mange borgere, der er i alkoholbehandling samt de alkoholrelaterede kontakter til hospitalsvæsenet, såvel det somatiske som det psykiatriske hospitalsvæsen og de kommunale udgifter, som er forbundet hermed, samt den alkoholrelaterede dødelighed. Opgørelsen viser, at den alkoholrelaterede sygelighed medfører et højt forbrug af sundhedsvæsenets ydelser, men samtidig kan dette ses som en indikator på at gruppen som helhed har et omfattende pleje- og omsorgsbehov, som går udover den egentlige alkoholbehandling. Man kan formode, at en del af indlæggelserne på hospitalerne kunne forkortes eller afhjælpes med andre mere omsorgsprægede tilbud.

Det dokumenteres samtidig, at Københavns Kommune hører til én af de mest belastede i landet, hvad angår alkoholrelaterede sundhedsmæssige problematikker, og at Københavns Kommune den kommune, der har det højeste udgiftsniveau, hvad angår kommunal medfinansiering på dette område.

Sundhedsstyrelsen har på regionsniveau opgjort antal borgere i offentlig betalt alkoholbehandling med antal borgere som har haft kontakt med hospitalsvæsenet med alkoholrelaterede problemer, og det fremgår, at væsentligt flere med alkoholrelaterede lidelser har kontakt med hospitalsvæsenet end med behandlingssystemet.

Da de alkoholrelaterede lidelser typisk har en kronisk karakter og medfører mental og fysisk svækkelse, vil der ofte være forbundet et udækket pleje- og omsorgsbehov med dem, som hospitalsvæsenet ikke kan dække. Tilsvarende vil en pleje- og omsorgsydelse formentlig kunne reducere en del af de alkoholrelaterede kontakter til hospitalsvæsenet og dermed de kommunale udgifter til dette.

Da en stor del af de borgere, der kontakter den praktiserende læge eller hospitalsvæsenet med en alkoholrelateret lidelse, ikke har kontakt med alkoholbehandlingssystemet, vil der være behov for at udbygge kontaktfladen/samarbejdet mellem socialforvaltningen og de praktiserende læger/hospitalsvæsenet for at få afdækket behovet for pleje- og omsorg til denne gruppe af borgere og finde en samarbejdsform, der kan tilvejebringe relevante pleje- og omsorgstilbud, der kan afhjælpe behovet.

De svært placerbare "kroniske misbrugere" med psykiske og fysiske handicaps

Udover sygdom og fysisk og mental svækkelse forekommer ulykker og kvæstelser også hyppigt blandt denne gruppe. Akutte behov for pleje- og omsorg kan ofte ikke imødekommes af de eksisterende tilbud for fysisk og psykisk handicappede. Årsagerne kan være manglende pladser eller, at gruppen af misbrugere afvises, fordi man vurderer, at de ikke kan rummes i tilbuddet.

Behandlingsenhederne har flere eksempler på, at borgere med komplekse sygehistorier og komplekse problemer ofte må vente længe på at få det relevante tilbud, uanset at de har kontaktpersoner, der træder ind og taler deres sag. Der kan som nævnt både skjule sig pladsmangel, men måske også usikkerhed og vægning hos ledere og personaler overfor at skulle varetage plejebestanden for mennesker, der udover et handicap også er præget af et langvarigt misbrug.

Høring om det fremtidige behov for pleje- og omsorgstilbud af stabil karakter

En høring i behandlingssystemet om det aktuelle og fremtidige behov for pleje- og omsorgstilbud viste, at der i fremtiden vil være efterspørgsel efter botilbud med sociale bofællesskaber og socialpædagogisk tilsyn, både i form af opgangsfællesskaber som i Lundtoftegade eller mere forpligtende fællesskaber a' la Kollektivhuset på Bellahøj. Det vurderes, at placering uden for belastede boligkvarterer vil være at foretrække.

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

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

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

En stor del af de ældre kroniske opiatmisbrugere bor i egen bolig og er visiteret til egen læge eller lægeklinikker og har gennem årene oparbejdet en træthed overfor "behandling" og kontakt med det sociale system. De kontakter ikke på eget initiativ rådgivningscentret, men en opsøgende kontakt fra rådgivningscentrets støttekontaktpersoner har afdækket et behov for social støtte i hverdagen – i hvert fald en periode eller udækkede varige omsorgsbehov hos flere i denne gruppe. Gennem støtte-kontaktpersonsordningen er vurderingen, at man vil kunne forebygge at flere i egen bolig eller hjemløse udvikler varige omsorgs- og/ eller plejebenhov, ligesom man vil kunne forebygge social isolation og fornærelse.

Gennemsnitsalderen blandt stofmisbrugere over 50 år er stigende, men populationen er svagt aftagende år for år, dødeligheden er 5 % om året. Der er kun en mindre tilgang årligt til denne gruppe af aldrende kroniske opiatmisbrugere, som forventes at have et egentligt plejebenhov indenfor de næste 5-10 år.

For alkoholmisbrugerne, hvor "sam"-sygeligheden topper i aldersgrupperne 50-70 år, forventes ikke en tilsvarende udvikling. Her må man forvente en fortsat tilgang, da drikkemønstret (uanset et ganske svagt fald i alkoholforbruget de senere år) i de yngre generationer (30-50-årige) ikke synes at have været aftagende. På alkoholområdet forventes at pleje- og omsorgsbehovet vil være uændret eller stigende de kommende 5-10 år.

Handlemuligheder

Fokus på forandring og øget selvhjulpethed

Der er peget på forskellige indsatser og udviklingsområder, der antages at kunne udvide livsmuligheder / øge selvhjulpethed og skabe grundlag for stoffri perioder /afholdenhed for målgruppen af langvarigt afhængige:

- Gruppeterapeutisk intervention og motivationsarbejde over for dele af gruppen i længerevarende substitutionsbehandling (forsøg med forskellige former for motiverende indsatser).
- Metodeudvikling af social behandling ("Community Reinforcement approach") og handleplansarbejdet (fx note link mapping).
- Kompetenceudvikling af Jobcentrenes medarbejdere hvad angår misbrug og substitutionsbehandling og en fokuseret indsats overfor "fællesborgere" i de relevante matchgrupper og aldersgrupper mellem behandlingenhederne / Center for Misbrugsbehandling og Jobcentret som led i udmøntning af BIF-SOFstrategien.
- Udvikling / genopretning af "dag- til dag"s beskæftigelsestilbud til socialt udsatte samt andre aktiverings/ beskæftigelsesfremmede tilbud, der matcher misbrugere, fx Hotellet. En mulighed er også at anvende modellen for socialøkonomisk virksomhed.

Fokus på øget livskvalitet og reduktion af skader

- Opsøgende virksomhed overfor de "velfungerende" misbrugere i de socialt "tynde" tilbud på lægeklinikker og hos egen læge mhp. revurdering af behandlingsbehov og social støtte, fx medarbejdere fra behandlingsenhederne har samtaler på lægeklinikkerne med brugerne ved fremmøde/ SKP-ere opsøger brugere delegeret til egen læge.
- Afdækning af problemstillinger og behandlingsstrategier over for langvarigt afhængige "kroniske" alkoholmisbrugere, herunder kombination af en palliativ behandlingsindsats i ambulans regi med omsorgsrettede tilbud.
- Skærning af brugere med demenssymptomer og særligt sårbare på behandlingstilbuddene for stof- og alkoholmisbrugere.
- Tilførsel af psykologfaglig og psykiatrisk kompetence på behandlingsenhederne, som kan understøtte behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere samt sikre en brobygning til psykiatrien
- Afklaring af behandlingsansvar for psykisk syge misbrugere mellem psykiatrien og behandlingssystemet
- Der tilbydes midlertidige omsorgsophold med henblik på en fysisk, social og psykisk "genopretning", således at de evt. efterfølgende kan indgå i behandling.

Fokus på pleje-og omsorg

Der skal foretages en grundig udredning inden visitation til plejeydelser. Der er således erfaring for, at behovet for pleje umiddelbart kan fremtræde meget stærkt, men at intensiveret behandling for fx misbrug giver en markant forbedret funktionsevne og dermed mindre plejebenhov. Dette forhold skal udredningen tage højde for. Det kan desuden blive aktuelt at revisitere fra intensive plejetilbud til mindre intensive tilbud, hvis tilstanden er forbedret i en grad, så foranstaltningen er overdimensioneret.

Hjemløsestrategiens bidrag

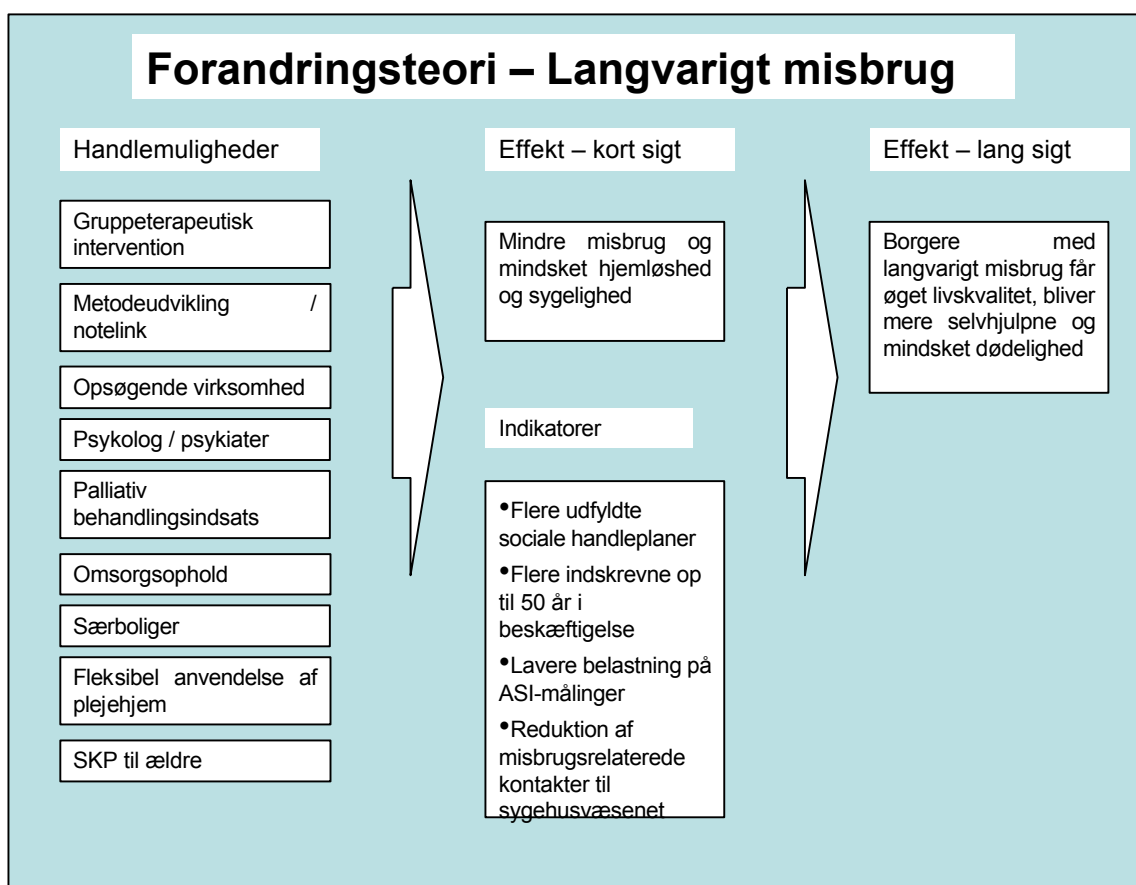
Det forventes, at hjemløsestrategiens indsatser fremadrettet vil afhjælpe en væsentlig del af de udækkede bo, omsorgs- og plejetilbud gennem de botilbud, der tilvejebringes i de kommende år.

- *Udvidelse af alternative plejepladser:* Antallet af alternative plejepladser vil blive udvidet med 20 i alt i perioden 2011/2012.
- *Særboliger med ACT-støtte.* Inden for rammen af hjemløsestrategien forventes etableret 125 særboliger til hjemløse med eller uden misbrug. Boliger hvor der gives massiv tværfaglig bostøtte, hvor der udover at fokusere på den socialfaglige bostøtte også tænkes det sundhedsfaglige og behandlingsfaglige element ind. Det betyder, at den enkelte bruger ikke behøver at have været i misbrugsbehandling i flere måneder inden der kan anvises en bolig.
- *Fleksibel anvendelse af pleje- og omsorgstilbud.* Blandt de yngre beboere på de alternative plejetilbud, som har svære kroniske lidelser, vil der for en del ske en forbedring af tilstanden under opholdet, som gør at levetiden forlænges, og de bliver mere selvhjulpne. Da socialforvaltningen råder over pleje- og omsorgsbotilbud med varierende intensitet og varighed (herunder aflastningspladser), kan man udnytte dette gennem en fleksibel revisitation af

selvhjulpne brugere på de alternative plejetilbud til botilbud med mindre intensive omsorgstilbud og dermed sikre en mere hensigtsmæssig brug af de intensive plejepladser.

Snitflader og partnerskaber

- I forhold til at opspore det udækkede pleje- og omsorgsbehov blandt misbrugere med stof- eller alkoholrelaterede lidelser, som fortrinsvis har kontakt med sundhedsvæsenet kan der etableres et *samarbejdsforum med praktiserende læger og hospitalsvæsenet* om, hvordan pleje- og omsorgsbehov for borgere med kroniske misbrugsrelaterede alkoholrelaterede lidelser dækkes mest hensigtsmæssigt.
- Den eksisterende "gråzoneaftale" mellem SUF og SOF om plejetilbud til borgere med særlige problemer (herunder misbrug) over 65 år, der ikke længere kan klare sig i eget hjem uanset støtte fra hjemmeplejen, inddrages i overvejelserne om fremtidig finansiering af drift af alternative plejetilbud i SOF's regi.
- Der etableres et fast samarbejde mellem rådgivningscentret og handicapcentret, hvor der afklares visitationskriterier og procedurer for ophold til handicappede og psykisk syge misbrugere (alkohol- og stof). Samarbejdet kan også indebære strategier for videndeling og kompetenceudvikling på tværs mellem de forskellige typer af tilbud.



Fokusområde: Familier med misbrug

Forældres misbrug eller partners eller børns misbrug intervererer i den nære families tilværelse (Servicestyrelsen, 2010, Sundhedsstyrelsen, 2008). Som konsekvens ses omsorgssvigt over for børn, konflikter indbyrdes i familien, partnervold og brudte familiemønstre. De pårørende til misbrugere er berørt af misbruget – uanset om der er tale om børn eller voksne.

Et misbrug kan eksistere over en årrække uden, at det erkendes af misbrugeren selv, eller uden at andre end de nære omgivelser (partnere og børn) er bevidste om det.

Når misbruget erkendes, og der starter et behandlingsforløb, vil det typisk være den voksne misbruger eller den unge misbrugende, der er i fokus, og de pårørendes problematikker og medvirken i den forandring, der igangsættes, vil ofte være overladt til dem selv, uanset at de reelt kan spille en afgørende rolle i, hvorvidt behandlingen lykkes.

Hvad aktualiserer en særlig indsats og faglige afsæt

Lang latenstid og stort mørketal

Kun en mindre del (skønsmæssigt under 11%) af de alkoholafhængige modtager alkoholbehandling. En noget større andel af stofmisbrugerne skønnes at være i kontakt med behandlingssystemet og vil ofte også tilhøre en social udsat gruppe, som vil have haft kontakt med "systemet" før behandlingskontakten, men for begge grupper vedkommende, går der mange år fra et misbrug starter, til at man søger behandling, gennemgående mellem 7-10 år for hhv. opiat/kokain- og alkoholmisbrugere, for hashmisbrugerne er der tale om en væsentligt længere "latenstid".

De nye brugergrupper, fx hash – og kokainmisbrugere har haft et langvarigt misbrug bag sig og har kunnet opretholde en tilsyneladende normal tilværelse over mange år, uanset at deres misbrug reelt har haft markante konsekvenser for dem selv og deres nære omgivelser. Således ligner de nye brugergrupper indenfor stofområdet, alkoholmisbrugerne.

Man må derfor konstatere, at en stor gruppe børn og unge og andre pårørende i misbrugsfamilier i årevis kan være belastet af misbruget, før de kommer i kontakt med hjælpeforanstaltninger, og at omfanget af fx berørte børn i misbrugsfamilier er væsentligt større end det antal børn, som man møder i behandlingssystemet.

Opsporing, motivation og tidlig indsats

Der har i perioden fra 2007 til 2009 været igangsat et "Åbent anonymt rådgivningstilbud" rettet mod børn og unge i familier med alkoholproblemer. Efter en prøveperiode er det besluttet at videreføre dette tilbud i regi af U-Turn. Formålet med tilbuddet er at gøre rådgivning og evt. behandling tilgængelig for børn og familier og øge brobygningen mellem borgere og de tilbud, der er til misbrugere og deres familier. Dermed understøtter "åbent anonym rådgivning" opsporing af familier med henblik på

en tidlig indsats.

Den hidtidige indsats overfor forældre med misbrug har været varetaget af Københavns Kommunes specialtilbud til stofmisbrugende forældre (Familieambulatoriet) og Center for Misbrugsbehandling. Hidtil har Familieambulatoriet overvejende varetaget behandlingen af opiatmisbrugende forældre til børn. Fra 2007 har Familieambulatoriet haft en særlig opgave omkring at motivere alkoholmisbrugende forældre til at indgå i alkoholbehandling. Erfaringerne herfra (Drifts- og udviklingkontoret, 2010) peger på, at de metoder, der er anvendt overfor stofmisbrugende forældre er relevante overfor alkoholmisbrugende forældre, og at der er behov for særligt motiverende indsats over for forældre med misbrug, der er ambivalente over for at gå i behandling. Ligeledes er der fortsat mangler i samarbejdet mellem forskellige faggrupper, her især praktiserende læger og sundhedsplejersker, men også blandt medarbejdere i børne-familieteams, der har kontakt med familierne, i forhold til underretning, opsporing og henvisning til tilbuddet.

Center for Misbrugsbehandling, der varetager hovedparten af alkoholbehandlingen i Københavns Kommune, har integreret et systematisk fokus på børne/familieproblematikken med tilbud om særlige foranstaltninger, hvis der er behov for dette i de pågældende familier.

I forbindelse med overgangen til Københavns Kommune i 2009 er der imidlertid behov for at videreudvikle dette tilbud og afklare samarbejdsrelationer med de øvrige forvaltninger og grene inden for Socialforvaltningen og centret.

Pårørende- inddragelse, selvhjælp og professionel støtte

Flere centre har arbejdet med at udvikle en særlig støttende indsats overfor pårørende (typisk forældre) til misbrugere.

Center for Misbrug har haft en mangeårig rådgivningsindsats til understøtning af en selvhjælpsgruppe blandt forældre til voksne misbrugere. Erfaringerne (Center for Rusmiddelforskning, Netværket, 2010) er, at der er stor søgning til tilbuddet, når det først er etableret, hyppigere blandt kvindelige pårørende end blandt mænd. De pårørende får en bedre livskvalitet ved at deltage, de bryder ud af en langvarig isolation og kommunikationen med misbrugeren forbedres gennem fx grænsesætning og relationsarbejde.

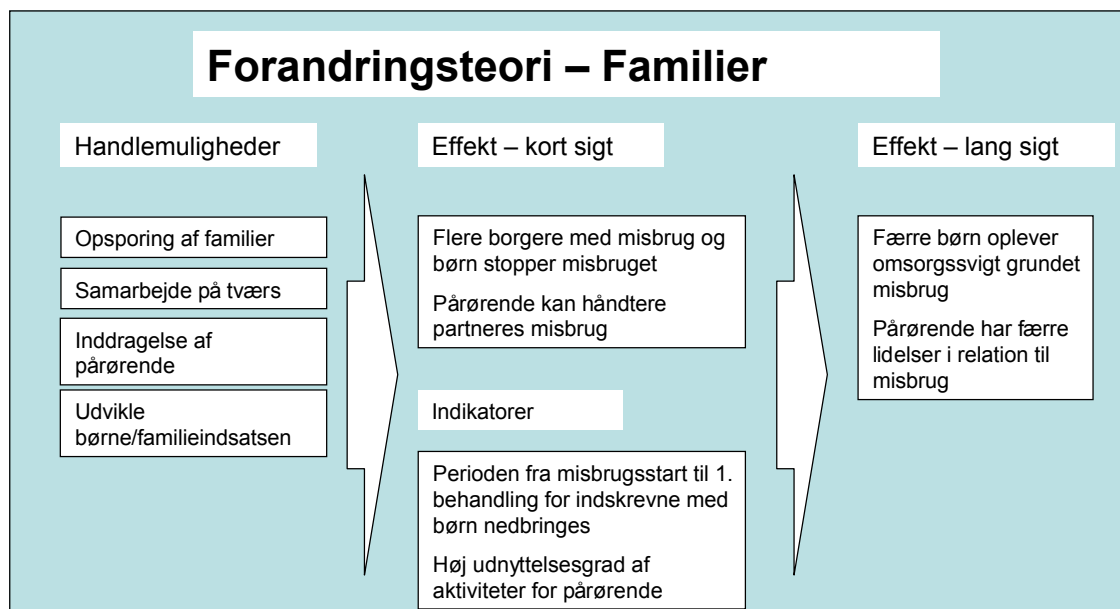
U-Turn (U-turn, 2008) har etableret gruppe-samtaletilbud til forældre til unge i behandling, men også gruppetilbud til forældre med unge, som ikke er i behandling, men hvor forældrene søger råd. U-turns indsats har kunnet vise en dokumenteret positiv effekt på de pågældende unges behandlingsforløb.

De hidtidige initiativer med støtte og rådgivning til pårørende peger på, at det er relevant at yde støtte til pårørende. Det skal imidlertid vurderes, hvornår der er behov for en fokuseret rådgivningsindsats af professionelle direkte og hvornår der kan være tale om at understøtte en selvhjælpsgruppe i forhold til etablering og rådgivning undervejs. Det, der taler for en professionel medvirken og kontinuerlig støtte, er, at der er en stor udskiftning undervejs og at der kan være behov for at en ekstern person medvirker for at afbalancere forskellige behov i gruppen og hjælpe til at fokusere på relevante temaer.

Handlemuligheder

Der er umiddelbart følgende handlemuligheder:

- Strategier for opsporing af familier med misbrug, der ikke er i kontakt med behandlingssystemet med hensyn til en motiverende indsats for at søge behandling og støtte i familien.
- Samarbejde på tværs af forvaltninger (BUF/SOF/SUF/praktiserende læger) med henblik på at kvalificere frontpersonale i forhold til opsporing og underretning vedrørende familier med misbrug.
- Etablering af retningslinier for inddragelse af pårørende i behandling, herunder støtte til pårørende gennem støtte til selvhjælp/terapeutiske gruppeforløb.
- Kvalitetsudvikling af alkoholbehandlingen gennem videreudvikling af børnefamilieindsatsen.



Fokusområde: Mindske gener for omgivelserne

Beboere er i perioder generet af mindre gruppers misbrugsrelaterede adfærd. Et aktuelt eksempel er området omkring Halmtorvet, hvor en åbent og kaotisk misbrugsadfærd vækker bekymring og usikkerhed hos de omkringliggende beboere og institutioner. Før gjorde det samme sig gældende for området omkring Mariakirken. Lignende konflikter ses i forhold til meget udadreagerende enkeltindivider, som slår sig ned udendørs. Også i forhold til intensivt udendørs drikkeri kan man opleve problemer. Fx har Vesterbro Torv og Christianshavns Torv begge været negativt præget af mange drikkende.

Problemet - beboernes perspektiv – eksempel Vesterbro

En undersøgelse (Rambøll, 2010) har vist, at det som udløser frustrationer hos borgerne særligt er: usikkerhed i forhold til vold og anden uforudsigelig adfærd, problemer med affald (fx kanyler), provokerende adfærd (fx salg af stoffer) og larm. Det er således op mod 1/3 af beboerne på Indre Vesterbro, der ugentligt finder brugte kanyler. Særligt børnefamilierne er bekymrede herfor (Rambøll, 2010). 45 % er ugentligt vidner til stofhandel. Et mindre antal – godt 10 % - har inden for den seneste måned i høj grad været generet af larm, dog med en tydelig overvægt blandt beboere tæt på Hovedbanegården (ca. 28 %).

I dette afsnit af misbrugsstrategien er der hovedsageligt fokus på Vesterbro-problematikken, men tiltag i denne sammenhæng vil give erfaringer til andre sammenhænge.

Problemet i et bredere perspektiv

Konflikten er historisk, geografisk og socialt betinget. Fx har man på Vesterbro Hovedbanegården liggende. Her har altid – og vil formentlig altid – være et leben heromkring. Her kommer man ind fra provinsen, her er der menneskemylder, her er der historisk mange værtshuse og udeliv. Konflikten på Vesterbro er også vokset i takt med byfornyelsen, hvor en af konsekvenserne er, at de fleste boligforeninger aflåser gårdene, hvilket skubber adfærden (misbrug, salg) frem i lyset på gaden. Der er tilsyneladende *ikke* en lavere tolerancetærskel blandt de nye beboere på Vesterbro (Rambøll, 2010).

Man bør bemærke, at problemet flytter sig rundt. I forhold til fx åbent salg af stoffer, var det for 30 år siden hjørnet af Blågårdsgade og Nørrebrogade, som var "Dead mans Corner". For bare 1 år siden var den "åbne stofscene" på Maria Kirkeplads, og nu er den flyttet til Halmtorvet. Der er altså forhold, der bevirker ændringer. En hypotese er, at beboersammensætning, politiindsatser og sociale tilbud påvirker problemets fremtræden og placering.

Der er også mere specifikke forhold, der kan være med til at skærpe problemerne. Den voksende brug af kokain er således et skærpene forhold. Kokainen fører til en rastløs, udadvendt – til tider opfarende – adfærd. Tidligere tiders heroinmisbrug førte nok til abstinent rastløshed men selve rusen var sløvende. På Vesterbro er også en stor del udlændinge, som det sociale system ikke formår at hjælpe – enten fordi der er kulturelle forhindringer eller legale forhindringer i form af retsløshed.

Målgruppen

Den åbne stofscene på Vesterbro er i første omgang i fokus. Hvor mange er en del af denne scene, og hvilke karakteristika har de? Til at besvare spørgsmålene er der relevante data fra de opsøgende arbejdere i "brobyggerprojektet", fra det opsøgende sundhedsteam, fra Mændenes Hjem og fra Sundhedsrummet. Beskrivelsen af målgruppen for dette fokusområde er rimeligt omfattende, fordi målgruppen ikke er beskrevet indgående i hverken målgruppeafsnittet eller i evalueringerne.

Antal

- En optælling på Mændenes Hjem fandt, at der på et døgn henvendte sig 415 personer på Mændenes Hjem, og de tilsammen aflagde 1575 besøg (Mændenes hjem 2009/10).

- Sundhedsrummet har i løbet af 2 uger kontakt til 220 borgere (Rambøll, jan 2010).
- Værestedet Dugnad havde i en periode et gennemsnit på 142 besøg om dagen (inkl. gengangere) (Rambøll, 2010)
- Brobyggerne på Vesterbro har indskrevet 139 "svært håndterbare" misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk

Sammenfattende kan man trække på Mændenes Hjem's vurdering: At der i alt er 200-300 "svært håndterbare" stofmisbrugere på Vesterbro (Mændenes Hjem, 2008). Mændenes Hjem har en omfattende kontakt til målgruppen (mellem 1500 og 2000 besøg i døgnet) og en bred vifte af tilbud – herunder udgående funktioner – så vurderingen bygger på et solidt fundament.

Køn

Målgruppen består overvejende af mænd. Fordelingen varierer lidt, men tendensen er klar.

- 84 % / 16 % (Mændenes Hjem's 24 timers tælling)
- 80 % / 19 % (Sundhedsrummets 2 ugers optælling)
- 79,5 % / 20,5 % (Sundhedsteamets årsrapport 2008)

Med hensyn til prostitution ser kønsfordelingen (selvfølgelig) anderledes ud. Blandt målgruppen af hårdt belastede – svært håndterbare – stofmisbrugende prostituerede møder Mændenes Hjem således 30-50 personer.

Alder

Der er flest midaldrende i gruppen, mens de "etniske" ser ud til gennemgående at være lidt yngre.

- I Sundhedsrummets opgørelse er 83 % således 31-50 år. 14 % er yngre og 4 % ældre
- Blandt brobyggernes indskrevne er 58 % over 35 år, mens 39 % er yngre (3 % er uoplyste)
- Gennemsnitsalderen hos brugere i Sundhedsteamet er 37 (kvinder) og 42 (mænd)

Etnicitet

Mændenes Hjem vurderer, at der er omkring 200 stofmisbrugere - med anden etnisk baggrund end dansk - som har en perifer tilknytning til behandlingssystemet (Mændenes hjem, 2008). En optælling af besøgende på Mændenes Hjem i 2009 giver et billede af forholdet mellem gammeldanskere og danskere med anden etnisk baggrund. På optællingsdøgnet henvendte 415 personer sig. Gruppen havde følgende sammensætning:



Figur 11: Andelen af borgere med anden etnisk herkomst på Mændenes Hjem.

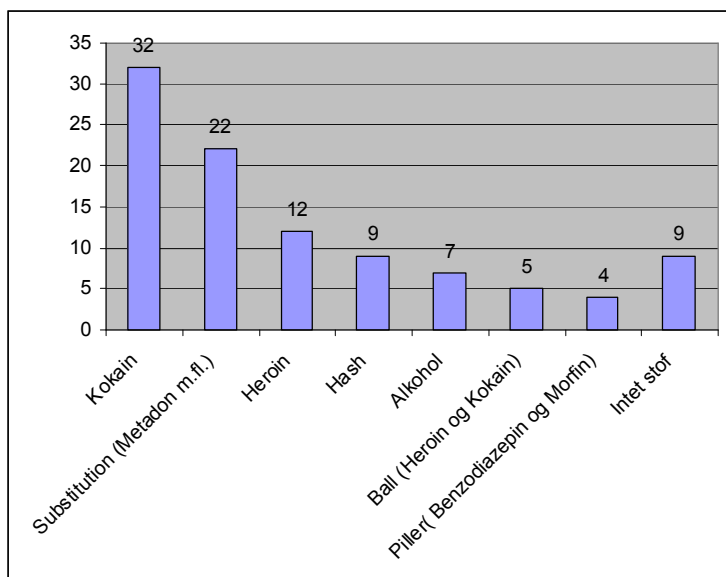
I Sundhedsrummet har ca. 1 ud af 3 anden etnisk herkomst.

I modsætning hertil er Sundhedsteamets borgere for omkring 80 % vedkommende danske, grønlandske eller nordiske. Sundhedsteamet er *ikke* fokuseret specielt på Vesterbro.

Misbrug

Der er ifølge Mændenes Hjem sket et markant skift i misbrugsindtaget blandt de sværest belastede stofmisbrugere på Vesterbro. Kokain har således gennem de sidste år fortrængt heroin som det mest dominerende stof. Skiftet til kokain gør det sværere for Mændenes Hjem at håndtere gruppen.

I Mændenes Hjem 24 timers opgørelse spurgte de brugerne om, hvilket stof de sidst havde indtaget:



Figur 12: Brugerens sidst brugte stof (i %)

Dokumentationen fra Brobyggerne er sammenfaldende med tallene fra Mændenes Hjem. Her et uddrag fra Brobyggernes rapport (Christiansen et al, 2009/2010):

100 (64 %) af de indskrevne brugere er stofmisbrugere (kokain eller heroin), herunder piller som enten er morfinpræparater eller benzodiazepiner. Som nævnt tidligere er kokain primærstoffet hos de fleste af vores brugere. Heroin er også en faktor, men slet ikke i samme grad som kokainen. En del brugere blander kokainen og heroinen i det der blandt brugerne kaldes en "ball". Derudover er metadon også en faktor blandt nogle af brugerne. Som typisk bruges til at blive "rask" og så har mange et sidemisbrug med kokain oveni.

31 personer (20 %) har et blandingsmisbrug. Dette er typisk en blanding af kokain/heroin/piller/metadon og alkohol. 7 personer (4 %) har alkohol som primært misbrug.

Psykisk og fysisk sygdom

- 14 % af de indskrevne hos brobyggerne er også tilknyttet distriktspsykiatrien,

hvor de også modtager ambulante behandling for deres stofmisbrug, ofte inkluderet substitutionsmedicin

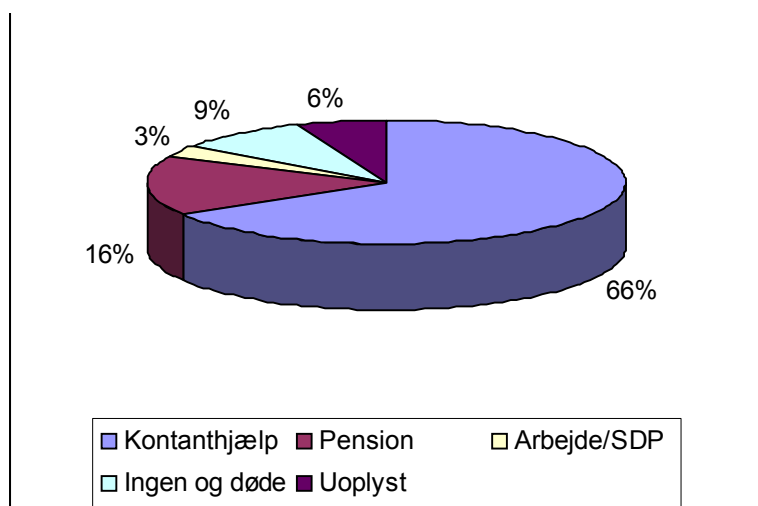
- Opgørelser på Mændenes Hjem viser, at 1 ud af 3 er psykisk syge. Dertil kommer en lang række personer, som ikke har en diagnose / ikke er kendt til diagnose.

Der er ikke dokumentation for sygeligheden blandt de svært håndterbare misbrugere på Vesterbro, men en stor del af indsatsen er behandling og forebyggelse af sygdomme. Ydelsernes omfang afspejler en målgruppe med somatiske problemer:

- Mændenes Hjem Sygeplejeklinik havde fx i 2009 5742 kontakter omkring sygeplejeydelser
- Mændenes Hjem udleverede i 2008 770.000 kanyler
- Halvdelen af ydelserne i Sundhedsrummet er sundhedsfaglig støtte

Forsørgelse

Den bedste dokumentation for målgruppens forsørgelsesgrundlag er Brobyggernes evalueringssrapport. Den dækker kun en del af målgruppen, men data lader til at være rimelig repræsentative på de andre områder, så formentlig også her. Kontanthjælp lader til at være det langt største forsørgelsesgrundlag.

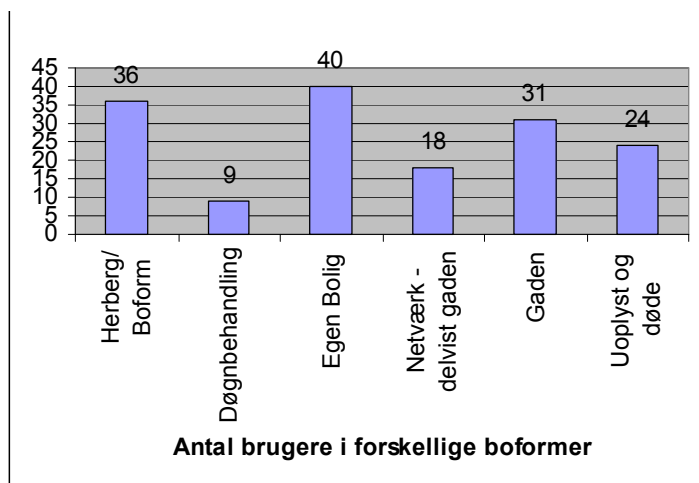


Figur 13: Forsørgelsesgrundlag

Boligforhold

Mændenes Hjem natcafé giver mulighed for at sove eller gæste caféen om natten. De seneste tal er fra 2006, hvor der var 836 overnattende og 14.141 natbesøg.

Brobyggerne har også opgjort boligforholdene for deres indskrevne. Heraf fremgår det, at en stor del har meget ustabile boligforhold. 36 (22 %) bor på herberg. 18 (11 %) bor hos familie, men i realiteten er de ofte gadehjemløse. 31 (20 %) er decideret gadehjemløse.



Figur 14: Boligforhold for de indskrevne i Brobyggerne

Muligheder og barrierer

Målgruppen karakteriseres af Mændenes Hjem som "svært håndterbar", og det er en karakteristik fra en institution, som har kontakt til de mest marginaliserede i samfundet. Der er altså ingen lette løsninger for den ovenfor beskrevne gruppe, som udgør omkring 200-300 borgere. Det er borgere, som ikke evner at komme regelmæssigt til aftaler, og som dermed fraskriver sig mange muligheder i behandling (misbrug og psykiatri) og i forhold til kontanthjælp. En "hård kerne" i gruppen er endvidere så kaotisk og voldelig, at der kan forekomme perioder, hvor de er forment adgang til diverse herberger. Hjælpesystemet er handicappet af, at målgruppen har problemer, der ikke kan løses af en enkelt sektor.

Målgruppen nås altså ikke med konventionelle institutionstiltag. Men der er ikke desto mindre en lang række berøringspunkter: Kontaktstedet på Mændenes Hjem, nattilbud på Mændenes Hjem, Brobyggerne, Sundhedsteam, Værestedet Dugnad, Sundhedsrummet, andre væresteder og andre opsøgende medarbejdere (Hjemløseenheden). Berøringspunkterne består i umiddelbar afhjælpning af problemer og lidelser: Kanyler til fix (afhjælpning af abstinenser), hjælp til at kontakte BIF (genoptage kontanthjælp), mad, afslapnings/sovemuligheder, rensning af sår/bylder, substitutionsmedicin og tøj. Bortset fra pusherne er medarbejderne i det sociale, sundhedsmæssige og frivillige hjælpesystem faktisk de personer, som er i tættest kontakt med målgruppen. Al den tid man tilbyder omsorg og umiddelbar behovstilfredsstillelse er det altså muligt at opnå kontakt.

Mål og principper

Gennem flere workshops med medarbejdere, er det tydeligt, hvad der må være Socialforvaltningens mål på området. Først og fremmest er det vigtigt ikke at foregøgle sig, at problemerne med denne målgruppe kan "løses". Der vil altid være borgere, som ikke kan indpasses – heller ikke i hjælpesystemet. Ambitionen er at håndtere problemerne bedst muligt, blandt andet ved at udvikle tilbud og metoder, der modsvarer nye forhold (som fx kokainmisbrug) ved målgruppen.

Socialforvaltningen har altid pligt til at medinddrage de udsattes perspektiv og dermed

forebygge, at de udsatte bliver yderligere marginaliseret, hvis og når borgergrupper, naboer og erhvervsliv skærper kritikken. At indtage de udsattes perspektiv betyder at arbejde for en øget tolerancetærskel i samfundet og at tænke i tilbud og integration i stedet for udelukkelse.

Et afgørende forhold for en indsats i et lokalområde som fx Vesterbro er, at indsatsen bliver koordineret. Det er positivt, at der er forskellige muligheder, tilbud og indsatser, men de må ikke modarbejde hinanden. Det giver ikke mening, hvis politiet har en forbudszone, hvor man opretter et værested. Det giver heller ikke mening, hvis de forskellige tilbud konkurrerer på det lavest mulige ambitionsniveau. Tiltagene må koordineres. Erfaringer fra Frankfurt peger på et handlekraftigt forum med højtstående embedsmænd på tværs af forvaltninger og sektorer. Forumet mødtes en gang om ugen al den tid, der var en krise i forhold til en åben stofscene. Fra Christianshavns Torv er der erfaringer med koordinering i regi af lokalrådet. Samarbejdet var/er udmærket, men erfaringen er, at der skal være beslutningskompetence / mandat hos de tilstedeværende, hvis der skal være tilstrækkelig gennemslagskraft.

I en koordinering er det vigtigt at kunne have et fælles minimumsfundament. Her er det Socialforvaltningens udgangspunkt, at man altid har et ansvar i forhold til de borgere, som benytter tilbudene. Konsekvensen er, at man altid skal have ambitioner om en forbedret tilstand hos borgeren. Pædagogikken / tilgangen kræver blot ekstra meget, når man skal skelne mellem laissez faire og skadesreduktion. Erfaringer fra London peger på, at man bør integrere udviklingsaktiviteter med skadesreduktion og motivation for forandring. En bruger skal kunne frekventere et værested uden at skulle være motiveret for andet en lavtærskeltilbudene (mad, bad, sove), men hvis man har integreret muligheder for motion, gruppeterapi, individuel rådgivning m.m. er der mulighed for udvikling.

Socialforvaltningen har valgt en strategi på baggrund af erfaringerne på Vesterbro. Den overordnede linie er at komme med decentrale, mindre tilbud for at tynde ud i de afledte problemer med misbrugerne. Dels for naboernes skyld og dels for de udsattes egen skyld, for de er også sårbare overfor det kaos, der kan opstå ved en koncentration. Der er meningsfulde modargumenter mod linien, fx kan koncentration af tilbudene give stordriftsfordele i forhold til specialkompetencer og nattevagter. En linie der ligger i forlængelse af decentralisering er "mange bække små". Det er som sagt ikke muligt at "løse problemet", men med en række tiltag, der adresserer forskellige målgrupper på forskellige tidspunkter, kan problemet udtyndes.

Et af de forhold, som er nødvendigt at få til at fungere er samarbejdet med de lokale beboere, handlende og foreninger. Man bør både skabe en dialog mellem de direkte implicerede og en kommunikation til den bredere kreds af interessenter.

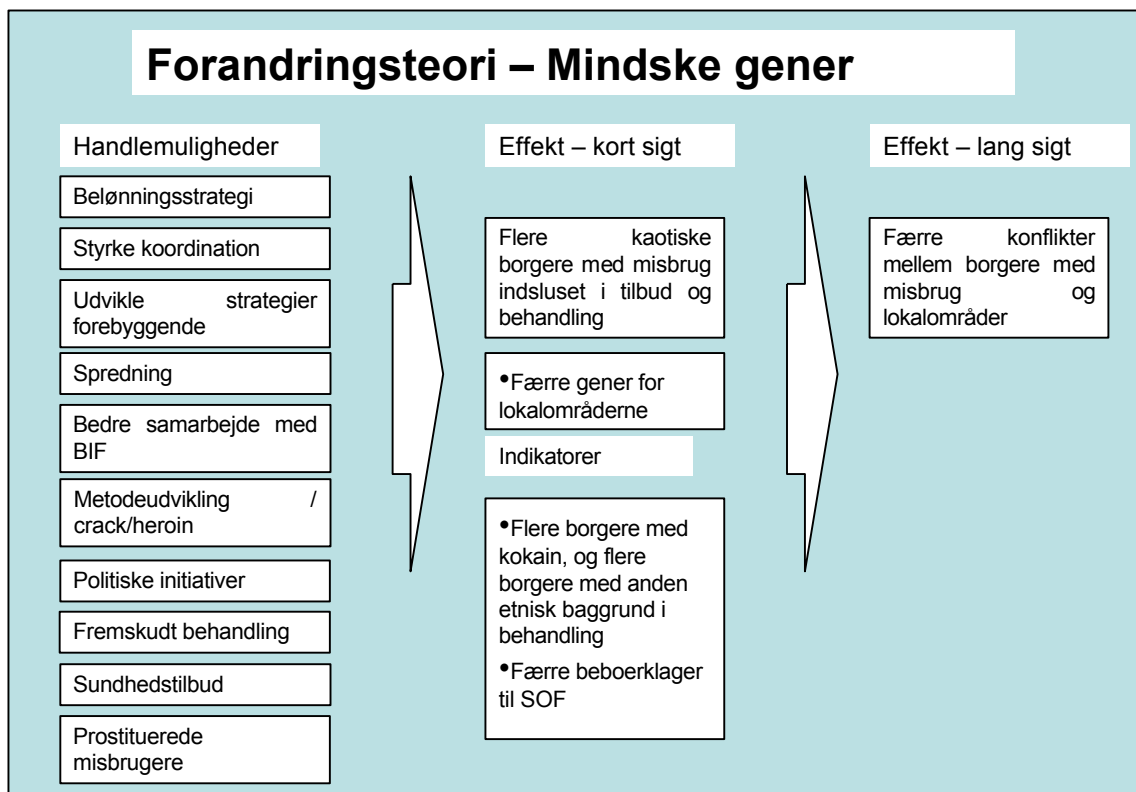
Strategien for et område

1. Analyse (swot) af problematikken / dokumentation for målgruppen / interessenter / ressourcer / tilbud
2. Nedsætte koordinerende forum med mandat til at tage beslutninger
3. (plan for) kommunikation med den brede kreds af interessenter (løbende opdatering)
4. (plan for) dialog med de nære interessenter
5. Initiativer på kort sigt
6. Initiativer på længere sigt

7. Exitstrategi: Mål og succeskriterier / tidsafgrænsning af indsatsen og det koordinerende forum

Handlemuligheder

- Styrke koordinationen på eksisterende områder som fx Vesterbro. Styrke betyder at afsætte ressourcer til at følge op på initiativer som fx kommunikation og dialog. Styrke betyder også at sikre et stærkt mandat til Socialforvaltningen og til de koordinerende fora.
- Udvikle strategier for nye konfliktområder som der fx kan opstå, hvis der kommer boligbyggeri på Sundholm.
- Initiativer som mindsker koncentrationen af problemer. Det er initiativer som allerede er på tegnebrættet (omsorgstilbud til misbrugere med kaotisk adfærd; behandlingstilbud til prostituerede; sprøjteudlevering fra flere lokationer)
- Forbedret samarbejde med BIF omkring kontanthjælpsmodtagere, så de udsatte ikke mister forsørgelsesgrundlaget.
- Metodeudvikling (i forhold til målgruppen af heroin/kokain-brugere; i forhold til at håndtere de mange med anden etnisk baggrund)
- Politiske initiativer (muligheder for fixerum, handlemuligheder i forhold til retsløse)
- Fremskudt behandling (rådgivning, medicinering og motivationsarbejde fra misbrugsbehandlingen i herberger og væresteder)
- Forbedrede sundhedstilbud til de udsatte (i forlængelse af og udbygning af Sundhedsteam, sygeplejeklinikker, Sundhedsrum)



Tværgående temaer

Bedre udredning

Misbrug er – som nævnt indledningsvist - ofte vævet ind i andre problematikker. De fleste af disse problematikker har man en lang erfaring med – og kompetence i - at udrede, behandle og samarbejde omkring. Andre problematikker er fortsat udviklingsområder. Både praksisfeltet og statistikker peger således på psykisk sygdom, som en af de problematikker, der skal udredes bedre fremadrettet.

Problemer der skal udredes

Generelle tal siger, at omkring 50 % af de psykisk syge har et misbrug, og at omkring 70 % af de misbrugende har en psykisk lidelse (Ege, 2004). Tal for Københavnske borgere indskrevet i stofmisbrugs- eller alkoholbehandling viser, at henholdsvis 34 % og 49 % i løbet af en otteårig periode har kontakt med det psykiatriske system (Havsteen, 2010).

Aktører og ansvarsfordeling

Regionens distriktpsychiatri og hospitalspsychiatri har ansvaret for behandlingen af psykotiske misbrugere. Specielt til denne målgruppe har Region Hovedstaden et specialambulatorium, et opsøgende team og en afdeling på Skt. Hans. Kommunerne har ansvaret for behandlingen af misbrugere med personlighedsforstyrrelser, depression og angst. Til at visitere i tvivlstilfælde er der et fælles visitationsudvalg mellem Socialforvaltningen og regionen. Visitationsudvalget har dog kun haft ganske få sager i sin levetid. Det hænger formentlig sammen med etableringen af det opsøgende team for psykotiske patienter med et misbrug, der har kapacitet til at imødekomme behandlingsbehovet. Men det hænger også sammen med et manglende kendskab til visitationsudvalget.

Fortsatte udfordringer

Men der er stadig store problemer med andre psykisk syge med et misbrug, det gælder:

- De indskrevne i misbrugsbehandling, der er diagnostisk uafklarede for eksempel, hvor der er mistanke om ADHD.
- De psykotiske misbrugere med kaotisk livsførelse risikerer ikke at få hjælp til deres lidelser. Denne målgruppe er blandt de mest ildestedte i vores samfund, og lever et liv på gaden, i herberger og fængsler.

Kompetencer til udredning og brobygning

Der er en række generelle anbefalinger til organisatorisk og klinisk praksis (Ege, 2004):

- Kontinuerlig og fastholdende behandling
- Mindre, specialiserede institutioner skal varetage behandlingen
- Let adgang til midlertidige indlæggelser
- Integration af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen i samme institution

Der er også en række praktiske erfaringer i de københavnske behandlingsinstitutioner:

- Center for Misbrugsbehandling har relateret de to indsatser ved at ansætte psykiatere til særligt udredningen og den behandling, de kan forestå i det ambulante, misbrugsfaglige regi
- Rådgivningscenter København har også haft psykiater ansat, og forsøger at udvikle et samarbejde med distriktspsykiatrien
- Familieambulatoriet på Thoravej har tilknyttet en psykiatrisk konsulent
- Det opsøgende Sundhedsteam (målgruppen af de mest udsatte hjemløse) har erfaringer med at koordinere psykiatrisk behandling på hospitaler med gaden

For at leve op til anbefalingerne og på baggrund af erfaringerne er det forvaltningens vurdering, at det vil være yderst gavnligt at få yderligere psykiatrikompetencer i behandlingssystemet.

Konkret

Mål og opgaver for en eller flere psykiatere ligger i forlængelse af tre af de ovenstående generelle anbefalinger om at integrere de to behandlingstilgange, at skabe kontinuitet og stabilitet i behandlingen og at lette adgangen til midlertidige indlæggelser. Psykiaterens opgave bliver

- at optimere behandlingen organisatorisk ved at udvikle udredningskompetencerne hos medarbejderne, udvikle og implementere screeningsredskaber, udvikle procedurer til brug for behandlingskonferencer
- at diagnosticere og medicinere
- at supervisere og tage enkeltsager

For at sikre, at der ikke sker opgaveglidning, og kommunen overtager psykiatriopgaver fra regionen, bliver psykiaterens opgave også:

- brobygning til psykiatrien i enkeltsager
- at bidrage til indgåelse af samarbejdsaftaler med Regionen på både direktørniveau og på distriktspsykiatriniveau
- at samle dokumentation for udbredelsen af psykiske lidelser i misbrugspopulationen

Etnicitet

Etnicitet – anden etnisk baggrund end dansk (typisk ikke vestlig baggrund) – er en udfordring for Københavns Kommunes indsats overfor misbrug på overvejende fem måder:

Mørketal:

- der er tilsyneladende et stort mørketal blandt unge efterkommere med misbrug af fortrinsvist hash og kokain, og som har problemer med uddannelse/arbejde. Hverken modtageenhederne eller U-turn har kontakt med denne gruppe uanset muligheden for anonym rådgivning, frivillighed og gratisprincippet og forsøg på at etablere specialiserede rådgivningstilbud til denne målgruppe (interkulturel rådgivning). Denne gruppe er underrepræsenteret i såvel ungeindsatsen som det øvrige behandlingssystem.

De livsstilskriminelle

- Der er en subkultur blandt indvandrere med ikke vestlig baggrund (hvoraf også en del er efterkommere), som har kontakt til eller er aktive i det kriminelle miljø, og som har et aktivt misbrug af hash- og kokain, men som ikke er behandlingssøgende, og som ikke ser misbrug som et særligt problem (de livsstilskriminelle). Denne gruppe er det lykkedes at få kontakt med gennem opsøgende behandlingsindsats i de københavnske fængsler (Projekt over Muren)

Gadescenen

- Gadescenen på Vesterbro (Mændenes hjem, Værestedet Dugnad) er befolket af en overvejende anden etnisk befolkningsgruppe, som har et kaotisk misbrug af heroin, kokain og hash og som har en adfærd, der er stødende og aggressiv over for omgivelserne. Gruppen afviser typisk at involvere sig i et behandlingsforløb, og afviser også at medvirke i procedurer omkring behandling. Det er gennemgående borgere, der ikke møder op til aftaler. Brobyggerne på Vesterbro har kontakt med en del af disse borgere, men har pt. ikke haft meget ud af at skabe bro mellem gruppen og behandlingssystemet.

De traumatiserede

- Det fremhæves ofte, at psykiske traumer er udbredt blandt indvandrere, som kræver en specialiseret indsats. Der er behov for en psykiatrisk kompetence, der kan afdække denne gruppes psykiatriske behandlingsbehov.

De "retsløse"

- Der er i stigende grad mennesker, der opholder sig "illegalt" i København. Det er mennesker som af forskellige årsager er uden bolig, forsørgelse og som er uden borgerrettigheder. Herbergerne må ikke huse dem, sundhedssystemet må ikke behandle dem længerevarende og behandlingssystemet må ikke iværksætte misbrugsbehandling. Det opsøgende sundhedsteam har erfaringer med, at der hos denne gruppe forekommer smitsomme sygdomme, som der bør behandles for, såvel af humanitære årsager som for at undgå smittespredning.

Undvige behandling

Fælles er, at brugerne ikke erkender at have misbrugsproblemer, og at de ikke af sig selv opsøger behandling – eller som for de "retsløse" ikke må modtage behandling. Årsagerne er flere, tilhørsforhold til forskellige subkulturer, der ikke anerkender misbrug som problem, og som ikke ønsker mere involvering med det kommunale

system end højst nødvendigt, tabuisering af misbrugsproblematikken i familien (skyld og skam).

Imidlertid fremhæves det fra flere opsøgende indsatser, at det kan lade sig gøre, at skabe kontakt til disse miljøer.

Behandling hvor brugerne er

Det eksisterende brobygningsarbejde til jobcenter, psykiatri mm. på Vesterbro, det opsøgende behandlingsarbejde i fængslerne synes at have en kontaktskabende funktion, men ikke en blivende værdi i forhold til at fastholde brugerne i et behandlingsforløb. Hvordan skabe kontinuitet og vedholdenhed i kontakten samtidig med, at man skaber en anden forståelse af, hvad der er misbrug, og hvordan misbrug på sigt understøtter en social udskillelse og systemafhængighed.

Misbrugsstrategiens bud er, at frem for at etablere særlige tilbud til de etniske misbrugere, som brugerne skal opsøge, så skal behandlingen ud til brugerne, hvor de er og dermed skabe en brobygning. Kontakten skal gøres fleksibel og vedholdende og integrerende på sigt.

Der skal åbnes op for muligheden for en mindre bureaukratitung behandlingstilgang, med mulighed for anonymitet, og for at synliggøre "accepten" af misbrug som en "forståelig adfærd" i indvandrer kredse ved at tosprogede medarbejdere med relevant faglig baggrund kan optræde som brobyggere og som repræsentanter for en anden forståelse af misbrug, end den benægtelse, som kan præge dele af indvandrer miljøet.

Endelig må man finde en vej til at tage hånd om de retsløses særlige problemstillinger, fx gennem etablering af "transitrum", hvor det er muligt at iværksætte skadereducerende tiltag.

Initiativerne skal tage deres afsæt i / forankres i de indsatsområder, hvor der allerede er etableret en kontakt med disse grupper eller hvor man har erfaringer med fremskudt behandling.

Partnerskaber

Misbrug og afhængighed udvikles typisk som del af en mere kompleks problematik, som ikke kan afhjælpes alene indenfor samme foranstaltning (se afsnit om "rammer").

Behandling af misbrug må, for at lykkes, typisk samarbejde med andre typer af hjælpeforanstaltninger af social- og sundhedsmæssig art. Misbrugsbehandlingen kan ligeledes understøtte andre foranstaltninger, hvor misbrug optræder og skal håndteres, uanset at det ikke er misbruget, der er i centrum.

Med andre ord, misbrugsproblematikker skal håndteres af flere foranstaltninger i fællesskab. Dette kræver fora for koordination og samarbejde mellem forskellige forvaltninger og sektorer, det kræver deling af viden mellem forskellige specialer, det kræver, at man går efter at finde ud af, hvordan man bedst hjælper brugerne, hvordan man tilretter sin indsats, så den kommer brugerne i møde.

Samordning/partnerskaber inden for behandlingsområdet

Det er to principper for samordning, som hver for sig giver mening:

- det ene princip er "*integration*", at alt løses under samme tag gennem en helhedsorienteret indsats, hvor brugeren kun skal henvende sig et sted, og hvor alle specialer er til stede. Samtidig etableres specialiserede tilbud til misbrugerne i eget regi.
- Det andet princip er "*shared care*", som siger, at hver foranstaltning/ sektor skal bidrage med den kompetence / det speciale, som bedst muligt kan bidrage til at afhjælpe misbrugerens problem. Misbrugsbehandlingen må da trække på andre sektorer, da den ikke kan rumme alle relevante specialer.

Den historiske realitet er, at udviklingen på henholdsvis alkohol- og stofområdet har været præget af en blanding af de to principper.

Inden for alkoholmisbrugsbehandlingen har man integreret psykiatrisk behandling af mindre svære psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen, men i øvrigt fulgt et "*shared care*" princip omkring de svære psykiatriske lidelser og somatiske alkoholrelaterede skader. Omkring sidstnævnte lidelser har man haft et samarbejde med de øvrige specialer på hospitalerne, som man indtil primo 2009, delte adresse og ledelse med og derfor havde tætte relationer til. Da alkoholbehandlingen nu er forankret i Socialforvaltningen og ikke længere i regionens hospitaler, er betingelserne for det tætte samarbejde med det somatiske sundhedsvæsen forandret, og relationen skal genskabes i en anden form.

Omvendt var situationen, hvad angik samordning med de sociale ydelser og beskæftigelsesproblematikkerne. Her havde alkoholbehandlingen ingen samordning med Socialforvaltningen, bortset fra problematikkerne omkring børn i misbrugsfamilier, hvor man havde haft et særligt fokus på samordning med børne-familieteams i kommunen. Hvad angik pleje- og omsorgsophold havde man i Sundhedsforvaltningens regi udviklet specialiserede egne løsninger i form af omsorgsophold på BLÅ Kors hjem og et "alternativ" plejehjem for aktivt drikkende alkoholikere, "E-huset", som videreføres i Socialforvaltningens regi.

Erfaringen omkring integration af psykiatrien i alkoholmisbrugsbehandlingen har været positiv, de to typer af indsats har understøttet hinanden.

Integration fordrer imidlertid ligestilling af kompetencer mellem de specialer, som indsatsen repræsenterer, således at fagligheden er på niveau med den øvrige indsats på området. Dette kræver, at de faglige ressourcer vedligeholdes, at der gennemføres kollegial audit, og at der er tilsyn med, at man følger de standarder, der er udviklet indenfor specialet.

Inden for Stofmisbrugsbehandlingen kan man også konstatere en udvikling, hvor man har anvendt begge principper. Man har tidligere prioriteret en helhedsorienteret indsats ved at integrere sociale og beskæftigelsesrettede ydelser i misbrugsbehandlingen. Helhedsorienteringen er imidlertid blevet udfordret gennem strukturændringer (struktureformen), hvor beskæftigelsesdelen er blevet adskilt fra de øvrige sociale

ydelser. Hvad angår pleje- og omsorgsophold har man etableret specialiserede "alternative" tilbud til egne brugere. "Skadesreduktionsparadigmaet" har skabt grundlag for integration af en særlig opsøgende og fremskudt sundhedsfaglig indsats i det opsøgende gadeplansarbejde over for stofmisbrugere.

Omvendt har man anvendt "shared care" princippet, når det gjaldt samordningen med det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

Erfaringen fra stofmisbrugsbehandlingen, når det gælder "shared care" er, at man for at få et udbytterigt og fleksibelt samordning, skal kompetencen være til stede i begge "systemer", (om end ikke i lige stort omfang) ligesom et oparbejdet gensidigt fagligt netværk er befordrende for et godt resultat.

Med andre ord "shared care" fordrer "brobygning". Brobygningen kræver tilførsel af kompetencer og ressourcer til misbrugsbehandlingen.

Fremadrettede udfordringer for samordning

For at løse de problematikker, som er nævnt i de foranstående fokusområder for misbrugsstrategien, er der påpeget en række behov for samordning af misbrugsbehandling og andre sociale og sundhedsrelaterede indsatser.

Her skal nævnes en samordning med Sundhedsforvaltningen (Sundhedshuse) omkring en *tidlig indsats* gennem livsstilssamtaler og med Beskæftigelsesforvaltningen omkring sygedagpengeopfølgning. I begge tilfælde må gælde princippet om "shared care" (da misbrugsbehandlingen ikke skal "integrere" disse foranstaltninger i eget regi). Dette kræver imidlertid så overvejelser omkring, hvordan "brobygningen" skal foregå, fx med gensidig udveksling af kompetencer og afklaring af procedurer for henvisning fra Sundhedshuse og Jobcenter til misbrugsbehandlingen.

Et eksempel på at forfølge *integrationsstrategien* er pleje- og omsorgsområdet, hvor en udbygning af hjemløseforanstaltninger og støttende botilbud til socialt udsatte forventes at aflaste sundhedsvæsenet for såvel akutte henvendelser som indlæggelser, der er misbrugsrelateret. Dette kræver imidlertid, at de sundhedsfaglige kompetencer er til rådighed for botilbuddene.

Partnerskaber med sektorer udenfor behandlingsområdet

Misbrugsproblemer optræder med forskellig styrke indenfor foranstaltninger, der varetager andre problematikker, der vurderes af større betydning end misbruget. Det kan være i Socialforvaltningens eget regi, fx psykiatriske botilbud eller botilbud til handicappede. Det kan være ungdomspensioner eller andre støttetilbud til unge. Uden for Socialforvaltningens regi kan nævnes kriminalforsorgens fængsler. Det kan være den åbne gadescene eller særlige subkulturer, hvor grupper med egne normsæt udvikler en adfærd, der belaster omgivelserne.

Der vil være behov for at udvikle strategier for at håndtere disse udfordringer. Der kan være tale om forskellige tilgange, hvor misbrugsbehandlingen indgår på forskellig vis:

- en tilgang kan være gennem *videndeling og konsulentbistand* til fagprofessionelle i fx botilbuddene
- en tilgang kan være *fremskudt behandling*, hvor medarbejdere fra

misbrugsbehandlingen går ud i miljøerne, fx i relation til gadescenen eller særlige subkulturer blandt unge (herunder unge med anden etnisk baggrund). Her er der berøring med andre foranstaltninger, fx indsatsen for Sikker by mm., hvorfor der skal aftales, hvilke beføjelser og roller de forskellige aktører har.

- en tredje tilgang kan være *samordning om de enkelte sager* mellem Kriminalforsorgen og Socialforvaltningen, fx gennem fælles sociale handleplaner og fælles aftaler og procedurer om videreførelse af behandling ved løsladelse i kommunalt regi.

I alle tilfælde skal der formuleres eksplicite aftaler mellem de forskellige partnere, der indgår med hensyn til at aftale initiativforpligtelse, regelsæt, forventningsafstemme niveauet for bistand og sikre en hensigtsmæssig rollefordeling.

Litteratur

Benjaminsen L, Andersen D, Sørensen M. Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. SFI, 2009 09:19

Center for Rusmiddelforskning, Netværket, Evaluering af projekt "pårørendearbejde", Netværket
Evalueringen er gennemført af Center for Rusmiddelforskning som led i evalueringen af
satspuljeprojekter 2006-2009. J.nr. 871252-0285

Christensen, P.B, Grasaasen K, Sælan H. Skøn over antallet af injektionsmisbrugere i
Danmark. Upubliceret 2009.

Christiansen Rasmus et al. Brobyggerne på Indre Vesterbro – evaluerende rapport 2006-2009,
2009/10

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Narkotikasituationen i
Europa. Årsberetning 2009.

Diderichsen, Finn et al. At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater for
Københavns Kommune, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
November 2006

Drifts- og udviklingskontoret for Udsatte grupper, misbrug og bolig, Afsluttende evaluering af
projekt "gravide alkoholmisbrugere og alkoholmisbrugende forældre med småbørn", 2010.

Ege P. Stofmisbrug + afhængighed hos unge og voksne. Hans Reitzels Forlag. København,
2004

Elmeland, Karen og Hecksher, Dorthe. Forandring uden behandling, Stof nr. 14, 2009/2010.

Fuentes Laura. præsentation på Pompidou Conference on "Stimulants Abuse", Strasbourg 10-
12 maj 2010

McLellan T. What we need is a system: Creating a responsive and effective substance abuse
treatment system. I: Miller WR, Carroll KM. Rethinking substance abuse. The Guilford Press,
New York, 2006: 275 – 92

Marsden John et al. , Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine
addiction in England: a prospective, in treatment cohort study. [www.the](http://www.thelancet.com) lancet.com Published
online October 2, 2009

Mændenes hjem, Notat om 24 timers undersøgelse og andre vigtige tal fra Mændenes Hjem,
2009/10

Mændenes Hjem Kontaktsted og sygeplejer (§ 104-tilbud), Mændenes Hjem, 2008

Narkotikasituationen i Danmark 2009, Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for
narkotika og narkotikamisbrug. Sundhedsstyrelsen 2009.

Pedersen, Dorrit. Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug, Københavns Kommune, Socialforvaltningen 2010.

Pedersen MU. Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Århus Universitetsforlag, 2005

Rambøll, Dugnad-cafeen et år efter åbningen. 2010

Rambøll, Oversigt over registrering i Sundhedsrum, jan 2010

Schippers GM, Schramade M, Walburg JA. Reforming dutch substance abuse treatment services. Addictive behaviors 2002; 27: 995 – 1007.

Servicestyrelsen, Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv, 2010, side 141-159

Servicestyrelsen "God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet", 2010.

SFI: Kort intervention ved alkoholstorforbrug i Magasinet Rus, 4. årgang marts 2010.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammenstilling. Stockholm, 2001.

Strasbourg, Conference on Stimulant Abuse, Pompidougruppen, Strasbourg 9.-12. maj 2010.

Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2000-2005, 2006.

Sundhedsstyrelsen, Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale, 2008.

Sundhedsstyrelsen (2008a) Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Vejledning nr. 42 af 1.juli 2008.

Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2009.

Søgaard Nielsen, Anette et al. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, Medicinsk teknologivurdering 2006: 8 (2)

Thastum Bue, Thorsen Lene, Solholt Christian. Rapport over undersøgelsen omkring udvikling, koordinering og tiltag i behandlingssenhederne – de ansatte. Brugerinterview. Rådgivningscenter København 2009

Utturn, Evaluering: Forældregrupper i U-Turn, 2007-2008.