

**SEKTORPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES INDSATS  
OVERFOR STOFafhængige 2005-2007**

UDKAST 21. januar 2005

## SEKTORPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES INDSATS OVERFOR STOFafhængIGE 2005-2007... 1

<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 MÅLGRUPPE.....	4
1.2 ORGANISERINGEN AF BEHANDLINGEN I KØBENHAVNS KOMMUNE.....	4
1.3 KVALITETSSTANDARD FOR SOCIAL BEHANDLING FOR STOFMISBRUG OG SEKTORPLAN 2005-2007 .....	4
1.5 ORGANISATORISKE PRINCIPPER.....	6
<i>Behandlingstilbuddet skal modsvare behovet</i> .....	6
<i>Den døgnsupplerede ambulante behandling</i> .....	7
<i>Enhedspladser</i> .....	7
<i>Samordning og brobygning (shared care)</i> .....	7
1.6 METODER I DEN BEHANDLINGSMÆSSIGE INDSATS.....	7
<i>Case management</i> .....	7
<i>Psykosocial rådgivning</i> .....	7
<i>Medikamentel behandling (substitutionsbehandling)</i> .....	8
<i>Omsorg</i> .....	8
<b>2. DE LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER</b> .....	<b>9</b>
2.1 BEHANDLINGSGARANTI .....	9
2.2 SUNDHEDSSTYRELSENS CIRKULÆRE OM ORDINATION AF afhængIGHEDS-SKABENDE STOFFER AF 2003 .....	10
<b>3. SKØN OVER UDVIKLINGEN I ANTALLET AF STOFMISBRUGERE I KØBENHAVN</b> .....	<b>12</b>
3.1 NY STOFKULTUR BLANDT UNGE.....	12
<i>Holdninger til stofbrug blandt unge- "du bestemmer selv"</i> .....	13
<i>Unge fra etniske minoriteter</i> .....	14
<i>Lokale ungdomsmiljøer og social afvig</i> .....	14
<i>Fra rekreativt brug til afhængighed</i> .....	15
3.2 DET SENESTE SKØN OVER ANTALLET AF STOFMISBRUGERE.....	16
<b>4. SKØN OVER UDVIKLING I EFTERSPØRGSEL EFTER BEHANDLING OG PLEJE - OG OMSORGSTILBUD</b> .....	<b>17</b>
4.1 TILGANG TIL BEHANDLING (VOKSENGRUPPEN).....	17
4.2 PLEJE- OG OMSORGSBEHOV BLANDT STOFafhængIGE I BEHANDLING .....	20
<b>5. BRUGERE I BEHANDLING</b> .....	<b>23</b>
<i>Køn og Alder</i> .....	23
<i>Familie - og samlivsforhold, børn og graviditeter</i> .....	24
<i>Etnisk baggrund</i> .....	24
<i>Hovedstof</i> .....	25
<b>6. STATUS OVER INDSATSEN OVER FOR STOFMISBRUGERE</b> .....	<b>26</b>
6.1 KVALITETSUDVIKLING AF DEN AMBULANTE BEHANDLING .....	26
6.2 SENESTE STATUS OVER BEHANDLINGSFORLØB 1994 -2004.....	27
6.3 SUBSTITUTIONSBEHANDLING .....	28
6.4 STOFFRI BEHANDLING .....	32
6.5 NYE BRUGERGRUPPER MED HASH OG KOKAIN SOM HOVEDSTOF .....	34
6.6 U-TURN - ET TILBUD TIL UNGE .....	36
6.7 HELHEDSORIENTERING OG SOCIAL INTEGRATION .....	37
<i>Den sociale handleplan</i> .....	37
<i>Arbejde, forsørgelse og uddannelse</i> .....	38
<i>Hjemløshed</i> .....	41
<i>Stofmisbrugere på gaden</i> .....	42
<i>Sundhedsprojekt og Kontaktstedet</i> .....	43
<i>Kriminalitet</i> .....	43
6.8 DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS .....	44

	<i>Psykisk sygdom/dobbelt-diagnoser</i> .....	44
	<i>Sygelighed og sundhed blandt stofmisbrugerne</i> .....	45
<b>7.</b>	<b>KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERNE I BEHANDLINGSSYSTEMET</b> .....	<b>47</b>
<b>8.</b>	<b>UDFORDRINGER</b> .....	<b>48</b>
8.1	DEN FOREBYGGENDE INDSATS .....	48
	<i>Forebyggelse af en misbrug blandt unge</i> .....	48
	<i>Direkte intervention</i> .....	49
8.2	EFTERSPØRGSEL EFTER BEHANDLING BLANDT VOKSNE MISBRUGERE .....	50
8.3	KVALITETSUDVIKLING AF BEHANDLINGEN .....	52
	<i>Opfølgning på "kvalitetsudviklingsprojektet" i det ambulante behandlingssystem</i> .....	52
	<i>Stoffri behandling</i> .....	54
	<i>Substitutionsbehandling - evidensbaserede faglige standarder og øget selvhjulpethed</i> .....	56
	<i>Kompetencer i behandlingssystemet</i> .....	57
8.4	SOCIAL INTEGRATION.....	58
	<i>Sociale handleplaner</i> .....	58
	<i>Beskæftigelse og forsørgelse</i> .....	59
	<i>Hjemløse-indsatsen på stofmisbrugsområdet</i> .....	60
	<i>Koordinering af kriminalitetsbegrænsende initiativer</i> .....	61
8.5	DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS .....	62
	<i>Forebyggelse af uønskede graviditeter</i> .....	62
	<i>Psykotiske stofmisbrugere</i> .....	63
	<i>Sygdomsbekæmpelse, sundhedsfremme og reduktion af dødelighed</i> .....	64
	<i>Den forebyggende sundhedsindsats</i> .....	64
<b>9.</b>	<b>KILDER</b> .....	<b>66</b>

# **1. INDLEDNING**

## **1.1 Målgruppe**

Behandlingssystemets tilbud om behandling henvender sig til personer, bosiddende i København, der er afhængige af et eller flere narkotiske stoffer i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående samt samfundet. Behandlingssystemets tilbud om behandling omfatter dog ikke personer, der primært er medicin- eller alkoholmisbrugere.

Behandlingssystemet rummer i dag forskellige generationer af stofmisbrugere, der er kendetegnet af forskellige misbrugsmønstre, og som tilhører forskellige misbrugsmiljøer. Hovedparten består af ældre stofafhængige, der er afhængige af opiater, og som er blandingsmisbrugere. En ny og voksende gruppe i behandlingssystemet er yngre hash- og kokainmisbrugere.

Stofmisbrugerne er som gruppe socialt udstødte og stigmatiserede. De er markant oftere boligløse, offentligt forsørgede, har en række helbredsmæssige problemer, har en højere dødelighed og har oftere været involveret i kriminalitet end den almindelige befolkning.

De har typisk en opvækstbaggrund i opløste familier, familier med vold og misbrug. Psykiske problemer, sociale tilpasningsproblemer og kontaktproblemer, tidlig kriminalitet hører ofte med i misbrugertilværelsen.

## **1.2 Organiseringen af behandlingen i Københavns kommune**

I Københavns Kommunes behandlingssystem er den misbrugsfaglige behandling integreret med den sociale- og arbejdsmarkedsrettede indsats og værestedstilbud. Misbrugsbehandlingen koordineres med den sundheds- og socialfaglige indsats gennem den individuelle sociale handleplan.

Indgangen til behandling af voksne for stofafhængighed sker gennem et af byens fire rådgivningscentre. Rådgivningscentrene har ansvaret for alle brugere i distriktet, når det gælder visitation til behandling, beregning og udbetaling af forsørgelsesydelse, afgørelse om førtidspension, afklaring og henvisning til arbejdsmarkedsrettede tiltag samt indstilling til bolig efter boligsociale kriterier. Derudover har rådgivningscentrene ansvaret for behandling af brugere, hvor målet er afklaring af behandlingsbehov, og hvor målet er social integration med henblik på selvforsørgelse.

Unge under 18 år med misbrugsproblemer tilbydes rådgivning og behandling i et særligt ungetilbud (U-turn), der er etableret i 2004.

## **1.3 Kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug og Sektorplan 2005-2007**

Ifølge lov om social service (§110a) skal amtsrådet (borgerrepræsentationen) fastsætte en kvalitetsstandard for Københavns Kommunes tilbud om social behandling for stofmisbrug. Kvalitetsstandarden skal revideres minimum hvert andet år. Kvalitetsstandarden er en

"servicedeklaration" med beskrivelse af stofmisbrugsbehandlingens organisering, målsætninger, mål og ydelser.

Kvalitetsstandarden blev vedtaget første gang 8. december 2004, gældende for 2005 og 2006.

Kvalitetsstandarden skal indeholde beskrivelser af:

- Behandlingstilbuddenes konkrete indhold (metoder, målgrupper, personalesammensætning og kompetenceniveau)
- Målgrupperne for indsatsen
- Overordnede mål og visioner for indsatsen
- Den organisatoriske struktur
- Procedurer for visitation (herunder hvordan behandlingsgarantien og fritvalgsordningen udmøntes)
- Målsætning for sociale handleplaner
- Brugerinddragelse, herunder hvordan brugerne får indflydelse på tilrettelæggelse og udnyttelse af tilbuddene
- Hvordan der tages hånd om stofmisbrugernes børn
- Information om sagsbehandling og klageadgang
- Hvordan indsatsen overvåges
- Kommunens kvalitetskrav til private døgnbehandlingstilbud
- Hvordan der føres tilsyn med indsatsen
- Hvordan der følges op på kvalitetsstandarden

Sektorplanen udgør den overordnede ramme for Københavns kommunes indsats over for stofmisbrugere. I sektorplanen fastlægges målsætninger og mål for Københavns Kommunes indsats overfor stofmisbrugere i perioden 2005-2007. De tilbud og ydelser, som Københavns Kommune tilbyder stofmisbrugere i henhold til kvalitetsstandarden, skal således leve op til de målsætninger og mål, der er fastlagt gennem den til enhver tid gældende sektorplan.

Nærværende sektorplan afløser "Sektorplanen for Københavns Kommunes indsats overfor stofafhængige 2001-2003" .

#### **1.4. Målsætning for indsatsen over for stofafhængige**

Den overordnede målsætning for behandlingsindsatsen i Københavns Kommune er:

*"At brugeren opnår et bedre liv forstået som kontrol af stofafhængigheden via stoffrihed (afholdenhed) eller medicinsk behandling, forebyggelse og afhjælpning af misbrugsrelaterede sygdomme, passende og stabile boligforhold, aktiv og meningsfuld beskæftigelse, kontakt til ikke misbrugende netværk og socialt og psykisk velbefindende (social integration). "*

Indsatsen rettes således ikke alene mod misbruget, men inddrager sociale, psykologiske og sundhedsmæssige forhold i behandlingen. En generel udfordring for indsatsen over for stofmisbrug er den sociale stigmatisering og sociale udstødning af misbrugerne. Derfor er der et nødvendigt fokus på den sociale integration og modvirkning af social udstødning i indsatsen over for stofafhængige, afpasset den enkeltes udgangspunkt.

Behandlingen er individuelt tilrettelagt efter en konkret vurdering af brugerens behov, ønsker, ressourcer og muligheder. Behandlingen tilrettelægges i samarbejde med brugeren gennem en behandlingsplan og en social handleplan, hvor målene sættes og indsatsen koordineres.

Brugeren sikres indflydelse på egen behandling og på tilrettelæggelsen af behandlingen i videst muligt omfang. Der gøres en særlig indsats for at inddrage brugerne og deres pårørende ved udarbejdelse af mål for behandlingen og fokusområder for indsatsen, ligesom brugerne høres ved brugerundersøgelser og øvrige evalueringer af indsatsen. Der arbejdes løbende med at udvikle metoder til brugerinddragelse, der passer til de forskellige målgrupper og forskellige institutionelle rammer, som tilbuddene udmøntes i.

## **1.5 Organisatoriske principper**

Indsatsen overfor stofafhængige i Københavns Kommune bygger på nogle grundlæggende organisatoriske og behandlingsfaglige principper, som indledningsvis skitseres.

### ***Behandlingstilbuddet skal modsvare behovet***

Princippet er, at de der har mest behov, skal have de fleste ydelser og de, der har mindre behov, skal have færre ydelser.

Princippet tjener flere formål. Et formål er at understøtte brugeren i at opretholde et så normalt liv som muligt, samtidig med at han/hun er i behandling. De brugere, der kun har behov for et begrænset behandlingstilbud, skal have et tilbud, der understøtter de velfungerende dele af brugerens liv og sikrer kontinuiteten her. Ydermere skal det hele tiden i et behandlingsforløb vurderes, hvordan brugernes selvhjulpethed understøttes - og ikke begrænses af den sociale indsats.

Et andet formål er at sikre, at de brugere, der har markante sociale, fysiske og psykiske skader, får afhjulpethed disse skader gennem en relevant indsats, således at deres situation ikke forværres, hvorved det sikres, at de ressourcer, der er til rådighed, anvendes mest hensigtsmæssigt.

Princippet udmøntes ved, at behandlingstilbudene kategoriseres efter art og omfanget af det psykosociale indhold, såkaldte "trin".

I trin 1 er der tale om et kort forløb, hvor der lægges vægt på afklaring af brugerens behov, motivation til yderligere behandling eller for de brugere, der blot har behov for et mindre skub, motivation til at stoppe misbruget. Trin 2 vil være tilbud om længerevarende psykosocial rådgivning i ambulante regi, således at brugeren har mulighed for at opretholde sine daglige gøremål. Trin 3 er dag- eller døgnbehandlingsforløb, dvs. at brugeren skal indgå i længerevarende strukturerede dagsprogrammer, hvor den psykosociale rådgivning suppleres af aktiviteter, der kan gøre det ud for en ny dagligdag for brugere. Medicinsk behandling og afgiftning kan finde sted i alle trinene.

Hvilket trin af behandlingstilbud brugeren visiteres til afgøres af brugerens behov, og en bruger kan således visiteres direkte til trin 3 fra første dag i behandling.

### ***Den døgnsupplerede ambulante behandling***

Den ambulante indsats (som altid er den primære) skal kunne suppleres med et døgnbehandlingstilbud, hvis dette skønnes nødvendigt for at realisere de mål, der er sat i den sociale handlingsplan, eller for at sikre brugerne en nødvendig omsorg, f.eks. i tilfælde af akutte kriser. Døgnbehandling skal derfor anvendes både til stoffri behandling, og til brugere i substitutionsbehandling, hvis det skønnes nødvendigt i forhold til sanering af et misbrug af alkohol, benzodiazepiner, mv. eller af helbredsmæssige grunde.

### ***Enhedspladser***

Arten af et stofmisbrug er ikke i sig selv en indikator for, hvor meget behandling en bruger har behov for. Når der ses bort fra den medikamentelle behandling kan opiat-, hash- og kokainmisbrugere have lige stort behov for social behandling.

Princippet om enhedspladser indebærer, at behandlingsinstitutionerne ikke henvender sig til misbrugere med specifikke stof typer, men tilbyder behandling, der er defineret ud fra behandlingsintensitet (trin 1, 2 og 3), som angiver omfanget og arten af den psykosociale rådgivning

### ***Samordning og brobygning (shared care)***

Den behandlingsmæssige indsats skal modsvare den komplekse problematik, som stofmisbruget indeholder. Denne opgave kan behandlingssystemet ikke løse alene. Samordning mellem forskellige sektorer og dialog samt brobygning imellem forskellige indsatsområder hører med til en kvalificeret og brugervenlig indsats overfor stofmisbrug.

Stofmisbrugere skal tilbydes behandling af misbrugsrelaterede og øvrige helbredsmæssige og sociale problemer som andre borgere. Indsatsen skal organiseres således, at brugere med mange problemer skal henvende sig færrest mulige steder for at få et kvalificeret tilbud. De ordinære tilbud skal tilrettelægges sådan, at de bliver tilgængelige for stofmisbrugerne. Dette forudsætter vidensdeling og dialog mellem behandlingssystemet og de relevante øvrige indsatsområder.

## **1.6 Metoder i den behandlingsmæssige indsats**

### ***Case management***

Case management er et navn på en metode, der bedst kan beskrives som systematisk sagsbehandling, der tager afsæt i den enkelte brugers situation og tilrettelægger og koordinerer indsatsen herudfra. Den sociale handleplan og behandlingsplanen er relevante redskaber, som sikrer en individuel tilrettelæggelse af behandlingen, der er kontinuerlig og koordineret, og som sætter brugerens problemstillinger og behov i fokus for den samlede indsats.

### ***Psykosocial rådgivning***

Betegner den, oftest individuelle, rådgivning af brugerne med udgangspunkt i brugerens handlingsplan/social handleplan. Det er dokumenteret, at den psykosociale rådgivning, for at have en effekt, skal være planlagt, regelmæssig, fokuseret på løsningen af sociale og personlige problemer, understøttet af en høj grad af skriftlighed, og være baseret på teoretisk velfunderede metoder (fx kognitive, den motiverende samtale, systemisk) som medarbejderne behersker. Det er

gennem flere undersøgelser dokumenteret, at støttende, ikke-planlagte, samtaler er uden langsigtet effekt. ("Behandling gør en forskel", 1999). Det er forudsat, at planlagt psykosocial rådgivning skal tilbydes brugerne i ikke-omsorgsprægede forløb mindst hver 14. dag. Den psykosociale rådgivning skal være baseret på metoder med dokumenteret effekt, og medarbejderne skal efter- og videreuddannes til at beherske en eller flere evidensbaserede metoder.

### ***Medikamentel behandling (substitutionsbehandling)***

Substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin er et væsentligt element i behandlingen af opioidafhængige brugere, og er oftest en forudsætning for, at brugeren kan indgå i den psykosociale del af behandlingen. Den medikamentelle behandling skal understøtte både den psykosociale behandling og den sociale behandlingsplan og skal derfor tilrettelægges i forhold til denne.

Hos alle opioidafhængige brugere skal det overvejes, om substitutionsbehandling er relevant. Behandlingen skal tilrettelægges i overensstemmelse med vejledningen i Sundhedsstyrelsens Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende stoffer fra 2003.

### ***Omsorg***

Omsorg er alle de foranstaltninger, der har til formål at sikre, at de basale betingelser for at opretholde et værdigt liv er tilstede, dvs. en tilstrækkelig økonomi, mad, tag over hovedet, menneskelig kontakt, den nødvendige sygdomsbehandling, mv. Det er endvidere alle de foranstaltninger, der sigter mod at forhindre eller at begrænse de skader, som ofte er en følge af livet som misbruger. En lang række af de foranstaltninger, der betegnes som skadereducerende foranstaltninger, har karakter af omsorg. Omsorg har til formål at bevare og sikre et rimeligt funktionsniveau, og sigter, i modsætning til behandling, ikke eksplicit mod forandring.

Grænsen mellem omsorg og behandling er flydende, og en tilstrækkelig omsorg (f.eks. omsorgsophold i døgnregi) kan være en nødvendig forudsætning for, at behandlingsmæssige foranstaltninger kan iværksættes. Behandlingssystemet skal som en del af den samlede sociale indsats i samarbejde med sundhedsvæsenet kunne tilbyde relevante omsorgs- og skadereducerende foranstaltninger.



## 2. DE LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER

De centrale bestemmelser i den lovgivning, der vedrører indsatsen over for stofmisbrugere, kan findes i *Lov om social service*, *Lov om Aktiv Socialpolitik*, *Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område* og *Lov om ændring af lov om sygehusvæsen og lov om udøvelse af lægegerningen "Lægelig behandling af stofmisbrug"* (Metadonloven).

Efter lov om social service og Metadonloven har amtskommunerne, samt København og Frederiksberg kommuner, ansvaret for oprettelse og iværksættelse af tilbud om behandling for stofmisbrug eventuelt i samarbejde med primærkommunen. Dette gælder såvel selve behandlingen som etablering af botilbud i forbindelse med behandlingen. De primærkommunale forpligtigelser udmøntes sammen med den misbrugsfaglige indsats gennem de sociale handleplaner efter servicelovens § 111.

### 2.1 Behandlingsgaranti

Da det alene er amtskommunen, der kan iværksætte behandling for stofmisbrug, har amtskommunen også forpligtelsen til at sikre, at der er de nødvendige behandlingstilbud. Denne forpligtelse blev yderligere skærpet, da behandlingsgarantien (*Lov om ændring af lov om social service (Garanti for social behandling for stofmisbrug)*) trådte i kraft i 2003. Ifølge behandlingsgarantien skal voksne stofmisbrugere (18 år og derover) have et behandlingstilbud senest 14 dage efter henvendelse. Derudover indebærer behandlingsgarantien en mulighed for frit valg af behandling i offentlige tilbud og godkendte private behandlingstilbud af tilsvarende karakter.

Københavns Kommune har siden 1997 prioriteret, at behandling for stofmisbrug skulle være nemt tilgængelig. Dette har bl.a. været udmøntet i et mål om, at der højst måtte gå 14 dage fra henvendelse om behandling til iværksættelse af behandling. Der har løbende været fulgt op på dette mål. Opfølgningen har vist, at målet har været opfyldt imellem 90 og 100% af tilfældene, og at det ofte er særlige forhold der gør sig gældende, hvis man ikke har overholdt kravet om, at ventetid til behandling ikke måtte overskride 14 dage.

Da loven om behandlingsgaranti trådte i kraft 1. januar 2003 var det en stadfæstelse af et prioriteret kvalitetsmål for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrugere i behandling. Der følges løbende op på om behandlingsgarantien overholdes, tilsvarende som der følges op på andre lovfæstede krav til Københavns Kommunes sociale indsats. Der er imidlertid et særligt fokus på behandlingsgarantien, da det er afgørende for den samlede indsats, at behandlingen er let tilgængelig og kan iværksættes, når brugerne er motiverede.

Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget har besluttet i januar 2005, at Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen skal arbejde for at behandlingsgarantien skal udvides til at gælde de 15-17-årige generelt. Socialministeren har samtidig fremlagt et lovforslag i folketinget om at udvide behandlingsgarantien til at gælde de under 18-årige "i særlige tilfælde", hvor det samlede behov for hele landet skønnes at være 75 unge på årsbasis. Familie- og Arbejdsmarkedsborgmester Bo Asmus Kjeldgård orienterer socialministeren om udvalgets beslutning med henblik på at fremme processen og medvirke til, at tiltaget udvides til at dække alle unge.

## 2.2 Sundhedsstyrelsens Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende stoffer af 2003

Cirkulæret fasttæller de generelle regler for ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Med cirkulæret følger "Faglige anvisninger vedr. substitutionsbehandling ved opioidmisbrug", som er retningsgivende for substitutionsbehandling med metadon og buprenorfin.

Af de faglige anvisninger fremgår:

- At formålet med substitutionsbehandling er at stabilisere stofmisbrugeren farmakologisk, således at behandling rettet mod social og psykisk stabilitet er mulig. Den medikamentelle behandling må således aldrig stå alene, men skal ledsages af en psykosocial behandling, der retter sig mod stofmisbrugerens psykiske symptomer og de sociale problemstillinger, stofmisbrugeren frembyder, inklusive bolig-, uddannelses-, forsørgelses- og beskæftigelsesmæssige problemer.
- At udbyttet af behandlingen både afhænger både af korrekt dosering og af omfanget af den psykosociale behandling.
- At substitutionsbehandlingen skal tilrettelægges således, at stofmisbrugeren ikke hindres i fx et påtage sig et arbejde, deltage i uddannelse/aktivering, holde ferie mm.
- At der skal udarbejdes en social handleplan for at sikre sammenhæng mellem den medikamentelle og psykosociale behandling og de sociale problemstillinger stofmisbrugeren i øvrigt frembyder. Beslutningen om at tilbyde substitutionsbehandling skal således vurderes i lyset af, hvorvidt substitutionsbehandlingen er relevant i forhold til at realisere de mål, der indgår i den sociale handleplan.
- For hvert behandlingsforløb skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Behandlingsplanen indgår som en del af den sociale handleplan. Af den lægelige behandlingsplan skal fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvad der er indgået af aftaler omkring forløbet.
- Lægen bør altid deltage i visitationen og den forudgående udredning, der ligger til grund for valg eller fravalg af substitutionsbehandling. Beslutning om opstart/fravalg af substitutionsbehandling forudsætter lægelig medvirken.

Supplerende til de generelle overvejelser angives følgende indikationer for substitutionsbehandling:

- Der skal foreligge afhængighed af opioider som defineret i WHO ICD-10 (F11.2): Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser,
- Stofmisbrugeren skal ønske behandlingen. Substitutionsbehandling er frivillig og ønsket om denne behandlingsform skal tillægges betydelig vægt.
- Andre relevante behandlingsalternativer skal være overvejet. Substitutionsbehandling er en krævende behandlingsform, hvor den stofafhængige og behandlingsinstitutionen binder sig i et forpligtende samarbejde over en ukendt, men oftest meget lang tidsperiode.
- Gravide stofmisbrugere, der ønsker at gennemføre graviditeten, bør tilbydes substitutionsbehandling, hvis afgiftning ikke er realistisk

Cirkulæret angiver følgende principper og retningslinier vedr. kontrol af behandlingen:

- Formålet med kontrollen er primært at sikre behandlingens kvalitet (at substitutionsbehandlingen understøtter målene for behandlingen) og er ikke rettet mod misbrugeren. Dog bør administrationen af den medikamentelle behandling tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt.

- Ved alle nye behandlingsforløb skal det ordinerede substitutionspræparat som udgangspunkt indtages dagligt og under opsyn, indtil stofmisbrugeren er indstillet på en passende dosis, og stofmisbrugerens samarbejde om behandlingen er sikret.
- Medicin til selvadministration kan udleveres, når behandlingsforløbet er stabiliseret. Der bør som hovedregel ikke udleveres medicin til mere end 1 uge ad gangen (Undtagelser herfra kan være ved ferier o.l.)
- Overvåget indtagelse bør genoptages på ethvert tidspunkt i behandlingssystemet, hvis det er hensigtsmæssigt for at opnå det aftalte behandlingsmål.
- Urinkontrol og klinisk vurdering kan indgå i den løbende vurdering af om behandlingsmålene opnås.
- Arten og omfanget af kontrol varierer og afhænger af målet for den individuelle behandling. Kontrolforanstaltningerne skal afpasses den enkelte stofmisbrugers ressourcer og færdigheder, og der skal tages hensyn til stofmisbrugernes muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt.

### 3. SKØN OVER UDVIKLINGEN I ANTALLET AF STOFMISBRUGERE I KØBENHAVN

#### 3.1 Ny stofkultur blandt unge

Fra midten af 1990'erne til 2000 er der sket en markant udvikling i den yngre befolknings (15-30-åriges) forbrug af illegale stoffer. Denne udvikling er mest markant, hvad angår forbruget af hash, men gælder også andre illegale stoffer. Nedenfor er anført resultater fra de senest gennemførte landsdækkende undersøgelser, samt undersøgelser fra Københavns Kommune.

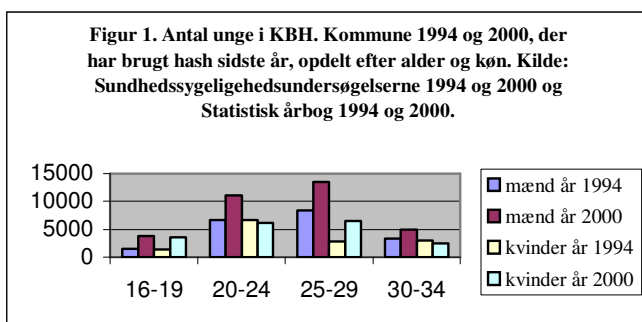
**Tabel 1: Den procentvise andel af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for det seneste år i 1994 og 2000 i Københavns Kommune og hele landet**

	KBH 1994 *	DK 1994 (n=2521)	KBH 2000	DK 2000 (n=6.887)
	procent	Procent	Procent	Procent
<b>16-19-årige*</b>				
Mænd	20	19	57	29
Kvinder	17	10	53	20
<b>20-24-årige</b>				
Mænd	28	14	46	24
Kvinder	24	9	21	12
<b>25-29-årige</b>				
Mænd	26	8	37	16
Kvinder	9	5	18	6
<b>30-34-årige</b>				
Mænd	14	9	17	10
Kvinder	15	2	10	3

Kilde: Narkotikasituationen i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2003/ særkørsel af Sundheds-sygelighedsundersøgelserne 1994 og 2000 for Københavns Kommune er foretaget af SIF. Figur 1. viser omregningen fra de relative tal til absolutte tal på basis af befolkningstal fra 1994 og 2000

\* Note: De absolutte tal er meget små i særudtrækket fra København- især fra 1994, og de relative tal derfor behæftet med en vis usikkerhed, men tendensen til stigning i forbruget fra 1994-2000 bekræftes af andre undersøgelser, herunder Københavns Kommunes skoleundersøgelse fra 1999/2000, udarbejdet af Sundhedsforvaltningen og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen..

Omsætter man de relative tal for udbredelsen af brug af hash til absolutte tal ud fra befolkningstallet



i hhv. 1994 og 2000, ses det konkrete omfang af udbredelsen (figur 1).

Tendensen til, at flere bruger hash fra 1994 til 2000, er generel for hele landet. Det er især blandt unge mænd, at forbruget er øget. Blandt de ældre generationer ses ingen stigning i udbredelse af forbruget.

Hash er især udbredt blandt unge mænd i København. I 2000 har ca. hver anden unge mand i København under 30 år ( svarende til ca. 30.000 unge mænd) røget hash det sidste år. I det øvrige land er det ca. hver fjerde. Blandt pigerne under 30 i København har ca. hver fjerde røget hash sidste år (svarende til ca. 16.000 unge piger). I det øvrige Danmark er det ca. hver tiende. Blandt de 16-30-årige er det overvejende grad unge, der kommer fra den øvre del af middelklassen (funktionærgrupperne I og II), men også unge, der er vokset op i splittede familier, der har et aktuelt forbrug af hash.

**Tabel 2: Procentvis andel blandt 16-44-årige, der har brugt euforiserende stoffer det sidste år (år 2000) i København og hele landet**

Stof	København Procent	Hele landet Procent
Hash	22,3	9,7
Amfetamin	3	2,2
Kokain	3,3	1,4
Psilocybinsvampe	1,7	0,8
Ecstasy	0,7	0,7
LSD	0,2	0,3
Heroin	0,0	0,1
Andre stoffer	1,2	0,6
Andet illegalt stof end hash - i alt	7,1	3,4

Kilde: Sundheds-sygelighedsundersøgelsen 2000/ Særudtræk for Københavns Kommune foretaget af SIF.

Det er centralstimulerende stoffer såsom amfetamin og kokain, der dominerer blandt de øvrige illegale stoffer (tabel 2). Kokain synes at have vundet større udbredelse de senere år - især i København. Forbruget af andre stoffer end hash er især stort blandt 16-24-årige unge mænd i København, hvor 16% har brugt et andet illegalt stof end hash det sidste år. Det tilsvarende tal for det øvrige land er 8%. Andre illegale stoffer end hash har en meget begrænset udbredelse blandt de over 30-årige og blandt kvinder.

Skoleundersøgelser fra 1990 og 2000 blandt 9.klasse og gymnasielever i Københavns Kommune bekræfter det mere udbredte stofbrug i perioden blandt de unge. Her gælder stigningen både blandt drenge og piger. Mønstrer er, at flere bruger hash, flere eksperimenterer med andre stoffer, især centralstimulerende stoffer og hallucinogener (Rapport om unges brug af rusmidler i Københavns Kommune fra 1990 til 2000, 2003).

### **Holdninger til stofbrug blandt unge- "du bestemmer selv"**

Sundhedsstyrelsen rapporterer, at brug af stoffer i vid udstrækning accepteres blandt unge - " det gemmes ikke af vejen, men tages åbenlyst"... "stofbrug er ikke stigmatiserende- narkomani forbindes med heroinmisbrug og socialt afvigende adfærd... Holdningen blandt de unge til brug er, at det bestemmer man selv". Blandt de unge generelt lægges afstand til heroinmisbrugerne, som ses som "de rigtige narkomaner", men denne afstandtagen gælder ikke brug af de centralstimulerende stoffer (feststofferne), amfetamin og kokain (Narkotikasituationen i Danmark, 2003). Man kan tale om et normskred, som bygger på en stærk tiltro til, at den enkelte kan styre stofbruget, når bare der ikke er tale om heroin. Dette "normskred" blandt de unge beskytter næppe de udsatte unge mod at blive fremtidens udstødte misbrugere.

Unge, der er i risiko for at blive misbrugere, er de psykisk og socialt skrøbelige, dem, der er uden for uddannelsessystemet, unge, der bliver for tidligt voksne eller unge, der føler sig marginaliserede i de miljøer, de færdes i, og unge, som tidligt færdes i kriminelle miljøer. Kort sagt unge med markante, ofte komplekse sociale og personlige problemer.

### ***Unge fra etniske minoriteter***

I Københavns Kommune har man hidtil i meget begrænset omfang mødt unge 2. generationsindvandrere i behandlingssystemet, men indberetninger fra SSP-udvalgene i forskellige bydele, samt en undersøgelse gennemført i Århus blandt indvandrerunge (Også ung i Århus, 1997) peger på et stort mørketal af stofbrugere blandt denne gruppe af unge.

Undersøgelsen fra Århus taler om en udbredt ukritisk afprøvning og forbrug af forskellige stoffer blandt unge fra etniske minoriteter, et forbrug, der er omgærdet af hemmelighedskræmmeri forhold til deres familie og øvrige miljø. Undersøgelsen påpeger, at de unge generelt mangler viden om stofferne.

Om brugen af stoffer er mere eller mindre udbredt blandt unge med anden etnisk baggrund end unge med dansk baggrund, kan undersøgelsen ikke sige noget om. Men den fastslår, at brugen af stoffer er ganske udbredt.

Det fremgår tydeligt af rapporten, at det er den sociale slagside blandt unge med anden etnisk baggrund, der slår igennem. Der er generelt tale om unge, som ikke er fast tilknyttet til arbejdsmarkedet og ikke slår til i uddannelsessystemet. De etniske unge kender til rusmidler, ganske som danske unge. De tror, som danske unge, at de har kontrol over forbruget.

Der findes ingen tilsvarende undersøgelser fra København (eller fra resten af landet), men konklusionerne fra undersøgelsen svarer til de erfaringer, som ungedarbejdere, projektmedarbejdere og personale ved døgninstitutionerne har.

Samtaler med unge 2. generationsindvandrere, der er i behandling i Københavns Kommune, bekræfter resultaterne fra undersøgelsen fra Århus. De unge, der er i behandling, oplyser derudover, at unge indvandrere kender generelt ikke til behandlingsmuligheder for stofafhængige. De har ingen forestillinger om, hvor man kan gå hen for at få hjælp, ligesom de ikke har tiltro til terapeutiske tiltag og samtaler. Kendskab til behandling er ikke en viden, der deles blandt indvandrerunge. De, der er i behandling, oplyser, at de er blevet opfordret til at søge behandling af deres sagsbehandler på lokalcentret.

### ***Lokale ungdomsmiljøer og social afvig***

I Københavns kommune har SSP-grupperne identificeret en del ungdomsmiljøer i København, hvor kriminalitet og hash i dag spiller den centrale rolle i fællesskabet, og hvor de unge tidligt er på vej ind i en afvigerkarriere. Der er blandt SSP-udvalgenes årsrapporter udvalgt nedenstående, der har sat fokus på disse problemstillinger.

I Kongens Enghave kvarteret peger man på gruppedannelser blandt unge hvor aggressiv omgangsform og hashrygning præger hverdagen. Af mere generelle problemstillinger påpeges, at konflikter mellem unge i stigende grad bliver løst ved trusler og vold, og at hashrygning er et udpræget problem blandt bydelens unge.

På Vesterbro peges der på, at på trods af at nye store grupper af ressourcestærke forældre er flyttet til, så er der stadig en stor gruppe utilpassede unge, som fylder meget i bydelen. Denne gruppes kriminalitet er stadig grovere. Der nævnes problemer med, at de unge benytter hashklubberne i og uden for bydelen.

Valby er karakteriseret ved en række socialt belastede boligområder. Sjælør station benyttes som samlingssted for de mest toneangivende unge fra de lokale ungegrupper, der er engageret i forskellige former for kriminalitet. Herudover rapporteres om et stigende og synligt hashforbrug blandt børn og unge i lokalområdet.

Ydre Nørrebro rummer en stor gruppe unge under 18 år og har den højeste andel af børn af fremmed herkomst. SSP-udvalget vurderer, at der er et begyndende normskred særligt i forhold til hashrygning, røverier fra jævnaldrende og i de almindelige omgangsformer de unge imellem. Det vurderes, at der er 4-5 hashklubber i området, som også tiltrækker de unge.

Indre Østerbro karakteriseres som en attraktiv bydel med begrænset kriminalitet blandt bydelens unge. SSP-udvalget vurderer dog, at der er ca. 40-50 unge i "gråzonen", der er konfliktskabende og er involveret i småkriminalitet. Lokalområdets skoler, klubber og væresteder oplever stadig et antal unge, der ryger hash - uanset der har været sat megen fokus på problemstillingen lokalt. En række kendte adresser er blevet lukket af politiet.

### ***Fra rekreativt brug til afhængighed***

Den stigende udbredelse af stofbrug blandt unge i alderen 15 til 30 år, der har kunnet konstateres fra midten af 1990'erne til 2000, og som er dokumenteret i landsdækkende og lokale undersøgelser, er næppe toppet og vil uden tvivl betyde, at flere vil udvikle afhængighed af stofferne og på sigt opleve sociale, psykiske og fysiske problemer som følge heraf. Det eksperimenterende forbrug vil altid rumme risikoen for et vedvarende brug, ligesom et forbrug af hash kan udvides med et forbrug af andre illegale stoffer, uden at der dog er nogen automatik heri. En generel erfaring er, at afhængighed af et stof oftest fører til brug af andre psykoaktive stoffer, og at opiatier ofte bliver et af de stoffer, der tages for at modvirke abstinensstilstande eller negative eftervirkninger af de øvrige stoffer.

For overskuelighedens skyld kan man inddele (mis)brug blandt unge i 3 grupper.

1. Eksperimenterende socialt brug
2. Overforbrug - truende misbrug glidende over i et egentligt blandingsmisbrug.
3. Misbrugere.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens primære ansvar i forhold til disse grupper starter der, hvor et truende misbrug glider over i et egentligt blandingsmisbrug/afhængighedsproblem. Man må forvente en fortsat øget tilgang til behandlingssystemet af flere grupper af unge med et afhængighedsproblem, uanset om hovedstoffet så er hash, kokain eller opiatier. Udbuddet af stoffer på markedet, tilgængelighed, prisudvikling vil påvirke hvilke stoffer, der anvendes.

### **3.2 Det seneste skøn over antallet af stofmisbrugere**

I 2003 har Sundhedsstyrelsen revideret skønnet over antallet af stofmisbrugere i Danmark (på basis af et væsentligt forbedret datagrundlag), og man skønner nu, at der er 25.500, og at hashmisbrugerne udgør en fjerdedel heraf.

På basis heraf skønnes det, at mellem 6000 og 6500 personer i København har et behandlingskrævende misbrug, hvor hovedparten er opiat- (og blandings) misbrugere. Heraf kendes ca. 5000 i behandlingssystemet, nemlig dem, der siden 1994 har søgt behandling for stofmisbrug i Københavns Kommune. I 2004 var 2802 personer i behandling.

Der formodes imidlertid at være et stort og uregistreret mørketal, når det drejer sig om fremtidens behandlingskrævende hash- og kokainmisbrugere, og tilsvarende, når det drejer sig om behandlingskrævende misbrugere blandt etniske minoriteter, der er vokset op her i landet.

Det er vanskeligt at ekstrapolere direkte fra stigningen i det rekreative forbrug, som er dokumenteret gennem undersøgelser gennemført blandt den almindelige befolkning i 2000 til en tilsvarende stigning i behandlingsbehovet de kommende år. Imidlertid ses, at det stigende forbrug, som undersøgelserne viste, modsvares af en stigning i tilgang til behandling og et voksende antal grupper af unge, som SSP udpeger som værende i risiko for at udvikle et problematisk stofbrug.

Den stigende udbredelse af det eksperimenterende brug af hash- og kokain blandt unge forventes at øge behovet for behandling i de kommende år.

I 1998 blev der anslået at være ca. 150-250 unge under 18 år med et truende forbrug af stoffer.

Andelen af 16-19 årige, der havde røget hash inden for det sidste år blev fra 1994 til 2000 fordoblet. Overføres denne trend til skønnet fra 1998, skønnes der i 2004 at være ca. 300-500 unge med et truende forbrug af stoffer.



## 4. SKØN OVER UDVIKLING I EFTERSPØRGSEL EFTER BEHANDLING OG PLEJE - OG OMSORGSTILBUD

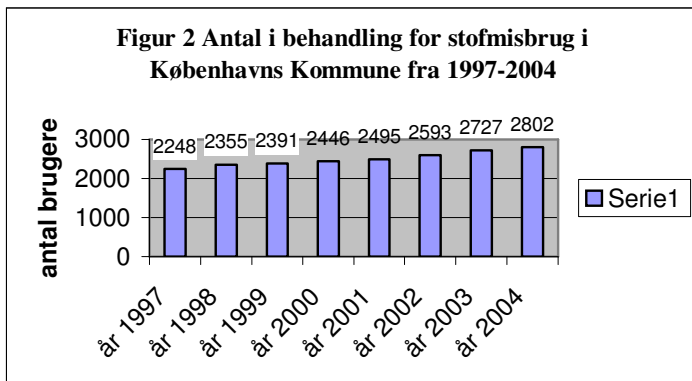
### 4.1 Tilgang til behandling (voksengruppen)

Der er i dette kapitel foretaget et skøn over det fremtidige antal stofmisbrugere i behandling og den fremtidige sammensætning af behandlingspopulationen.

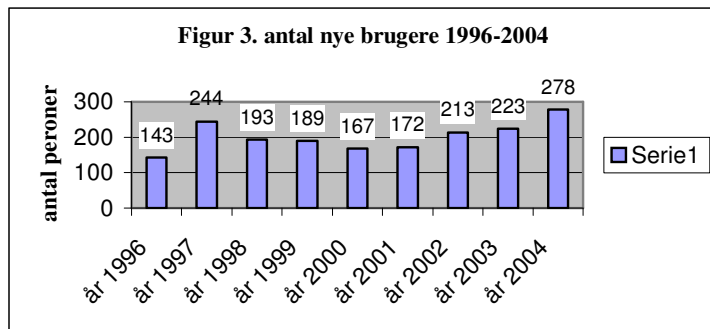
Der er tale om en almindelig fremskrivning af udviklingen fra 1997-2003, dvs. skønnet baserer sig på de sidste 7 års udviklingstendenser. Der er ikke taget højde for eventuelle nye trends i søgning til behandling, og skønnet er derfor forbundet med usikkerhed.

I det københavnske behandlingssystem er der gennem de senere år konstateret en støt stigende tilgang i antallet af personer, der søger behandling. Fra 1997 til 2004 er antallet af personer i behandling på årsbasis vokset med mellem 50 og 150 personer om året.

Tilgangen til behandling er dels brugere, der søger behandling første gang (nye brugere), dels brugere, der tidligere har været i behandling (kendte), som søger behandling igen.



Der ses en stigning i tilgangen af nye brugere i de seneste år, efter en afmatning i tilgangen fra 1999 til 2001.



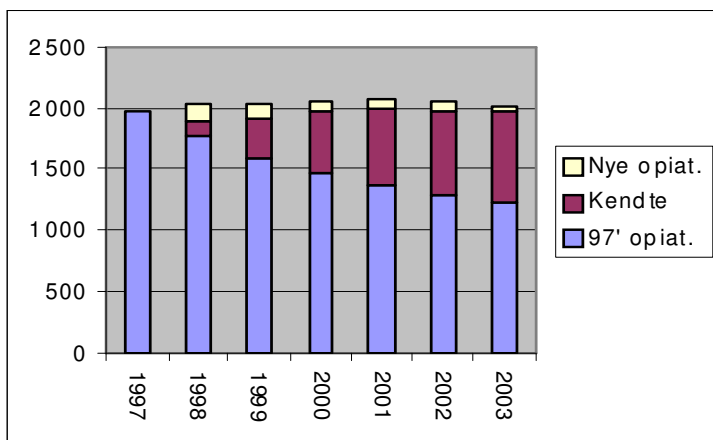
Kilde: Status-forskningsystemet januar 2005

Samtidig er der konstateret en ændring i forbruget hos de personer, der første gang søger behandling. Færre blandt de nytilkomne søger behandling for misbrug af opiater, mens flere af de nytilkomne søger behandling for misbrug af hash og kokain.

### *Opiatmisbrugere*

I figur 4 følges udviklingen i antallet af indskrevne opiatafhængige. Figuren viser dels udviklingen i antallet fra 1997 til 2003, dels sammensætningen af populationen. Der er taget udgangspunkt i de brugere, der var indskrevet i behandling i 1997 med et opiat som hovedstof. I de efterfølgende år vises sammensætningen af brugere i behandling med opiat som hovedstof. Der skelnes mellem dem, der har været i behandling uafbrudt siden 1997 (97'opiat), dem, der tidligere har været i behandling, og som er vendt tilbage til behandling (kendte), og de brugere, der kommer i behandling for første gang det pågældende år (nye opiat).

**Figur 4: Udvikling i antal brugere indskrevet med opiater som hovedstof 1997-2003**



Kilde: Status-forskningssystemet, juli 2004

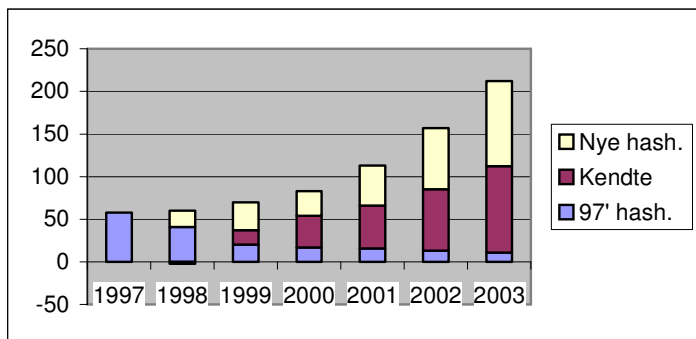
Som det fremgår af ovenstående figur har antallet af indskrevne med opiater som hovedstof holdt sig stabilt på ca. 2000 personer om året fra 1997-2003.

63% af de brugere, der var i behandling i 1997, er også indskrevet i 2003, hvilket svarer til, at der har været en afgang fra behandlingssystemet på ca. 6% om året. Samtidig har der været en nogenlunde tilsvarende tilgang. Tilgangen har dog primært været fra brugere, der allerede var kendt i behandlingssystemet (kendte), mens der er blevet færre helt nye opiatafhængige.

### *Hash- og kokainmisbrugere*

Billedet ændres markant, når gruppen af hash- og kokainmisbrugere betragtes (figur 5). Som det fremgår af figur 5 er der en stor tilgang af nye hashafhængige, der søger behandling (stigningen i tilgangen af kokainmisbrugere ses primært i 2002/2003). Fra 1997 til 2003 er antallet af hashmisbrugere i behandling steget fra ca. 50 til 200. Til gengæld opholder de sig i kortere tid i behandlingssystemet sammenlignet med opiatmisbrugerne.

**Figur 5: Udvikling i antal indskrevne med hash som hovedstof 1997-2003**

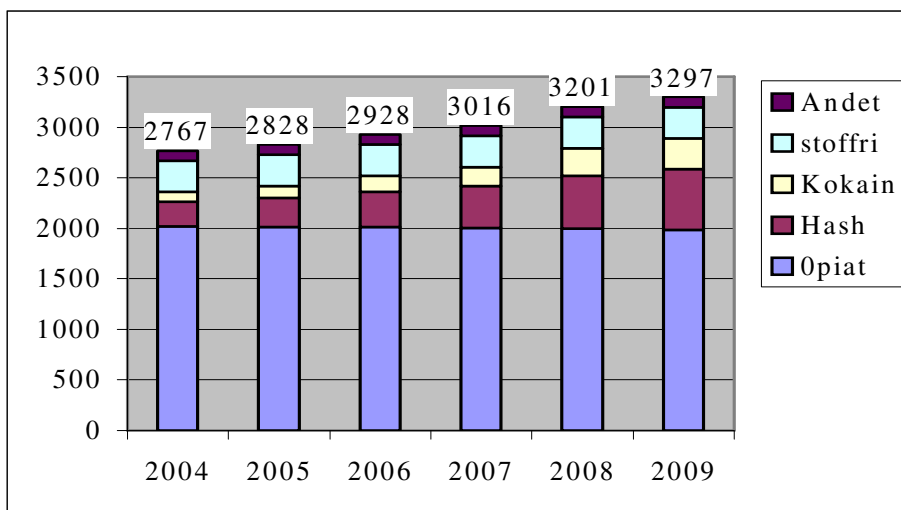


Kilde: Status-forskningssystemet, juli 2004

På baggrund af udviklingen i sammensætningen af brugergruppen i behandlingssystemet kan det fremover forventes, at antallet af opiatafhængige holdes stabilt, mens gruppen af hash- og kokainafhængige må forventes at stige yderligere.

I figur 6 fremstår prognose over antallet af indskrevne i behandlingssystemet fra 2004-2009 på baggrund af fremskrivning af de hidtidige udviklingstendenser.

**Figur 6: Prognose over antal indskrevne i behandlingssystemet 2004-2009**



Kilde: Status-forskningssystemet, juli 2004

Mens der i 2003 var 2727 indskrevne i behandling, kan der ifølge prognosen forventes ca. 2900 brugere i 2006 og op til 3300 brugere i 2009, altså stigninger på hhv. 200 og 600 brugere.

Prognosen skal tages med forbehold, da den alene bygger på tilgangen til behandling, brugersammensætningen og behandlingsforløbene i perioden 1997-2003. Prognosen tager ikke højde for en evt. ændring i behandlingssystemets målgruppe, et ændret flyttemønster, en ændret dødelighed blandt o.l. Prognosen har heller ikke taget højde for, at en del af dagens hash - og kokainmisbrugere kan overgå til at blive opiatmisbrugere over tid, hvilket der er en rimelig sandsynlighed for. Dels er der erfaring for at misbruget intensiveres ved, at man bruger stærkere stoffer, dels har udbredelsen af rygeheroin betydet, at barrieren for at overgå til at bruge heroin for

en hash - eller kokainmisbruger er blevet mindre. Prognosen tager heller ikke højde for at hash- og kokainmisbrugere i højere grad kan fravælge behandling end opiatmisbrugerne, hvilket kan føre til en mindre efterspørgsel efter behandling end skønnet. På den anden side tager prognosen heller ikke højde for, at den markante stigning i det eksperimenterende forbrug af hash og kokain blandt normalungdommen kan føre til et væsentligt større behandlingsbehov end antaget ud fra de seneste 7 års tilgang af hash- og kokainmisbrugere.

## **4.2 Pleje- og omsorgsbehov blandt stofafhængige i behandling**

Narkotikarådet havde i 2001 nedsat en arbejdsgruppe til at estimere behov for pleje- og omsorgsydelser blandt stofafhængige, udover den behandlingsmæssige indsats, der vedrører misbruget. Arbejdsgruppen har beskrevet målgruppen samt udarbejdet en række anbefalinger.

*"Inden for målgruppen falder misbrugere som er fysisk og psykisk nedslidte. De er typisk mellem 40 og 55 år. Ofte er tilstanden kendetegnet ved, at de ikke er selvhjulpne, og at de har et stort og varigt pleje- og omsorgsbehov hele døgnet. De kan dog have mange leveår tilbage, hvis de får den nødvendige hjælp. Der er ofte tale om et omfattende og kaotisk stofmisbrug, der har stået på gennem en længere årrække, ofte 15-20 år.*

Brugere uden for målgruppen har arbejdsgruppen defineret som: *"ældre stofmisbrugere i eget hjem som kan fungere tilfredsstillende med tilgængelig behandlingshjælp og social støtte" samt "psykiatriske patienter med misbrug som er omfattet af andre tilbud".*

Misbrugerne i målgruppen er kendetegnet ved et eller flere af følgende problemer: fysiske, psykiske, bolig-mæssige, sociale og erhvervs-mæssige. Narkotikarådets arbejdsgruppe anbefaler, at indsatsen skal rumme differentierede tilbud med henblik på at modsvare de enkeltes behov i det omfang, det er muligt.

Nedenfor er der udarbejdet et skøn over det aktuelle og forventede behov for pleje- og omsorgsydelser blandt stofafhængige i behandling. Der er i analysen taget udgangspunkt i Narkotikarådets afgrænsning og definition af målgruppen, som defineres som gruppen over 40 år, som er i længerevarende substitutionsbehandling.

*Målgruppen for pleje- og omsorgsydelser blandt stofafhængige i Københavns Kommune.*

Den 14.6.04 er der i alt 1298 brugere i behandling, der er 40 år og derover, heraf er 450 50 år eller derover. Langt den overvejende del af de 1298, 72% (933) er i længerevarende substitutionsbehandling på byambulatorier, specialinstitutioner, lægeklinik eller delegeret til egen læge.

29 ud af de 1298, svarende til 2%, opholder sig juni 2004 på en hjemløshedsinstitution, herunder 7 på plejeafdelingen på Forchhammersvej, 12 på botræningstilbuddet i Forchhammersvejs regi og 34 på botilbud (§ 91-botilbud) med særlig støtte, herunder på Plejekollektivet på Forchhammersvej.

*Estimat over behov for pleje- og omsorgsforanstaltninger og botilbud for stofmisbrugere i behandling*

For at skabe et kvalificeret skøn over det forventede behov for forskellige pleje- og omsorgs- og botilbud til ældre brugere i længerevarende substitutionsbehandling er der indhentet oplysninger om brugere i behandling, der er over 40 år gamle, og som er indskrevet i følgende tilbud:

- byambulatoriernes interne ordninger
- rådgivningscentre, men visiteret til byambulatoriernes interne ordninger
- ambulatoriet i Classensgade
- Specialinstitutionen Forchhammersvej

På opgørelsestidspunktet var der indkommet skemaer fra ambulatoriet Dyveke, fra rådgivningscentre og fra Forchhammersvej. Efterfølgende er indkommet fra oplysninger fra ambulatorierne Bellahøj, Stæren og Enghaven, som vil indgå i et revideret skøn i andet udkast af sektorplanen. Det foreløbige skøn er baseret på indberetningerne fra Ambulatoriet Dyveke, Specialinstitutionen Forchhammersvej og Rådgivningscentre. Hvad angår de øvrige byambulatorier, er deres brugeres behov i denne udgave skønnet ud fra Ambulatoriet Dyvekes indberetninger. Ambulatoriet Dyveke har en brugergruppe, der på mange områder ligner de øvrige byambulatoriers brugere.

Indberetningerne viser, at 75% af brugerne over 40 år, der er indskrevet på Specialinstitutionen Forchhammersvej, vil have behov for pleje-omsorgsydelser enten i løbet af det kommende år eller i løbet af de kommende 5 år. For brugere på byambulatorierne er der tale om mellem 40 og 50% og for brugere, der er visiteret til byambulatoriernes tilbud fra rådgivningscentre, er der tale om 25%.

Det generelle indtryk er, at plejetyngden og behovet for foranstaltninger blandt de ældre brugere (over 40 år) ikke øges med stigende alder, og de over 50-årige ikke har større behov for foranstaltninger end gruppen mellem 40 og 50 år. Der synes at være en selektionseffekt, således at den gruppe, der er blevet over 50, har en relativ god overlevelsessevne - alt andet lige.

Hovedparten af de brugere, som vil få behov for pleje- eller omsorgsydelser fremover, bor helt overvejende i egen bolig og vil kunne forblive i en selvstændig bolig i de kommende 5 år, hvis der ydes støtte i hverdagen (social støtte, omsorg og pleje).

De problemer, som de brugere har, der har behov for foranstaltninger, er følgende:

- 76% har somatiske lidelser eller problemer, der på sigt vil udløse behov for omsorg eller pleje
- 31% har psykiske lidelser, som medfører behov for støtte.
- 30-40% har sociale problemer, som medfører social isolation og ensomhedsproblemer.

På basis af oplysninger afgivet af rådgivningscentre, Ambulatoriet Dyveke og specialinstitutionen Forchhammersvej er der foretaget et estimat over behovet for foranstaltninger det kommende år (2005) og de kommende 5 år (2004 -2009).

Estimatet bygger på følgende forudsætninger:

- Behovet hos de interne ambulatoriebrugere er estimeret ud fra besvarelserne fra Ambulatoriet Dyveke.
- Behovet hos lægeklinikkernes brugere og blandt de brugere, der er delegeret til egen læge er estimeret ud fra, at de har samme pleje- og omsorgsbehov i forhold til somatiske problemer som ambulatoriebrugere, men ikke tilsvarende behov for socialpædagogisk indsats med henblik på ændring af adfærd. Dette betyder også, at hvor ambulatoriebrugere har behov for en plads på plejekollektivet på Forchhammersvej, er der beregnet et tilsvarende behov for en plads på et almindeligt plejehjem for lægeklinikkernes brugere. Tilsvarende, hvor ambulatoriebrugere har behov for særbolig med omsorg og pleje - i tilknytning til et socialpædagogisk tilsyn, er

lægeklinikkernes brugere og brugere delegeret til egen læge vurderet at have behov for omsorg og pleje i eget hjem.

- Indberetningerne har for den enkelte bruger nævnt flere alternative foranstaltninger i de kommende 5 år. Alle indgår i opgørelsen, så derfor er der ikke nødvendigvis tale om "helårsvirkning" på alle tilbud.

Estimatet er som nævnt begrænset til gruppen over 40 år. Dette betyder ikke, at der ikke også er et behov for pleje- og omsorg/botilbud blandt yngre brugere udover de tilbud, der er en del af de ydelser, givet af behandlingssystemet for stofafhængige. Det vurderes, at de 30-40-årige har pleje- og omsorgstilbud, som hovedsageligt er forbundet med en kaotisk livsstil. Derfor vil den relevante indsats være den sociale- og sundhedsfremmende indsats, som ydes på byambulatorierne og specialinstitutionerne. Derudover vil der være tale om behov for midlertidige aflastnings/omsorgsophold i døgnregi, f.eks. på plejeafdelingen på Forchhammersvej.

	Ja (i løbet af det kommende år)	Ja (i løbet af næste 5 år)
Praktisk hjælp og pleje i eget hjem	122 (inklusive brugere, der modtager hjælp i dag)	303
Botræningstilbud (f.eks. Frederikssundsvej)***	28 (inklusive nuv. Beboere over 40 år)	20
Midlertidigt botilbud med støtte (§91-botilbud)	4 (eksklusiv nuværende beboere over 40 år)	31ophold
Permanent særbolig med socialpædagogisk tilsyn	27 (inklusive nuværende beboere over 40 år)	24
Permanent særbolig med pædagogisk tilsyn, praktisk hjælp og pleje i hjemmet	10	51
Terminal pleje i plejehjemsregi		
Terminal pleje i Plejekollektivet	20 forløb (inklusive nuv. beboere over 40 år)	36 forløb

\*Helt overvejende brugere med et "højt funktionsniveau" (i behandling hos egen læge eller lægeklinik)men med et skønnet somatisk plejebøvhov, tilsvarende brugere på et byambulatorium\*\* Dødeligheden er i denne gruppe på mellem 15 og 20% om året, hvilket skal indgå i beregningerne over det fremtidige pladsbehov, når det gælder evt. udbygning af plejekollektivpladser.

\*\*\*Botræningsperioden kan veksle mellem 6-12 måneder. Behovet skønnes at være dækket med de nuværende 12 pladser. Botræning kan herudover foregå i herbergsregi.

\*\*\*\*Skønnet er baseret på indberetninger fra Ambulatoriet Dyvekes interne brugere, Specialinstitutionen Forchhammersvej s brugere samt brugere fra rådgivningscentre visiteret til byambulatoriernes interne tilbud. Skønnet vil blive revideret i andet udkast til sektorplan, hvor indberetningerne fra byambulatorierne Enghaven, Bellahøj og Stæren vil indgå direkte. I nærværende skøn er det forudsat, at brugere fra de tre ambulatorier har tilsvarende plejebøvhov som Dyvekes brugere.

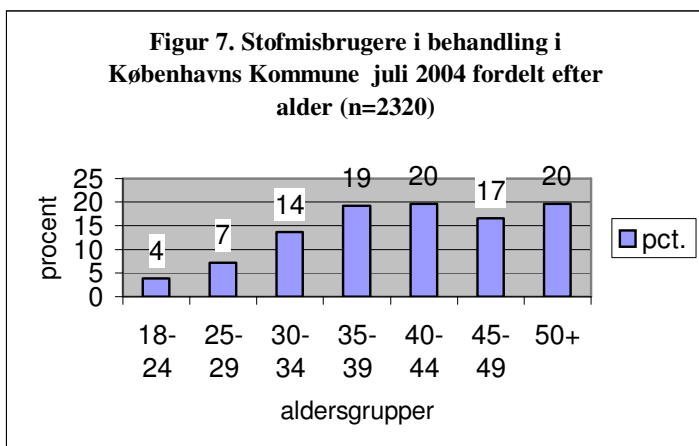
## 5. BRUGERE I BEHANDLING

Stofmisbrugere i behandling rummer, som beskrevet i indledningen, flere generationer af stofafhængige, som repræsenterer forskellige misbrugsmønstre, subkulturer og aldersgrupper. Fælles for dem alle udover misbrug og afhængighed er sociale, helbredsmæssige og psykiske problemer, der bidrager til social udstødning og elendiggørelse af misbrugerens liv.

Nedenfor beskrives brugergruppen kort, og der gøres status over den hidtidige indsats. Der sættes fokus på generelle kvalitetsproblemer i behandlingen. Derefter udpeges en række problemer, der ledsager misbruget, som fordrer en særlig indsats, som behandlingssystemet skal varetage i samarbejde med de sektorer og indsatsområder, som de naturligt deler ansvaret med, og som har de faglige og professionelle kvalifikationer til at løse opgaven.

### *Køn og Alder*

Blandt brugere i behandling er ca. tre fjerdedele mænd, en fjerdedel er kvinder. Hovedparten af brugerne (57%) er 40 år og derover (se figur 7). Aldersspredningen er stor. Den yngste i behandling er 18, den ældste 69 år gammel. I de kommende år, når ungetilbuddet "U-turn" forankres, vil man se unge under 18 år i behandling for stofmisbrug.



Kilde: Status-forskningssystemet 1. 7.04

Københavns Kommune har - sammenlignet med landet som helhed - en ældre population af stofmisbrugere i behandling (brugere i behandling i Københavns Kommune er gennemsnitligt 40,3 år, hvilket er næsten 10 år mere end i det øvrige Danmark). Dette skyldes stofmisbrugets udbredelse i Danmark siden 1960'erne. Ungdomsnarkomanien, som opstod i 1960'erne, var primært et storbyfænomen, og behandlingstilbuddene blev tilsvarende udviklet først i storbyerne - også i København.

Den høje gennemsnitsalder blandt de stofafhængige i Københavns Kommune afspejler også, at stofmisbrug for mange udvikler sig som en kronisk lidelse. Hovedparten af stofmisbrugere i behandling har over 15-20 års misbrug bag sig, og har været igennem en række nedtrapninger og behandlingsprogrammer - og har haft stoffri perioder med efterfølgende tilbagefald.

Stofmisbrugsbehandlingen var indtil midt i 1980'erne næsten overvejende stoffri behandling. Dertil kommer, at yngre misbrugere næsten overvejende tilbydes stoffri behandling - oftest i døgnregi- som første tilbud. Efter en række tilbagefald tilbydes substitutionsbehandling, hvilket afspejles i, at brugere i substitutionsbehandling er gennemsnitligt 10 år ældre end brugere i stoffri behandling.

### ***Familie - og samlivsforhold, børn og graviditeter***

Hovedparten (74%) lever som enlige eller fraskilte. Ved seneste indskrivning i behandling har 8% angivet, at de har hjemmeboende børn under 18 år. I alt angav brugerne, at ca. 300 børn under 18 år var hjemmeboende, og et tilsvarende antal var anbragt uden for hjemmet. I alt angiver 1868 stofafhængige i behandling, at de har 968 biologiske børn, hvoraf en stor del forventes at være over 18 år. Der kan være tale om en vis dobbeltregistrering, da både mor og far kan findes blandt de 1868.

Børn født af stofmisbrugere er i en særlig risikogruppe, og det er af afgørende betydning, at den sociale og sundhedsmæssige indsats iværksættes tidligt (allerede inden fødslen) og at den koordineres efterfølgende. Indsatsen overfor de gravide stofmisbrugere er forankret i HS på Hvidovre Hospital. Opfølgningen sker i lokalforvaltningen og via Familieambulatoriet, der varetager behandling af stofmisbrugende forældre.

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner offentliggjorde maj 2004 en rapport om antallet af graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark mellem 1990 og 2001 (Harbo, 2004). Undersøgelsen viste, at disse udsatte kvinder får det samme antal børn som den øvrige befolkning, men ca. 2½ gange flere provokerede aborter. Resultatet skal ses i lyset af, at der er tale om en meget belastet gruppe kvinder med dårlige forudsætninger for at tage vare på egne børn. Blandt de levendefødte børn er der en tre gange større dødelighedsrate blandt misbrugernes børn, særligt i de første 2 leveår, i forhold til baggrundsbefolkningen.

Ser man på de kvinder der var kendt i behandlingssystemet i Københavns Kommune i perioden 1996 – 2001 blev der født i alt 454 børn og foretaget 650 provokerede aborter – der er altså tale om ca. 1.100 graviditeter, hvor af langt de fleste burde være forebygget.

### ***Etnisk baggrund***

Hovedparten af brugerne i behandling i Københavns Kommune har en dansk baggrund. 13% har en anden etnisk baggrund end dansk. Blandt de flygtninge/indvandrere, der er i behandling, er 90% 1. generationsindvandrere. Blandt nye i behandling i 2003 og 2004 har 18% en anden etnisk baggrund end dansk, hvoraf også langt over hovedparten tilhører gruppen af 1.generationsindvandrere. Gruppen af misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk er ikke overrepræsenteret blandt de behandlingssøgende, set i relation til deres andel af befolkningen i København. Snarere tværtimod synes især 2. generationsindvandrere at være underrepræsenteret i behandlingssystemet forhold til deres andel af den yngre befolkning i København. Blandt 1. generationsindvandrere er der en gruppe, der som flygtninge har været udsat for tortur, krig og andre traumatiserende hændelser. Gruppen præsenterer en række psykiske problemer, således at denne gruppes samlede problemer skal løses i et samarbejde mellem behandlingssystemet og socialpsykiatrien/psykiatrien/tilbud til torturofre.



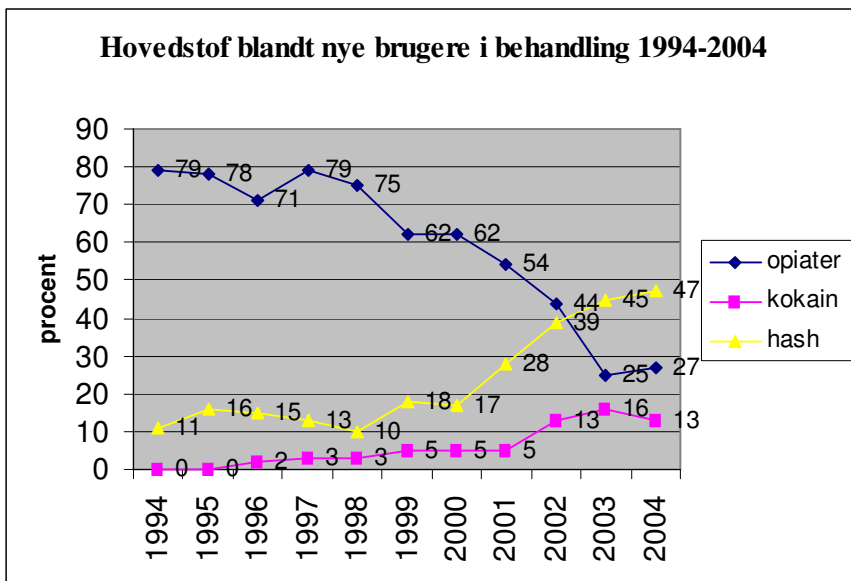
### Hovedstof

Blandt brugere i behandling er knap 80% i substitutionsunderstøttet behandling, og ca. 20% er i stoffri behandling. Ved den sidste indskrivning angav 80% et opiat som hovedstof, ca. 10% angav hash, kokain som hovedstof. Knap 10% var stoffrie ved indskrivningen. Dette mønster er gradvist ved at ændres.

Årligt indskrives mellem 150 og 250 brugere i behandling, som ikke tidligere har været i behandling (i 2004 var tallet 278). Nytilgangen de seneste år (figur 8) viser en tendens, som i de kommende år vil påvirke sammensætningen af behandlingspopulationen.

Indtil 1997 var ca. 80% af alle nytilkomne i behandling årligt opiatmisbrugere (svarende til ca. 130 personer om året) og mellem 10 og 15 % var hashmisbrugere (svarende til ca. 25 personer i alt om året). Fra 1998 og frem ændres sammensætningen af de nytilkomne i behandling gradvist. I 2004, hvor antallet af nytilkomne i alt er 278 personer, er 27% af de nytilkomne opiatmisbrugere (svarende til ca. 70 personer), 47% havde hash som hovedstof (svarende til 133 personer) og 13% (35 personer) havde kokain som hovedstof. Da der imidlertid er tale om, at nytilgangen kun udgør en mindre del af den samlede tilgang til behandling i løbet af et år, og opiatmisbrugerne forbliver længere tid i ambulant behandling end de nye grupper af misbrugere, medfører denne udvikling først på meget lang sigt et fald i den samlede gruppe af opiatmisbrugere i behandling.

Figur 8: Hovedstof blandt nytilkomne i behandling 1994-2004 i procent.



Kilde: Status-forskningssystemet januar 2005

## 6. STATUS OVER INDSATSEN OVER FOR STOFMISBRUGERE

### 6.1 Kvalitetsudvikling af den ambulante behandling

Siden metadonloven blev vedtaget i 1996 og Københavns Kommune fik ansvaret for at iværksætte og yde substitutionsbehandling for stofafhængige har behandlingssystemet fået ansvaret for en stor gruppe brugere i længerevarende substitutionsbehandling, som forbliver i det samme behandlingstilbud over en årrække, samtidig med at der er en fortsat tilgang af nye brugere, der søger behandling igen eller for første gang.

Denne udvikling har dels medført og dels synliggjort en række problemer og udfordringer for behandlingssystemet.

Det helt afgørende problem har været manglende flow i behandlingssystemet mellem de ambulante tilbud. Dette har især belastet rådgivningscentre, som ikke har haft mulighed for at viderevisitere brugere, som var i længerevarende substitutionsbehandling og som derudover havde behov for en mere omsorgspræget indsats, end rådgivningscentre kunne tilbyde. Byambulatorierne har kun haft et begrænset flow ud af ambulatorierne, og da de ikke har haft differentierede tilbud inden for egne rammer, blev brugerne fastholdt i samme tilbud over en årrække. Behandlingssystemets ressourcer har ikke været anvendt optimalt. Færre brugere end forventet har udviklet en stabilitet i forhold til deres substitutionsmedicin og en social forbedret situation.

Barriererne har været flere: mangel på pladser i lægeklinikkerne, manglende tilgængelighed hos de praktiserende læger for delegation, samt mangel på differentierede tilbud i byambulatorierne. Dertil kommer, at de ambulante behandlingsinstitutioner har udviklet en praksis omkring administration af medicin (udover substitutionsmedicin), som gør, at brugerne kan opleve det mere økonomisk fordelagtigt at forblive i behandling på rådgivningscentre og byambulatorier end at overgå til lægeklinik og egen læge.

For at løse disse problemer og samtidig leve op til den behandlingsgaranti, der blev indført med virkning fra 1. januar 2003, blev der i løbet af 2004 igangsat en række initiativer, vedtaget af Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget (FAU 624/2003 j.nr 596/2003), som bl.a. skulle skabe et øget flow mellem de ambulante tilbud og sikre at behandlingsudbuddet modsvarede efterspørgslen..

Initiativer:

1. Specialisering og differentiering af ambulatoriernes tilbud, herunder etablering af 148 eksterne ambulatoriepladser.
2. Der indføres en vejledende behandler-klientratio på rådgivningscentre og byambulatorierne på hhv. 10 og 15.
3. Der sættes en vejledende maksimumsgrænse for indskrivning på et rådgivningscenter på 3 år
4. Forøgelse af kapaciteten på Lægeklinikken Broen med 50 pladser og forbedring af muligheder for delegering af brugere til egen læge og lægeklinikker.
5. Kommunalisering af forsøg med øget psykosocial støtte i substitutionsbehandling (projekt X-felt).
6. Forøgelse af entreprisepuljen til køb af enkeltepladser i private behandlingsinstitutioner
7. Omlægning af administrationen af medicin, således at de ambulante behandlingstilbud gøres ensartede i forhold til egenbetaling af medicin (udover substitutionsmedicin).

8. Faglig udvikling af visitationen og handleplansarbejdet, herunder afklaring af kompetence og ansvar.
9. Styrkelse af den brugerrettede forvaltning, herunder styrkelse af ledelsesstrukturen og det faglige brugerrettede arbejde på rådgivningscentre
10. Etablering af vejledende tidsgrænser for indskrivning i rådgivningscentre og tilpasning af rådgivningscentrenes økonomiske rammer i forbindelse hermed
11. Koordination af handleplansarbejdet mellem § 94 institutioner og stofmisbrugsbehandlingssystemet
12. Forbedring af videndelingen mellem institutionerne.

Der har været nedsat en række arbejdsgrupper og en styregruppe, bestående af repræsentanter fra hele behandlingssystemet og forvaltningen, som i løbet af 2004 har arbejdet med at iværksætte de nævnte initiativer.

De mest omfattende initiativer har været at definere indholdet i de forskellige ambulante tilbud (herunder interne og eksterne byambulatorietilbud og specialisering mellem byambulatorierne), at overflytte brugere fra rådgivningscentre til byambulatoriernes forskellige tilbud ud fra et samarbejde med den enkelte bruger om den sociale handleplan og tilpasning af behandlingsplanen, og omlægning af administrationen af medicin på en måde, således at den modsvarer gældende regelsæt om egenbetaling af medicin.

Det forventes, at disse initiativer er gennemført i løbet af 2005. Derefter følger at initiativerne omsættes til gældende praksis, støttet af de øvrige initiativer. Der følges op med en årlig evaluering af de iværksatte initiativer.

## 6.2 Seneste status over behandlingsforløb 1994 -2004

**Tabel 3: Seneste udskrivningsoplysning (juli 2004) for alle, der har været indskrevet i behandling i Københavns Kommune siden 1994 (4677)**

Fortsat i behandling	48%
Færdigbehandlede	12%
Døde (udskrivningsstatus)	9%
Udskrevet til fængsel	2%
Udskrevet til hospital/egen læge	1%
Fraflyttet kommunen	3%
Bortvist fra behandling	2%
Forladt behandlingen i utide	18%
Uoplyst udskrivningsstatus	5%
<b>Antal registrerede personer i behandlingssystemet 1994-2004</b>	<b>100% (n=4677)</b>

Kilde: Status-forskningssystemet 21-07-04.

Ca. halvdelen (48%) er fortsat i behandling. 9% er udskrevet som døde. Blandt de 18% (841), der som seneste udskrivningsoplysning har, at de har forladt behandlingen i utide, var knap en fjerdedel i substitutionsbehandling, da de forlod behandlingen. Den øvrige del var under afklaring eller i stoffri behandling og heraf ca. en tredjedel stoffrie, da de forlod behandlingen. Efterfølgende er en fjerdedel (191) fraflyttet kommunen, 10% (82) er døde, nogle er formentlig fortsat stoffri, men, men det må forventes, at størstedelen er aktive stofmisbrugere, som vil søge behandling igen.

Det er en mindre andel, i alt 12%, som senest er udskrevet som færdigbehandlede og stoffri. Langt flere har været udskrevet færdigbehandlet og stoffri i årenes løb, men mange får tilbagefald og

vender tilbage i behandling i perioder. Meget få opnår en varig stoffrihed, men oplever kortere eller mere langvarige stoffri perioder.

#### *Stigende andel visitationer til stoffri behandling 2001-2004*

Ca. en fjerdedel af de samlede visitationer i løbet af et år er til døgnbehandling, tre fjerdedele er til ambulant behandling. Dette forhold har været konstant i en årrække. Derimod ændres forholdet mellem visitationer til hhv. stoffri behandling og substitutionsbehandling i perioden, hvor visitationer til stoffri behandling øges både absolut og forholdsmæssigt (fra 26% til 48%), mens visitationer til substitutionsbehandling relativt set falder (fra 70% til 51%), men i absolutte tal fastholder samme niveau perioden igennem.

**Table 4: Visitationer 2001-2004 fordelt efter behandlingstype i procent**

	2001	2002	2003	2004
sub: metadon	63	60	51	46
sub: buprenorphin	7	6	6	5
stoffri behandling	26	30	41	48
Uoplyst	4	4	3	1
I alt	100	100	100	100
antal	1423	1792	2001	2006

Kilde: Status-forskningsystemet januar 2005

### **6.3 Substitutionsbehandling**

Substitutionsbehandlingen tager sit udgangspunkt i den kendsgerning, at behandling der sigter mod stoffrihed oftest mislykkes. Den psykiske afhængighed (stoftrangen) er vanskelig at afbøde og endnu sværere at udrydde. Ved at indgive metadon (eller et andet præparat) som har en lang virkningstid, og som ophobes i kroppen, kan man ved indgift af en enkelt daglig dosis opnå en jævn blodkoncentration og receptordækning, og dermed en reduktion af trangen og en delvis blokering af virkningen af andre opioider uden at de psykomotoriske funktioner påvirkes nævneværdigt. Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har rehabilitering/resocialisering som sit mål, mens stoffrihed bliver en irrelevant størrelse. Hvis metadonindgiften skal fungere efter hensigten, skal metadon indtages i en nøje individuelt reguleret dosis, dag ind og dag ud, og samtidig skal det sikres, at ordineret metadon så vidt muligt ikke videresælges.

#### *Kontrol i behandlingen*

Formålet med kontrollen er primært at sikre behandlingens sikkerhed og kvalitet, og er ikke rettet mod stofmisbruger. Så længe der er et illegalt stofmarked vil det imidlertid altid være en fristelse for brugerne at omsætte medicinen i penge eller illegale stoffer på dette marked. Derfor skal behandlingen tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt, sådan som det fremgår af Sundhedsstyrelsens retningslinier.

#### *En svær balance*

Dette indebærer, at der nødvendigvis må være elementer af kontrol i behandlingen, hvilket kan anskues som en form for overjæg-støtte, men som af mange klienter opfattes som netop kontrol, dvs. ydmygende og umyndiggørende.

Balancen er vanskelig. For massive kontrolforanstaltninger vil ofte bevirke, at fokus flyttes fra den psykosociale behandlingsindsats, både hos klienterne og behandlerne, og med stor risiko for at klienten fravælger behandling. Behandlingsalliancen mellem klient og behandler vil ofte blive meget modstandspræget, og kontrolforanstaltningen i sig selv -"snydekontrollen"- er i modstrid med begreberne om at kunne indgå i en behandlingsalliance.

Almindeligvis sker der det, at i systemer hvor kontrollen er stærkest, er gennemsnitsalderen på metadonbrugere højest. Det skyldes, at de "yngre" der stadig kan klare livet på gaden ikke vil ind i dette system, som de finder nedværdigende. Det er da også hvad man har fundet i forskellige undersøgelser.

Hvis kontrollen ikke har nogle konsekvenser fortsætter sidemisbruget, Hvis kontrollen har stærke konsekvenser afholder de yngre og mest misbrugende sig fra at komme i behandling, hvilket er en meget uheldig konsekvens.

Udfordringen er at udvikle pædagogiske konsekvenser, der mere sigter mod belønning end straf, samtidig med at behandlingen ikke bliver konsekvensløs og konfliktsky – og som samtidig opretholder respekten og samarbejdet med metadonbrugeren.

At finde den rigtige balance kræver professionalisme (fagligt velbegrundede standarder), et højt etisk beredskab. Imidlertid - som det fremgår af Sundhedsstyrelsens retningslinier- "er det afgørende, at der kun opstilles de kontrolkrav, der er nødvendige for at opnå indfrielse af de individuelle behandlingsmål". Følgelig bør kontrolelementet ikke dominere på bekostning af de indholdsmæssige rådgivende, psykoterapeutiske og rehabiliterende elementer i behandlingen.

#### *Procedurer ved iværksættelse af nye behandlingsforløb*

Ved alle nye behandlingsforløb skal det ordinerede substitutionspræparat som udgangspunkt indtages overvåget og dagligt, indtil klienten er indstillet på en passende dosis og et samarbejde om behandlingen som helhed er sikret. Praksis er en forsigtig opstart med gradvis øgning af metadondosis indtil tilstanden er stabil, dvs., at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Dosisindstillingsfasen tager minimum 2-3 uger, og i denne periode skal klienten møde dagligt på behandlingsinstitutionen.

#### *Rammer for selvadministration*

Når behandlingsforløbet er stabiliseret, kan der udleveres medicin til delvis selvadministration. En sådan administration skal nøje vurderes i forhold til klientens aktuelle muligheder for selv at administrere medicinen. Hos velfungerende klienter som passer behandlingsaftaler og som fremstår uden tegn på aktivt misbrug, kan medicin udleveres til selvadministration for op til en uge ad gangen, evt. ved apoteksudlevering. Hos dårligt fungerende klienter vil det derimod være nødvendigt med mere massive kontrolforanstaltninger, hvor dagligt overvåget medicinindtagelse er påkrævet.

Der vil således altid være tale om individuelt tilpassede kontrolforanstaltninger tilpasset den enkelte stofmisbrugers ressourcer og færdigheder. Ofte vil der i de enkelte behandlingsforløb være både gode og mindre gode perioder, og overvåget medicinindtagelse bør genoptages på ethvert tidspunkt i behandlingsforløbet, hvis det er hensigtsmæssigt for at opnå de aftalte mål for behandlingen.

### *Inkaldsperioder*

Faste jævnlige perioder af afgrænset varighed, såkaldte ”inkaldsperioder”, hvor klienterne møder til daglig overvåget medicinindtagelse og klinisk vurdering, er med til at sikre sikkerheden i de ofte langvarige substitutionsforløb og er en god basis for en mere liberal administrationsform i den øvrige del af behandlingsforløbet.

### *Evidensbaseret faglig udvikling af substitutionsbehandlingen*

Det igangværende 3-årige Projekt X-felt er et af 4 projekter, som socialministeriet har iværksat med henblik på kvalitetsudvikling af metadonbehandlingen i Danmark. Projektet skal belyse effekten af en øget psykosocial behandling i substitutionsbehandlingen, kan i løbet af 2005 fremkomme med resultater for effekten af en systematisk og dokumenteret behandlingsindsats med anvendelse af faglige standarder og standardiserede registreringsystemer som baggrund for behandlingsindsats og kvalitetsudviklingsproces.

I projektet er udviklet kvalitetsstandarder for behandlingsydelser (procesmål) i den ambulante substitutionsbehandling, f.eks. standarder for individuel rådgivning, for behandlingsplaner/behandlingsmøder, for hepatitis og hiv program og graviditetsforebyggelse. Hidtil har omfanget af egentlig behandlingsforskning på dette område været særdeles sparsom.

Resultaterne fra projekt X-felt vil formentlig kunne retningsgive og bidrage til fastlæggelse af rimelige kvalitetsstandarder for den fremtidige ambulante substitutionsbehandling og danne basis for yderligere kvalitetsudvikling og afprøvning af forskellige behandlingsmåder i substitutionsbehandlingen.

### *Injektionsprojektet på Ambulatoriet Støren*

Støren har i perioden 2001 – 2004 kørt et projekt med tilbud om intravenøst administreret metadon til en udvalgt gruppe brugere med et stort intravenøst sidemisbrug af metadon og heroin. Evaluering og afrapportering af projektet foreligger ultimo 2004, men de foreløbige erfaringer fra projektet viser at interessen for denne administrationsform blandt brugerne er begrænset. I alt 44 brugere er indgået i projektet, men de fleste har forladt det igen, og der er juli 2004 kun 14 brugere tilbage i projektet.

### *Fastholdelse (retention) i behandlingen*

At fastholde brugerne i behandling er selvfølgelig en forudsætning for at kunne udrette noget som helst behandlingsmæssigt. Retention bruges derfor som et mål for i hvor høj grad behandlingssystemet er i stand til at organisere behandlingen effektivt. Retentionen er meget høj i det københavnske behandlingssystem – ca. 90 %.

Men selvom retention er en kvalitet i sig selv, skaber det også problemer, fordi brugerne hober sig op i behandlingssystemet og risikerer at blive kronisk institutionaliserede.

Det er derfor afgørende at brugerne, i takt med at deres funktionsniveau forbedres, får mulighed for at mindske deres institutionstilknytning. Brug af private lægeambulatorier med ca. 400 pladser, og delegering af behandlingen til praktiserende læger (ca. 300 brugere) har været hensigtsmæssig i forhold til at afinstitutionalisere og normalisere brugernes tilværelse.

### *Valg af substitutionspræparater*

Metadon var indtil 1999 det eneste præparat der kunne anvendes i substitutionsbehandlingen. I 1999 blev buprenorphin indregistreret til substitutionsbehandling af opioidafhængige, og det anvendes i dag til ca. 10 % af brugerne i substitutionsbehandling. Buprenorphin er dyrere end metadon, svarende til 5 x prisen på metadon. Imidlertid har buprenorphin i mange henseender en mere hensigtsmæssig farmakologisk profil end metadon. Det har også en meget lang virkningstid som metadon, og yderligere kan man i stabil buprenorphinbehandling nøjes med dosering 3 gange ugentlig. Det er mindre potent, men også mindre giftigt, mindre sløvende og formentlig mindre vanedannende. Det intravenøse sidemisbrug af buprenorphin er på grund af stoffets særlige farmakologiske struktur yderst begrænset, og præparatet har hidtil også kun haft et yderst begrænset misbrugspotentiale. Hidtil har der ikke været registreret Buprenorphin i de retskemiske undersøgelser ved stofrelaterede dødsfald i Danmark, dog undersøges kun rutinemæssigt herfor i København.

I overensstemmelse med principperne om den trinvis behandling anbefales buprenorphin som førstevalgspræparat til behandling af nye og yngre heroinmisbrugere. I lighed med den internationale udvikling indenfor den medikamentelle behandling af opioidafhængige, er overvejelser om anvendelse af buprenorphin også til de mere tunge og kaotiske blandingsmisbrugere aktuelle, specielt med fokus på den større sikkerhed i buprenorphinbehandlingen hos denne vanskelige gruppe.

### *Reduktion af kriminalitet, risikoadfærd og dødelighed.*

Det er dokumenteret gennem en række udenlandske undersøgelser, at substitutionsbehandling mindsker omfanget af kriminalitet meget betragteligt og med mindst 50 %, at dødeligheden pga. forgiftninger reduceres til en tredjedel og at risikoadfærd i relation til erhvervelse af smitsomme sygdomme reduceres. Metadon er følgelig også en meget profitabel behandlingsform med en cost-effekt ratio varierende i forskellige undersøgelser på mellem 1 til 3 og 1 til 20.

Herhjemme er antallet af undersøgelser meget begrænset. Center for Rusmiddelforskning har påvist, at kriminalitet reduceres med mere end 50 %, men ellers er det sparsomt med dansk dokumentation. Men vi bliver formentlig væsentligt klogere, når evalueringen af de forskellige projekter med udvidet psykosocial støtte (inkl. Projekt X-felt) foreligger i første halvdel af 2005.

Embedslægeinstitutionen i København har i et samarbejde med Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen foretaget en undersøgelse af stofrelaterede dødsfald i København 1997 til 1999 (Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner, 2003). I denne periode var i alt 2.956 brugere indskrevet i behandling, hvoraf i alt 172 døde, heraf 122 i behandling, og 15 umiddelbart efter udskrivning fra behandling. Dødeligheden blandt de 122 i behandling var 2,3 % (23 per 1.000 personår), og blandt de der havde forladt behandlingen (pausedødsfald) 9,3 %. Kun 37 % af dødsfaldene var forgiftningsdødsfald (svarende til en omtrentlig dødelighed af forgiftninger (de egentlige ”narkodødsfald) på 0,9 %. De resterende dødsfald skyldtes sygdom (ca. 50 %) og ulykker og selvmord. Høj alder, dårligt helbred og social marginalisering (specielt hjemløshed) disponerede for død. Behandlingsmæssige faktorer der havde betydning for død var høj metadondosis, ordination af antidepressiva og af andre opioider end metadon, men det er på dette område vanskeligt at afgøre årsags-virkningsrelationen.

I sin konklusion skriver Embedslægeinstitutionen:

*”Det kan konkluderes, at der i København var en mellemhøj dødelighed blandt stofmisbrugere sammenlignet med andre lande og byer”. Der må siges ”var” fordi forholdene ændres rimeligt hurtigt, og de officielle statistikker tyder ikke på, at der er en stigning – måske snarest tværtom. Den standardiserede mortalitetsrate var dog høj for København, 22, og stofrelaterede dødsfald stod for en tredjedel af samtlige dødsfald blandt mænd i alderen 16 – 40 år. Et så omfattende tab kan siges at udgøre et folkesundhedsproblem for København.*

*Det må også erkendes, at den sygdomsbetingede død blandt stofmisbrugere udgør en væsentligt større del i København, end der tidligere er blevet kalkuleret med. Helbredsforhold har i tidligere undersøgelser vist sig at være af betydning for dødeligheden i denne gruppe, og gør det igen. Fundet af, at marginalisering er af betydning for dødeligheden er ikke overraskende, men også vigtigt. Dødeligheden kan siges, at repræsentere toppen af isbjerget, og fundene understreger atter behovet for – og bør anspore til – en fortsat kvalitetsudvikling således, at der tilbydes en tilstrækkelig og rettidig helbredsmæssig og social indsats; på den ene side for at spare samfundet for senere store omkostninger, men især for at gøre hverdagen bedre for de ramte.”*

Rigspolitiet opgør årligt dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet om dødsfaldet med henblik på et medicolegalt ligsyn. Det drejer sig om dødfundne, uventede dødsfald, ulykker, drab og selvmord. Dødsfald, der er forårsaget af forgiftning og dødsfald som følge af en ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika opgøres årligt af Rigspolitiet efter findested.

Der ses en tendens til fald i narkotikarelaterede dødsfald i København, absolut og relativt fra 1998 til 2003. Opgørelsen omfatter dødsfald med findested i København, hvilket betyder at den kan omfatte andre end københavnske borgere.

**Tabel 5. Narkotikarelaterede dødsfald 1998-2003 i København og Danmark**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
København	90	66	82	61	64	53
Danmark	251	239	247	258	252	245
Kbh i pct. af DK	36%	28%	33%	24%	25%	22%

Kilde: Politiets narkotikastatistik 2003.

## 6.4 Stoffri behandling

### *Mål for behandlingssucces og tilbagefald*

Siden 1997, hvor der har været sat politiske mål for behandlingseffekten af den stoffrie behandling, har målet om at 25% af brugerne i stoffri behandling skulle udskrives færdigbehandlet og stoffri været delvist opfyldt (målopfyldelse mellem 20 og 25%). Der er forskel på den samlede målopfyldelse og målopfyldelsen for hvert af de 4 rådgivningscentre, der varierer over og under målet. Målet fastholdes.

Målet for tilbagefald har siden 2001 været, "at højst 33% skulle falde tilbage indenfor et år", målt som tilbagegang til behandling blandt dem, der udskrives som færdigbehandlede og stoffri." Andelen, der har haft tilbagefald har svinget mellem 37 og 43% siden 2001.

I en opfølgingsundersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning ses, at et år efter udskrivning fra stoffri behandling har 20% opretholdt stoffrihed stabilt i perioden, mens de øvrige 80% har haft tilbagefald i perioden. En del af de 80%, vender tilbage til behandling og opnår igen stoffrihed inden for det første år.



Tilbagefald måles i Københavns Kommune som andelen, der vender tilbage til behandling i løbet af et år. Tilbagefaldet er, målt på denne måde, mindre end det som Center for Rusmiddelforskning måler ved at opsøge de enkelte brugere et år efter udskrivning som stoffri. Den lave tilbagefaldsratio i København kan formentlig tilskrives forskellen i måden at opgøre tilbagefaldet på. Tilbagefaldet var i 2002 og 2003 ca. 10% højere end de 33%, der er sat som mål. Målet fastholdes.

#### *Selektion i den stoffrie behandling*

Center for Rusmiddelforskning har på baggrund af litteratursøgning og egne undersøgelser af den stoffri døgnbehandling i Danmark opstillet følgende "rimeligt underbyggede hypotese" om effekten af behandling og en efterfølgende vurdering:

*"under 1% spontanhelbredes (modnes ud af misbruget om året)*

- *2-3% behandles ud af misbruget om året,*
- *ca. 2% dør ud af misbruget om året*

*At ca. 2-3% om året bliver stoffri (ud fra de tidligere nævnte definitioner) er uden tvivl langt bedre, end hvis der slet ikke fandtes nogen behandling (måske tre gange så godt, så længe effektmålet er stoffrihed) - men det er bestemt ikke overvældende. Det kunne måske blive 50-100% bedre."*

Center for Rusmiddelforskning har i deres undersøgelse af effekten af døgnbehandling fremhævet en række brugerkaraktistika, der har betydning for, om behandlingen gennemføres eller ej. De følgende karakteristika er næppe absolutte forudsigelser for et vellykket behandlingsforløb, men de kan være en slags kriterier/prædiktorer for en øget sandsynlighed for succes - og i tiltagende grad jo flere kriterier, der er opfyldt.

- ❖ Alder > 35
- ❖ Kvinde
- ❖ ikke heroinmisbrug i måneden før indskrivning
- ❖ ikke dømt
- ❖ egen bolig ved indskrivning.

Derudover peges på fravær af injektion seneste år og kontakt til x-misbrugere, som karakteristika, der fremmer chancen for gennemførelse af behandlingen.

Erfaringerne fra behandlingssystemet modsvarer ikke direkte Center for Rusmiddelforskningens resultater, udover, at der er en kraftig selektion i behandlingsforløbet. De mindst socialt - og misbrugsmæssigt belastede har den største chance for at fuldføre behandlingen.

Som behandler udtrykker det i et fokusinterview om den stoffrie behandling: *"Vi får mange tilbagefald, kun få får den fulde pakke"... og en anden "Der er god effekt i 3 fase, der hvor brugerne kommer ud til den normale verden og får afprøvet lidt af deres ønsker, f.eks. i en uges praktik".*

Med andre ord, hvis brugerne kunne gennemføre alle faserne, så kunne behandlingen lykkes, og brugerne kunne nærme sig "det normale liv". Selektionen i løbet af behandlingen i en behandling, der er opdelt i et faser, hvor den ene fase skal fuldføres, før den næste påbegyndes, understøtter selektionsprocessen i behandlingen.

Faseopdelingen er principielt modstrid med princippet om, at behandlingen skal være individuelt tilrettelagt, hvor det er brugerens behov og ikke behandlingstilbuddet, der styrer det individuelle forløb.

#### *Stoffrihed - alt eller intet*

Man peger på fra behandler side på, at brugernes motivation og realistiske forventninger til behandlingsforløbet og til, hvad stoffrihed indebærer, er af stor betydning for, om behandlingen gennemføres. Motivationen skal helst være brugerens egen og ikke omgivelsernes.

Det er en udfordring for behandlingssystemet at opretholde målet om stoffrihed, samtidig med at skabe nogle realistiske forventninger til dette blandt brugere, pårørende og behandlere. Tilsvarende skal behandlingen organiseres, således at den understøtter brugeren i en udvikling på flere livsområder samtidig. Der er tale om en afvikling af princippet om fasebehandling, der udsætter de socialt integrerende tiltag til efter en længerevarende periode med stoffrihed.

#### *Stoffrihed og social rehabilitering i den stoffrie behandling*

Den sociale rehabilitering synes prioriteret lavere end stoffrihed som mål for den stoffrie behandling. Under halvdel, der udskrives færdigbehandlede og stoffri, er i beskæftigelse eller under uddannelse. Spørgsmålet er, om dette skyldes, at brugerne i udgangspunktet er meget dårligt stillede, eller at der først fokuseres på social rehabilitering senere i forløbet, når man har opnået stoffrihed. En tredje forklaring kan være at koordinering af indsatsen mellem døgnbehandlingen og rådgivningscentre ikke fungerer optimalt. Svaret kan næppe gives over en kam.

I 2003 etablerede Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen projekt Nåleøjet i regi af Rådgivningscenter Amager. I Nåleøjet kan der bo 4 brugere med henblik på udslusning, samtidig med at rådgivningscenterets ambulante efterbehandlingsgrupper er samlet i huset. Ved at knytte udslusningsboliger til et rådgivningscenter er det hensigten at skabe større sammenhæng mellem behandlingen og den sociale rehabilitering af brugeren. Derudover forbedres mulighederne for at skabe kontinuitet i behandlingen ved at Nåleøjets medarbejdere kan følge brugeren allerede under brugerens ophold i den primære døgnbehandling.

Der er ved etablering af Nåleøjet lagt stor vægt på inddragelse af brugerne til at drive og skabe miljø i huset. (Tidligere) brugere i Nåleøjet har dannet foreningen "Nåleøjets Venner", der har besøgsordninger i huset, arrangerer undervisning og ture for beboere i Nåleøjet samt indskrive i den ambulante efterbehandling.

## **6.5 Nye brugergrupper med hash og kokain som hovedstof**

Den øgede tilgang de senere år til stoffri behandling skyldes især, at flere hash- og kokainmisbrugere søger behandling.

#### *Alder*

I 2002 og 2003 var der i alt 430, der søgte behandling for første gang. Heraf havde 171 hash som hovedstof, 73 angav kokain/ amfetamin som hovedstof og 145 angav et opiat som hovedstof.

Hash- og kokainbrugerne er gennemgående yngre end opiatbrugerne. Gennemsnitsalderen for hash og kokainbrugerne var 28 år ved indskrivningen, opiatbrugerne var gennemsnitligt 36 år gamle.

Den største aldersgruppe blandt hashbrugerne er 18-24, blandt kokainbrugerne er den 25-29 og blandt opiatbrugerne er den 30-34 år.

Det typiske billede er, at hash er noget man eksperimenterer med tidligt (debutalderen er gennemsnitligt 16 år), kokain senere i begyndelsen af og i midten af tyverne og opiater fra ca. 20-40 årsalderen.

Uanset at de nye brugergrupper er yngre end de "sædvanlige" opiatmisbrugere, vil det være fejlagtigt at definere hash- og kokainmisbruget som et decideret ungdomsfænomen. De fleste af de nyindskrevne er over 25 år gamle.

### *Sociale forhold*

De tre grupper ligner hinanden, hvad angår uddannelsesbaggrund. Omkring 60% har ikke nogen uddannelse, dog er det sådan, at hash- og kokainbrugerne gennemgående har flere ressourcer end opiatbrugerne.

Forskellene er mere markante, når det drejer sig om beskæftigelse. Betydeligt flere kokainbrugere har lønnet arbejde ved indskrivningen (34%) end hashbrugerne (22%) og opiatbrugere (13%).

Når det gælder boligforholdene, ses tydeligt at den sociale deroute hyppigere er en realitet for opiatbrugerne, end for hash- og kokainbrugerne, idet 17% af opiatbrugerne er boligløse, mod 2% af hash- og kokainbrugerne.

I forhold til retsvæsenet har 32% af hash- og kokainbrugerne en afsonet dom bag sig, det tilsvarende tal for opiatbrugerne er 54%. Her er aldersdimensionen vigtig at erindre, da hash- og kokainbrugerne gennemgående er yngre end opiatbrugerne. Netop denne dimension er vigtig, idet der herved er mulighed for tidligt at iværksætte en forebyggende indsats gennem tilbud om behandling og andre sociale tiltag.

Sammenlignet med opiatmisbrugere har de nye brugergrupper gennemsnitligt flere ressourcer. I forhold til tal for den alderssvarende befolkning som helhed er de nye brugergrupper (gennemsnitligt) svage: De er hovedsagelig enlige mænd, de har ikke nogen uddannelse, størstedelen har ikke lønnet arbejde, og mange har fået en dom. De nye brugergrupper er ikke et tilfældigt udsnit af den danske befolkning, men er derimod langt dårligere socialt stillet.

### *Misbrugsmønster og motivation for behandling*

#### *Hash*

Mønstret for hash minder på flere måder mere om et tilsvarende mønster for alkohol: Dem, der bliver misbrugere, har prøvet rusmidlet første gang i en tidlig alder, men det har taget lang tid, før de har udviklet et misbrug, som har ført dem til søge behandling. Afhængighedspotentialet er ikke særlig stort, tilgængelighed er let, prisen er lav. Alt i alt er det muligt at have et langvarigt forbrug uden at træde ind i en marginaliseret livsstil. Når skadevirkningerne ved hash heller ikke er så signifikante, kan der gå lang tid inden personen og omgivelserne erkender misbruget.

Den øgede tilstrømning af yngre misbrugere forklarer man i Rådgivningscentrene blandt andet med henvisninger fra socialcentrene. Det er altså omgivelsernes ændrede holdning, der forårsager tilstrømningen af unge, og ikke stoffets virkninger (alene).

### *Kokain*

Kokain og heroin har et stærkere afhængighedspotentiale, som sammenholdt med prisen fører til en mere marginaliseret livsstil. Når kokainmisbrugerne gennemsnitligt henvender sig hurtigere om behandling end opiatmisbrugerne, kan det selvfølgelig skyldes bivirkninger og afhængighed ved stoffet. Men det kan også skyldes, at de har mere at miste ved en marginaliseret livsstil, hvilket tallene for de sociale forhold indikerer.

### *Skadevirkninger*

De nye brugergrupper er gennemgående ikke så socialt marginaliserede, som man hidtil har set stofmisbrugere, der søger behandling. Ikke desto mindre har de en række alvorlige psykiske og sociale problemer. For hashmisbrugernes vedkommende er der tale om bivirkninger som social isolation og depression, for kokainmisbrugerne er det psykotiske tilstande, stærk psykisk stofafhængighed og økonomisk fallit.

### *Krav til behandlingssystemet*

Den øgede tilgang af nye brugergrupper kræver noget nyt af behandlingssystemet. I 2004 er der sat et udviklingsarbejde i gang, der skal gearere behandlingssystemet til disse nye misbrugere. Dette indbefatter blandt andet iværksættelse af uddannelsesforløb for medarbejderne, hvor de undervises i relevante behandlingsmæssige metoder i forhold til gruppen. Derudover udarbejdes en "manual" med beskrivelse af behandlingskoncept for behandlingen af hash- og kokainmisbrugere på baggrund af indsamling af forskningsresultater og erfaringer på området.

## **6.6 U-turn - et tilbud til unge**

Stoffer er blevet mere tilgængelige. De er blevet betydeligt billigere, udbudet er større, og de sociale ritualer/forventninger i forhold til "ikke brug", er svækkede. Alt sammen faktorer, der medvirker til en øget tilgængelighed og et øget forbrug af stoffer blandt de unge.

Det er dog vigtigt, at skelne mellem brug/eksperimentering, som naturligt hører ungdommen til og et misbrug. Det er i ungdomstiden, at kimen til et egentligt stofmisbrug bliver lagt. Den største fare for udvikling af en misbrugskarriere ligger i overgangen fra folkeskolen til uddannelses- og arbejdslivet. Og det er uomtvisteligt, at stofmisbrug specielt rammer de i forvejen udsatte unge. Hash er blevet de marginaliserede unges foretrukne rusmiddel, og andre stoffer kan følge i kølvandet.

Unge med et misbrugsproblem har et kompleks af sociale og personlige problemer. Og hvad der er vigtigt at huske, så betragter den unge sig ikke selv som misbruger. Derfor skal problematikken anskues med en speciel synsvinkel, og de unge kan ikke blot tilbydes behandling på samme måde som i "voksenbehandlingssystemet".

Som følge heraf har Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen oprettet et rådgivnings- og behandlingstilbud "U - Turn", som er åbnet i juni måned 2004. U-turn er et bredt rådgivningstilbud, og et fleksibelt behandlingstilbud med individuel behandling og gruppebehandling. Målgruppen for behandlingen er socialt udsatte unge, samt unge som er i fare for social udstødning grundet et problemgivende stofforbrug. Der tilbydes intensiv dagbehandling for de yngste, aftengruppebehandling for de ældste, individuel samtalebehandling samt turfunktion/afgiftning med

efterfølgende støtte. Målgruppen for rådgivningen er foruden de unge, deres forældre og professionelle, der brug for rådgivning i relation til unge og misbrug.

## **6.7 Helhedsorientering og social integration**

Helhedsorienteringen blev knæsat som en kvalitetsmålsætning for behandlingen i 2001. Det betød konkret, at indsatsen overfor misbruget skulle integreres med en bredspektret indsats, som omfattede beskæftigelsesfremmende initiativer, stabilisering og forbedring af brugernes boligsituation, sundhedsfremme, netværksskabelse alt sammen med det formål at forbedre brugerens livskvalitet og afbøde de sociale og helbredsmæssige skader, som misbruget havde medvirket til og integrere brugeren i samfundet.

Siden 2001 er der kommet et øget fokus på, at misbrugsbehandling ikke skal stå alene, ligesom der er formaliseret en række indgange til beskæftigelsesfremmende initiativer, adgang til bolig og botræning, brugerstyrede netværk og udslusningstilbud. Som en medarbejder fra et Rådgivningscenter udtrykker det i et fokusinterview om social integration:

*"Vi har et knaldgodt system. Når der kommer en bruger, der er arbejdsløs, kan han få hele pakken. Handleplanerne sørger for, at det sociale forløb er gennemtænkt for et år eller halvandet. Det svære er, at dem, der er rigtig dårlige, dem mangler vi nogle bedre tilbud til".*

### ***Den sociale handleplan***

Den sociale handleplan er det redskab, som skal sikre at brugeren inddrages og medvirker aktivt i at sætte målene i en dialog med kontaktpersonen og rådgivningscentret. Derudover skal handleplanen sikre, at indsatsen mellem forskellige samarbejdspartnere koordineres.

Sociale handleplaner har - uanset at det har været et politisk mål, at alle stofmisbrugere skulle have udarbejdet en social handleplan - stødt mod en række barrierer. Op til 2003 havde kun mellem 20 og 25% af brugere, der havde været i behandling mere end 2 måneder, fået udarbejdet en social handleplan. Problemet med de manglende handleplaner kendes fra en række beslægtede sektorer. Barriererne er mangeartede og handler både om administrative procedurer, holdninger hos medarbejdere og brugere og koordination og samarbejde mellem sektorer.

Erfaringer med arbejdet med den sociale handleplan er, at det indebærer et motivationsarbejde i forhold til brugeren, og at de brugere, der har det sværest, har svært ved at indgå i et konstruktivt samarbejde om handleplanen. Brugere, der ser tilbage på deres forløb, har ofte skiftet holdning til handleplansarbejdet undervejs. Når de selv får det bedre, er det lettere at gå ind og lave aftaler om fremtiden og overhovedet lægge planer. Således følges behandlingsarbejdet og handleplansarbejdet ad.

Der har i 2003 været gennemført et kvalitetsudviklingsarbejde på rådgivningscentre og institutioner, som har resulteret i, at der har været en markant stigning i antallet af oprettede handleplaner. Således er der i 2003 oprettet dobbelt så mange handleplaner som i 2002, og i første halvdel af 2004 er der oprettet dobbelt så mange som i første halvdel af 2003. Handleplansarbejdet er kommet i fokus i rådgivningscentrenes arbejde, hvilket er en forudsætning for en koordineret og sammenhængende social indsats, hvor brugeren er inddraget og eksterne samarbejdspartnere indgår.

### **Arbejde, forsørgelse og uddannelse**

Hovedparten af indskrevne i behandling lever af overførselsindkomster. 30% har fået tilkendt førtidspension, 46% modtager kontanthjælp eller revalideringsydelse. Blandt de øvrige er dagpengemodtagere og personer under uddannelse samt personer i ordinære jobs. En optælling blandt brugere i behandling januar 2004 viste, at 11% var selvforsørgende i ordinære jobs. Det gjaldt for 8% af brugere i substitutionsbehandling og for 20% af brugere i stoffri behandling.

Gruppen af stofmisbrugere i behandling har generelt et lavt uddannelsesniveau, og mange har en begrænset erhvervs erfaring. 63% har ingen erhvervsuddannelse, 10% har en faglig uddannelse og 14% har en kortere eller mellemlang videregående uddannelse. Under 1% har en lang videregående uddannelse. I udgangspunktet er hovedparten meget langt fra arbejdsmarkedet.

### **Beskæftigelsesfremmende tiltag**

Blandt kontanthjælpsmodtagerne er der i alt en aktiveringsgrad på 11, svingende fra 8 til 15 mellem rådgivningscentre. Til sammenligning kan nævnes aktiveringsgraden for voksenteamenes brugere, der også typisk er brugere med andre problemer end ledighed. Aktiveringsgraden blandt voksenteamenes brugere i udvalgte bydele svinger mellem 15 i Kongens Enghave og Sundby Syd og 33 i Sundby Nord og 30 i Indre by. Rådgivningscentre ligger på niveau med de voksenteams, der ligger lavest blandt lokalcentre, hvad angår aktiveringsgraden i alt, mens de på revalideringsområdet følger samme niveau som de øvrige voksenteams, bortset fra Indre By, der har en meget høj andel i revalidering.

Der er stor variation mellem centrene indbyrdes. Variationen kan skyldes forskelle i brugergrupperne (alder, ressourcer), geografiske forskelle mellem bydelene, men forskelle i indsatsen vil ofte være udslagsgivende, hvis brugergrupperne ikke afviger væsentligt fra hinanden.

**Tabel 6: Aktiverings- og revalideringsgrad i udvalgte bydele, rådgivningscentre og voksenteams. Maj 2004.**

	Aktiveringsgrad maj 2004	Revalideringsgrad maj 2004
RCA	15	10
RCN	8	4
RCI	15	8
RCV	10	7
Sundby Syd, team f. voksne	15	5
Kongens Enghave, team f. voksne	15	5
Sundby Nord, team f. voksne	33	7
Indre by, Team f. voksne	30	21

På stofmisbrugsområdet er beskæftigelsesindsatsen betinget dels af rådgivningscentrenes indsats, dels af indsatsen i de behandlingsinstitutioner, hvor brugerne modtager deres misbrugsbehandling. Derudover er successten betinget af brugernes motivation, misbrugssituation, alder og ressourcer, baggrund og netværk. Endelig er beskæftigelsessituationen generelt en vigtig faktor. Generelt er der flere blandt de stoffri brugere i beskæftigelse end blandt brugere i substitutionsbehandling, ligesom et generelt fald i arbejdsløsheden hurtigere har effekt på de stoffri brugeres beskæftigelsesfrekvens end på brugerne i substitutionsbehandling.

### **Koordination af behandling og beskæftigelsesfremmede indsats**

Rådgivningscentre har til opgave at koordinere den beskæftigelsesfremmende indsats med den behandlende indsats og til at samarbejde med aktører på beskæftigelsesområdet, være opfølgende over for beskæftigelsestilbuddene og være i kontakt og dialog med dem. Gennem den sociale

handleplan integreres den beskæftigelsesfremmende indsats og den behandlingsmæssige indsats. Dette sker i samarbejde med den enkelte bruger.

#### *Motivationsarbejdet - et led i den behandlingsmæssige indsats*

Behandlingsinstitutionerne har til opgave at motivere brugerne for at tage de skridt, der skal medvirke til at komme ud af misbrug, blive selvhjulpne og blive en aktiv deltager i samfundet uden for misbrugsmiljøet, og heri indgår motivation til at fremme muligheder og afprøve muligheder på arbejdsmarkedet - uanset om det bliver i en eller anden form for støttet beskæftigelse i en længere periode.

#### *Prioritering af den beskæftigelsesfremmede indsats i behandling*

Erfaringen viser, at der hvor beskæftigelse er et prioriteret indsatsområde for rådgivningscentre og behandlingsinstitutionerne, har man de bedste resultater. Her er der oparbejdet dialog og samarbejde med beskæftigelsesområdet, og der er en løbende dialog om at fremme brugernes muligheder for uddannelse og beskæftigelse og afklaring af fremtidig forsørgelse, og der følges op på dette. Der inddrages brugerne i en dialog om, hvordan beskæftigelse kan bidrage til, at brugeren får struktur på og indhold i hverdagen.

#### *Projekt "Arbejdsbasen"*

En anden måde at sætte et øget fokus på et tema er ved at iværksætte en projektaktivitet, som synliggør området, dels over for brugerne, dels overfor de ansatte, dels overfor samarbejdspartnere.

På byambulatoriet Bellahøj (der er et behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsunderstøttet behandling) har man i perioden april 2003 til 2004 haft et projekt "Arbejdsbasen", der var et tilbud til ambulatoriets brugere om at få hjælp til at få afprøvet deres muligheder på arbejdsmarkedet gennem praktikforløb, uddannelse eller aktivering. Projektet skulle støtte tæt op om de enkelte brugere i deres forløb. I løbet af det år projektet forløb, meldte 17 brugere blandt Ambulatoriets ca. 110 brugere sig til projektet. Heraf kom 12 i gang med et forløb, to af brugerne fandt på egen hånd beskæftigelse.

Erfaringerne fra projektet er, at uanset at brugerne tilhører en målgruppe, hvor man erfaringsmæssigt ved, at de har mange odds imod sig i forhold til at opnå selvforsørgelse, opnåede man gennem projektforløbet at motivere en del brugere til at afprøve deres muligheder, og flere profiterede af tilbuddet. Der skulle for de fleste en aktiv og vedholdende støtte til og bruges en del kræfter på kontakten til arbejdspladsen (praktikstedet) eller aktiveringsprojektet, for at brugeren kunne fastholdes og overvinde sociale eller andre vanskeligheder. Noget, der især var vanskeligt for brugerne, var dilemmaet om åbenhed: Skulle de fortælle, at de var i metadonbehandling, hvad skal arbejdsgiveren vide, hvad skal kollegerne vide? Det var svært for brugerne at håndtere.

En anden erfaring var, at den dialog og de samarbejdsrutiner, der tidligere havde været etableret med beskæftigelsesindsatsen, skulle genetableres med nye nøglepersoner, sådan at der igen skulle gøres en indsats for at informere om særlige problemstillinger i forhold til målgruppen.

En tredje erfaring fra projektet var, at projektet øgede behovet for samarbejde og dialog mellem ambulatoriet og rådgivningscentret.

### *Særlig tilrettelagt beskæftigelse*

Københavns Kommune har siden 1999 afprøvet forskellige metoder til at integrere den marginaliserede gruppe af brugere i længerevarende substitutionsbehandling i forskellige former for støttet beskæftigelse og uddannelse/revalideringsforløb. Det er en gruppe, som overvejende er passivt forsørget, socialt isoleret og for hvem, der er mange barrierer, der skal overvindes, hvis de skal have et rigtigt arbejde, hvad mange af dem drømmer om.

Der er siden 1999 etableret i alt 60 pladser indenfor særlig tilrettelagt beskæftigelse, fordelt på tre tilbud, forankret hhv. i Væksthuset, (Spirillen, oprettet i 1999), Rådgivningscenter Vest, (Aktivering Vest i 2001, der blev reetableret som Skiftesporet" i 2004, nu forankret i Revacentret), og behandlingsinstitutionen Netværket (Hotellet, etableret i 2000), som tilbyder afklaring og særlig tilrettelagt beskæftigelse.

### *Alternativer til Strandgården*

I forbindelse med etablering af døgntilbuddet på Strandgården i 2002, hvis målgruppe overvejende var brugere i længerevarende substitutionsbehandling, som ønskede at forandre deres liv, blev der som en del af behandlingen tilbudt aktiviteter, hvor fokus var på læring og personlig udvikling, fremfor på stof og misbrug.

Strandgårdens tilbud indeholdt deltagelse i praktiske arbejdsopgaver og tilegnelse af / genopdagelse af grundlæggende færdigheder og forskellige interesseområder.

Da Strandgården blev nedlagt ved udgangen af 2003, blev der ved reorganisering af et af de tre eksisterende aktiveringstilbud inden for særlig tilrettelagt beskæftigelse taget højde for, at tilbuddet skulle kunne rumme Strandgårdens målgruppe. Det nye tilbud fik navnet "Skiftesporet".

Skiftesporet er et aktiveringstilbud til "stofafhængige i substitutionsbehandling" med 20 pladser. I forbindelse med reorganiseringen blev der nedsat en følgegruppe, hvor Strandgårdens tidligere forstander indgår, bl.a. for at fastholde og anvende erfaringerne fra Strandgårdens aktivitets-, og skole tilbud til målgruppen. Skiftesporet udbydes af Revacentret i København. Kernen i tilbuddet er "udvikling af brugerens personlige plan og arbejde med de mål, som brugeren sætter sig".

Den personlige afklaring foregår i en gruppe, der ledes af en psykolog, men sideløbende hermed tilbydes praktiske aktiviteter i en række værksteder, hvor brugerne får mulighed for at møde brugere med andre problemer end misbrug og brugere med forskellige livserfaringer.

### *Spirillen og Hotellet*

Københavns Kommune har siden 1999 etableret i alt 60 pladser indenfor særlig tilrettelagt beskæftigelse, fordelt på tre tilbud, forankret hhv. i Væksthuset, (Spirillen, oprettet i 1999), Rådgivningscenter Vest, (Aktivering Vest i 2001, der blev reetableret som Skiftesporet" i 2004, nu forankret i Revacentret), og behandlingsinstitutionen Netværket (Hotellet, etableret i 2000), som tilbyder afklaring og særlig tilrettelagt beskæftigelse.

Spirillen er et særligt tilrettelagt aktiveringstilbud med har 20 pladser til personer i substitutionsbehandling, herunder bl.a. Strandgårdens målgruppe.. Det udbydes af revalideringsvirksomheden "Væksthuset". Formålet er :

- at støtte brugerne i en personlig afklaring af ressourcer, ønsker og muligheder for fremtiden, herunder muligheder på arbejdsmarkedet



- at tilbyde brugerne en aktiv hverdag
- at igangsætte processer, der kan udvikle brugernes handleevne og handlemuligheder i relation til et fremtidigt forsørgelsesgrundlag
- at bidrage til at de deltagere, der har det sværest, får struktur på deres liv som udgangspunkt for et stabilt hverdagsliv og en aktiv tilværelse.

Spirillen har en vifte af tilbud, hvor man kan udvikle færdigheder inden for it, kantine, drivhus, gartneri og transportområdet, ligesom de har en række virksomhedskontakter, der tilbyder praktikophold.

Hotellet (som også har 20 pladser til særligt tilrettelagt beskæftigelse) har som målgruppe brugere såvel i stoffri behandling som brugere i substitutionsbehandling, som ønsker en ændring i deres liv.

#### *Succesrate*

Erfaringen fra de eksisterende tilbud er, at i forhold til at fremme adgangen til selvforsørgelse profiterer brugerne mest af, at tilbuddene har et klart arbejdsperspektiv, og at forholdene normaliseres mest muligt i retning af arbejdsmarkedet, uanset at brugernes ressourcer ikke rækker til hele arbejdsdage.

Der er generelt en lav "succesrate" i disse tilbud, når succesen vurderes på hvor mange, der bliver selvforsørgende eller er på vej dertil, f.eks. gennem revalideringsforløb. Mellem 10 og 15% af de forløb, der iværksættes i løbet af et år, afsluttes i det efterfølgende år med selvforsørgelse eller revalidering.

Erfaringen fra den særligt tilrettelagte beskæftigelse er, at der er tale om langvarige processer med de enkelte brugere, og at brugerne har meget forskellige udgangspunkter for at deltage i projekterne og profiterer forskelligt heraf.

#### *Differentierede behov*

Der er behov for et mere differentieret udbud af aktivitets- og beskæftigelsestilbud til denne gruppe borgere, f.eks. efterspørges beskyttede arbejdspladser til stofmisbrugerne.

Der er behov for tilbud til de brugere, der ikke har muligheder for at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Det er typisk brugere, der pga. en aparte adfærd, udseende mm. samt en stor angst for at begå sig i almindelige sammenhænge, ikke har noget alternativ i hverdagen til fjernsynet, kaffestuen i institutionen eller gadehjørnet eller bænken. For denne gruppe har der fra institutionernes side været efterspurgt tilbud, der kunne tilpasses brugernes særlige situation og ressourcer.

#### ***Hjemløshed***

##### *Med stigende alder falder hjemløsheden*

Hovedparten af indskrevne brugere i behandling (72%) oplyser, at de har egen bolig. Sammenlignet med landet som helhed, hvor kun 50% af stofmisbrugere i behandling har egen bolig, er dette højt. Den højere andel i København med egen bolig skyldes formentlig, at der er flere ældre blandt de københavnske stofafhængige. Med stigende alder falder "hjemløsheden".

### *Ustabil boligsituation som en del af stofmisbrugertilværelsen*

En stor del, 18%, bor periodevis under midlertidige forhold, på lejet værelse, ophold hos familier og venner. Mange stofafhængige, der har egen bolig, kan have svært ved at bo i den og falde ind i det almindelige boligmiljø og opretholde boligen. Stofmisbrugerens hverdag er ofte styret af her- og nu prioriteringer, hvor det at fastholde boligen kommer i anden række. Det er en pædagogisk opgave at støtte brugerne i at opretholde en bolig og få en hverdag til fungere og at indgå i et samliv med mennesker uden for misbrugsmiljøet, hvad der er et ofte udtalt ønske for mange stofmisbrugere.

### *Overgang til et nyt liv - ny bolig*

Ved overgangen fra et liv domineret af stoffer og kontakt til stofmisbrugsmiljøet til en "clean tilværelse" kan det være svært at blive i den gamle bolig, ligesom det kan være svært at starte et nyt liv i en anden bolig - og finde en. Mange opgiver deres bolig, når de går i stoffri behandling, og rehabilitering vil også oftest omfatte støtte til at etablere en ny bolig, og ikke mindst etablering af nyt netværk omkring boligen.

### *Boligindsatsen - varieret grad af støtte*

Behandlingssystemet har i stigende grad fokuseret på brugernes boligsituation som en integreret del af den helhedsorienterede indsats. Der er i samarbejde med den boligsociale indsats og hjemløseområdet skabt en række tilbud til stofafhængige i behandling igennem de seneste år, som har medvirket til at reducere hjemløsheden blandt de stofafhængige. Tilbuddene retter sig mod forskellige målgrupper, der er kendetegnet ved forskellige grader af selvhjulpethed. Der er tale om udslusningsboliger (halvvejshuse) til brugere i stoffri behandling, Plejekollektiv til terminale klienter, bofællesskaber med særlig støtte, botræningstilbud, særboliger i den almindelige boligmasse. Dertil kommer, at en del af de stofafhængige i behandling får et botilbud i de almennyttige boliger efter boligsociale kriterier.

### *Særboliger- positive erfaringer*

Det er generelt vanskeligt at opnå accept blandt beboere og erhvervsdrivende om at modtage stofafhængige som naboer - uanset om der er tale om institutioner, botilbud med eller uden døgndækning eller enkeltstående lejeboliger.

Imidlertid er der også en række positive erfaringer, hvor der har været etableret samarbejde med afdelingsbestyrelsen og viceværterne om at få integrationen til at fungere. Der er således flere afdelinger i det almennyttige byggeri, som Københavns Kommune har indgået aftaler med om at tilbyde særboliger i et begrænset omfang til de stofafhængige, hvor der er tilknyttet et pædagogisk tilsyn.

### *Stofmisbrugere på gaden*

Samtidig med at flere har egen bolig i København blandt de stofafhængige i behandling, er der en større gruppe hjemløse blandt de københavnske stofafhængige (10% i København mod 5% på landsplan). Dette kan tilskrives storbyeffekten. Imidlertid rummer den hjemløse gruppe mange, der har brug for et særligt botilbud med støtte, da hjemløsheden oftest skyldes både psykiske, sociale og helbredsmæssige problemer.

Det er samtidig en gruppe, der uanset svære helbredsmæssige og sociale problemer, både mangler en bolig, samtidig med at de ikke får den relevante behandling i det etablerede sundhedssystem.

### ***Sundhedsprojekt og Kontaktstedet***

Københavns Kommune har gennem de seneste tre år med indsatserne "Sundhedsprojektet" og "Kontaktstedet" opsøgt hjemløse misbrugere, der ikke formår at benytte de hjælpetilbud, der allerede findes. Målet med den opsøgende indsats har været, dels at kortlægge gruppens sociale, misbrugsmæssige og helbredsmæssige tilstand, dels at medvirke til, at brugerne anvender de eksisterende hjælpetilbud.

I løbet af perioden 1. august 2001 til 1. januar 2004 blev der indskrevet 542 brugere. Det har været bemærkelsesværdigt at kun 35% (192 brugere) af brugerne har haft deres sidste adresse i København Kommune. 50% har haft deres sidste adresse et andet sted i Danmark og 15% er udlændinge. Der er med andre ord tale om at 2/3 af brugerne som udgangspunkt er blevet hjulpet med at komme tilbage til tilbud i hjemkommune eller hjemland. Det vurderes, at der er etableret et behandlingstilbud til flertallet af de københavnske brugere, der er stofafhængige og som opholder sig på gaden før eller i løbet af projektperioden. Der er truffet beslutning om at videreføre den opsøgende sundhedsindsats efter projektets afslutning.

### ***Kriminalitet***

Blandt tidligere behandlede har 70 % tidligere en afsonet fængselsdom, for nye i behandling gælder dette for 50%.

Det drejer sig om såvel stofrelateret kriminalitet som berigelseskriminalitet, såsom tyverier. Generelt er der sjældent tale om alvorlig kriminalitet, såsom vold eller drab (Kramp et al. 2003). Uanset dette opholder mange stofmisbrugere sig længere perioder af deres liv i arrester og fængsler og som klienter i Kriminalforsorgen. Der er aftaler mellem Københavns Kommune og Kriminalforsorgen om at sikre kontinuitet i substitutionsbehandlingen, når brugerne fængsles, som fungerer godt. Der er derudover iværksat en række initiativer i Kriminalforsorgens regi, der skal motivere de indsatte for behandling. Derudover er det besluttet, at der skal udarbejdes fælles sociale handleplaner for kriminalforsorgens indsatte, som sikrer koordinering af motivations- og behandlingsindsatsen i og udenfor fængslerne.

### ***Behandling som alternativ til straf***

Behandlings/motivationsindsatsen i fængslerne og anvendelse af behandling som alternativ til afsoning har bidraget til at begrænse at stofmisbrugerne begår ny kriminalitet. Især har muligheden for at tilbyde behandling i stedet for straf (§78 stk. 2 i straffuldbydelsesloven) været anvendt i stigende grad og med et positivt resultat (Hagemann et al., 2001). Tilsvarende kan man anvende "normaliseringsmuligheden" i straffuldbydelsen ved også at idømme stofmisbrugerne samfundstjeneste i stedet for afsoning, når der er mulighed for det. Dette peger på behovet for et mere intensivt samarbejde mellem rådgivningscentre og kriminalforsorgen.

### ***Kris Danmark***

Der er iværksat forskellige indsatser i kriminalforsorgens regi med henblik på at motivere stofmisbrugere, der er indsatte, til behandling og bearbejdning af kriminelt adfærdsmønster og tankegang. Københavns Kommune samarbejder med Kris Danmark om et program, der omfatter motivation til stoffri behandling, program for ændring af kriminelt tankegang, behandling, og udslusning i halvvejshuse med henblik på permanent bolig og uddannelse og beskæftigelse.

## 6.8 Den sundhedsfaglige indsats

### *Psykisk sygdom/dobbelt-diagnoser*

En stor andel af stofmisbrugerne har psykiske vanskeligheder. Blandt stofmisbrugere, der havde søgt behandling for deres stofmisbrug fra 1996-2000 havde således 28% været i behandling på et psykiatriske hospital med en psykiatrisk diagnose. "*Særligt høj var forekomsten af skizofreni, depression og angstlidelser, sammenlignet med hvor ofte disse lidelser diagnosticeres i befolkningen som helhed*" (Narkotikasituationen i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2003).

### *Behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere*

En stor og stigende del (ca. 50 %) af de psykiatriske patienter har et misbrug af alkohol, hash, heroin og andre rusmidler. Og en meget stor del (ca. 70 %) af de patienter der behandles i behandlingssystemet for stofafhængige har en psykisk sygdom; personlighedsforstyrrelser, depressioner, angsttilstande og psykoser. Det forhold, at misbrug og psykisk lidelse ofte optræder sammen, burde resultere i, at der var et tæt samarbejde mellem psykiatrien og misbrugssystemet. Dette er imidlertid ikke tilfældet, idet samarbejdet generelt må betragtes som sporadisk og ad hoc-præget, specielt i forhold til gruppen af psykotiske med et heroinmisbrug. De har behov for en dobbelt indsats, men får mindre end den halve og ofte slet ingen. De afvises af psykiatrien pga. deres misbrug og misbrugssystemet pga. deres psykose. Deres patient- og klientrettigheder er svækkede, og derfor fylder de i fængslerne, i kriminalitets- og i dødsstatistikken. Da de ikke tilbydes relevant behandling, er de oftest så dårlige, at heller ikke socialpsykiatrien (botilbud, mv.) kan rumme dem.

Denne patientgruppe kan hjælpes med et godt resultat. Det forudsætter, at behandlingen af misbruget og af den psykiske lidelse integreres i det samme team. Regeringen har fastslået, at psykiatrien har det primære ansvar for behandlingen af disse mennesker. Dette betyder, at psykiatrien skal kunne tilbyde substitutionsbehandling (metadonbehandling), som i de fleste tilfælde er en forudsætning for, at disse patienter kan fastholdes i behandling og gennemføre den nødvendige antipsykotiske behandling.

### *Psykotiske stofmisbrugere i behandlingssystemet for stofmisbrugere*

Antallet af psykotiske stofmisbrugere indskrevet i det københavnske behandlingssystem blev for nogle år siden opgjort til 90. Tallet antages ikke at have ændret sig væsentligt siden.

Det har været det principielle udgangspunkt for det københavnske behandlingssystem, at man ikke ønsker disse patienter indskrevet, fordi man ikke er i stand til at tilbyde dem en sufficient behandling. Når der alligevel har været indskrevet så relativt mange (ca. 5 % af samtlige indskrevne) psykotiske stofmisbrugere, skyldes det, at nogle trods alt kommer ind i systemet, og er de først inde er de svære at visitere videre til psykiatrien. Der er ikke de store problemer med at få dem indlagt i mere akutte faser, men det løser ikke problemerne på længere sigt, og disse patienter bliver ofte udskrevet (for) hurtigt.

Mange af de psykotiske brugere behandles udelukkende af lægerne på behandlingsinstitutionerne, dvs. de varetager både den antipsykotiske behandling og substitutionsbehandlingen. En del patienter behandles også i et samarbejde med den praktiserende læge, hvor denne varetager den antipsykotiske behandling. I nogle af disse tilfælde administreres medicinindtagelsen af behandlingsinstitutionen.

Samarbejdet med hospitalspsykiatrien opleves som godt, det er som nævnt relativt nemt at få patienter indlagt, men de udskrives hurtigt igen.

Samarbejdet med Specialambulatoriet for Psykisk Syge Stofmisbrugere under H:S er godt, og man får meget støtte derfra, både når det gælder vurdering af patienter og rådgivning om behandling. Men det er beklageligt, at Specialambulatoriet pga. manglende kapacitet ikke har mulighed for at modtage de patienter, der har behov for dette behandlingstilbud.

Imidlertid er der en række problemstillinger vedrørende samarbejdet mellem distriktspsykiatrien og behandlingssystemet, som mangler at blive afklaret. Der er derfor nedsat en arbejdsgruppe mellem H:S og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, som skal afklare disse og sikre, at alle brugere med misbrug og alvorlige psykiske lidelser får et relevant behandlingstilbud.

#### *Misbrug på de socialpsykiatriske bocentre*

Et særligt problem udgør de mange psykisk syge med et misbrug på de socialpsykiatriske bocentre. Blandt de brugere, der visiteres til bocentrene, skønnes det på baggrund af en undersøgelse som Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen foretog ultimo 2002, at ca. 50 % af brugerne i tillæg til deres psykiske lidelse har et aktuelt eller tidligere misbrug.

Mere relevant er en opgørelse fra bocentrene december 2003, som viste, at i alt 257 af 820 beboere havde et aktuelt misbrug svarende til ca. 30 %. Der var overvejende tale om et blandingsmisbrug med alkohol og hash som de dominerende indslag. Kun 12 svarende til 1,5 % af beboerne havde et opioidmisbrug. Misbruget er især et problem for bocentrene i de tilfælde, hvor misbruget hos en bruger er kombineret med svære udadreagerende personlighedsforstyrrelser.

Der er udarbejdet en politik for hvordan bocentrene skal håndtere beboernes misbrug. Denne politik indeholder følgende:

- Der skal etableres en misbrugsfri afdeling på bocentret Sundbygård, evt. to, hvis der er behov for det
- Der skal udarbejdes en plan for et misbrugsfrit botilbud på alle bosteder, hvor der er behov for det .
- Der skal udarbejdes en misbrugspolitik for hvert enkelt bocenter.
- Der skal igangsættes en række nærmere angivne initiativer som led i en henholdsvis kortsigtet og langsigtet handleplan mod misbrug på de socialpsykiatriske bocentre.

#### ***Sygelighed og sundhed blandt stofmisbrugerne***

Stofmisbrugere har en stor sygelighed. Sygdom, og ikke forgiftninger, er nu den hyppigste dødsårsag blandt stofmisbrugere. Det drejer sig både om akutte og kroniske sygdomme, men især de sidste. Forudsætningerne for, og adgangen til, både det primære og sekundære sundhedsvæsen er begrænset. Det sundhedsfaglige personale tilknyttet behandlingssystemet har derfor i tiltagende omfang fået en vigtig funktion i forebyggelsen og behandlingen af en række sygdomme, og som brobyggere til sundhedsvæsenet.

### *Infektionssygdomme*

Det drejer sig specielt om de blodbårne infektioner som spredes seksuelt og ved deling af sprøjter, kanyler og de øvrige remedier stofmisbrugerne bruger i forbindelse med tilberedningen og den intravenøse indtagelsen af stoffer.

Det er lykkedes at begrænse hiv-smitten blandt stofmisbrugere. Kun 5 – 10 % af de intravenøse stofmisbrugere er smittede, og forekomsten af nysmittede er meget beskedent. Leverbetændelse, og specielt hepatitis C, er dog fortsat et meget stort problem. Ca. 60 % af stofmisbrugerne har været smittede med hepatitis B, og nogle få % af dem udvikler en kronisk infektion. Værre er det med hepatitis C. 80 – 90 % er smittede, de fleste udvikler en kronisk infektion med risiko for udvikling af skrumpelever og leverkræft. Begge hepatitisformer smitter på samme måde som hiv, men de er væsentligt mere smitsomme, og smittetrykket er større, hvilket formentlig er forklaringen på den begrænsede succes som de smitteforebyggende foranstaltninger har haft.

Vaccination mod hepatitis B er gratis, og stadig flere stofmisbrugere bliver vaccinerede. Dækningsgraden fra institution til institution er dog meget varierende fra nogle få % til > 50 %, og der er behov for en kvalitetsudvikling på dette område. Der kan ikke vaccineres mod den alvorligere hepatitis C infektion. Den meget høje andel smittede er et generelt problem i hele landet (og i resten af verden for den sags skyld). Regeringen har i sin handlingsplan mod narkotikamisbrug udmeldt at den vil prioritere initiativer til begrænsning af hepatitis C smitten blandt stofmisbrugere.

Behandlingen af de somatiske lidelser og brobygningen til specielt H:S er koncentreret til Forchhammersvej og sygeplejeklinikkerne på hjemløseinstitutionerne. Behandlingen er blevet væsentligt forbedret de senere år, og selv en kompliceret infektionssygdom som hiv behandles succesfuldt i et tværfagligt og –sektorielt samarbejde. Samarbejdet med specielt de infektionsmedicinske afdelinger og den venerologiske afdeling på Bispebjerg Hospital har udviklet sig i en meget positiv retning.

### *Sundhedsprojekt og Kontaktsted*

I Sundhedsprojektet og Kontaktstedet er der blevet gennemført helbredsundersøgelser 22% af de indskrevne brugere. Resultaterne viser at hjemløse misbrugere generelt har en dårlig almen tilstand som følge af langvarigt misbrug, stresstilstande og fejllernæring. 69,6% har problemer med søvn, 64% mener ikke de nok at spise og 71,7% oplever de har problemer af psykisk karakter.

Særligt tegner der sig et billede af multipelt misbrug samt psykiske og fysiske skader som følge af dette misbrug. Derudover er 82% af de undersøgte morfikamisbrugere smittet med Hepatitis C og 35% er smittet med hepatitis B. 44% har leversygdomme og 31% har nerveskader. Derudover har 26% fobiske angsttilstande og 21% har paranoide tilstand.

Målgruppens problemkompleksitet og psykopatologi gør det svært for den at anvende de eksisterende hjælpetilbud. Ofte opstår der i løbet af kort tid konflikter, som medfører udelukkelse fra behandlingstiltag. Yderligere er det et problem, at de eksisterende tilbud er specialiserede i forhold til enkeltproblemer og ikke kan rumme hele den problemkompleksitet, brugerne her stiller med. Specielt mennesker med psykiske lidelser og misbrug falder igennem behandlingssystemet og bliver således udsat for væsentlig omsorgssvigt.

## **7. KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERNE I BEHANDLINGSSYSTEMET**

Kompetenceudvikling af medarbejdere varetages af institutionerne, og institutionerne lægger generelt vægt på en løbende udvikling af medarbejdernes kompetencer. Der satses på den samlede udvikling af kompetencerne i institutionen gennem afholdelse af fælles kurser og temadage, ligesom der gives mulighed for løbende udvikling af enkeltpersoners kompetencer gennem efter- og videreuddannelser.

Stofmisbrugernes mange og komplekse problemer og konstante nye udfordringer stiller store krav til det samlede kompetence-sæt i behandlingssystemet, ligesom der stilles store krav til den enkelte medarbejders kompetencer.

I behandlingssystemet er der en bred repræsentation af forskellige faggrupper og deraf kompetencer; pædagoger, sygeplejesker, socialrådgivere, læger m.v. I forhold til den store andel af brugere, der lider af en psykisk sygdom, er antallet af psykologisk og psykiatrisk ekspertise bemærkelsesværdig lav. Dette kan blandt andet ses som et udtryk for at det har været svært at rekruttere ekspertise fra det psykologiske/psykiatriske felt.

Medarbejderne skal kunne håndtere brugernes problemer af somatisk og psykisk karakter, sociale og beskæftigelsesproblemer, kriminalitetsproblemer og problemer omkring manglende netværk. Koordination er således en central kompetence i forhold til stofmisbrugerne. Medarbejdere skal kunne koordinere indsatsen ikke blot internt i behandlingssystemet, men skal kunne håndtere kontakten til allehånde samarbejdspartner efter case management-princippet.

På den behandlingsmæssige front skal medarbejderne kunne varetage medicinsk behandling af brugerne, omsorgsbehandling og psykosocial rådgivning. I forhold til den medicinske behandling og til dels i forhold til omsorgsbehandlingen skal medarbejderne blandt andet være hjemme i de retningslinier der gælder på området og i forhold til den psykosociale rådgivning skal medarbejderne mestre en eller flere evidensbaserede metoder.

Behandlingsinstitutionerne lider under et stort personaleflow. Institutionerne har med enkelte undtagelser haft en personaleomsætning på mellem 20 og 30 % målt i hhv. 2002 og 2003. Ud over at det tapper institutionerne for kompetencer, så kræver det tid og ressourcer hver gang der skal ansættes en ny medarbejder, og særligt hvis det er en medarbejder der ikke har et forudgående kendskab til området. Behandlingsinstitutionernes ledere har blandt andet peget på, at det kan skyldes den ”rå” kultur blandt klienterne, der smitter af på institutionerne. En anden forklaring er at medarbejderne har for høje ambitioner på brugernes vegne, og med tiden bliver desillusioneret og endelig kan en tredje forklaring være, at medarbejderne ikke har de nødvendige redskaber og kompetencer.

## 8. UDFORDRINGER

### 8.1 Den forebyggende indsats

#### *Forebyggelse af en misbrug blandt unge*

##### *Folkesundhedsplanen*

Der er i 2002 vedtaget en handleplan "Folkesundheden i København 2002-2005 - Handleplan for unge - fokus på tobak, alkohol og stoffer". Sundhedsforvaltningen, der har ansvaret for at koordinere og udmønte den forebyggende indsats, har som et led i denne handleplan iværksat en række programmer, der grupperer sig på følgende måde:

1. Elever i folkeskolen
2. Unge på ungdomsuddannelserne
3. Forældre
4. Nøglepersoner - netværksopbygning omkring unge med risikoadfærd
  - generelt
  - i ungdomsklubber
  - i festmiljøer
5. Unge med misbrugsproblemer.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Uddannelses- og Ungdomsforvaltningen og Sundhedsforvaltningen har i fællesskab besluttet at sikre et samlet overblik og en hensigtsmæssig koordinering vedr. sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, hvilket er helt centralt for den sammenhængende indsats overfor de unge. Der er således mulighed for at kunne udnytte hver forvaltnings ekspertise og skabe naturlige forbindelsesled imellem dem. Det sker med udgangspunkt i de tre forvaltningers særlige fokus og indfaldsvinkel i forhold til unges brug af rusmidler:

- Sundhedsforvaltningen tager udgangspunkt i en folkesundhedstankegang, den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
- Uddannelses- og Ungdomsforvaltningen tager udgangspunkt i børn og unges trivsel i en sundhedsfremmende tankegang omkring læring og fritid.
- Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen tager udgangspunkt i et integrerende socialt arbejde, som omfatter både rådgivning og behandling.

Målsætningen for dette arbejde er bl.a. at:

- styrke unges viden samt personlige og sociale kompetencer til at vælge det gode liv, der omfatter sundhed og positiv livskvalitet.
- mindske antallet af unge, der eksperimenterer med hash og andre illegale stoffer.
- give mulighed for rådgivning, støtte og behandling til unge i forbindelse med misbrug.

I forhold til program 1. "Elever i folkeskolen", har der siden 1998 kørt et program: "Du bestemmer" i et samarbejde mellem Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Uddannelses- og Ungdomsforvaltningen og Sundhedsforvaltningen (Henriksen et. Al, 2004).

I forhold til program 3. "Forældre" er der etableret et program: Forældreinformation: "En teenager i familien", som afholdes fortrinsvis af medarbejdere indenfor rammen af SSP organisationen.



### *SSP*

SSP-netværket har et instruktørkorps på 40, der har gennemgået et kursus i forældreinformation. Der gennemføres forældremøder i aftentimerne med 6, 7-klasserne, (alle 7.klasser får tilbuddet) hvor der formidles viden til forældrene om problematiske steder i bydelen, og der spørges til hvad der bekymrer forældrene.

### *U-turn - en bro mellem forebyggelse og behandling*

Som beskrevet i kapitel 5, side 34, er der i 2004 åbnet et særligt rådgivnings- og behandlingstilbud til unge stof(mis)brugere (U-turn), hvor motivation til behandling og rådgivning af unge og deres pårørende er i centrum. U-turn er søgt tilpasset til de unge, så de får lyst til at opsøge stedet. Blandt tilbuddene er aftenforløb til de lidt ældre unge, dagbehandlingsforløb til de yngre, afgiftning af de tunge misbrugere samt telefonlinie og åben rådgivning.

Som en vigtig del af forebyggelsesarbejdet i København kan alle unge nu henvises til U-turn for rådgivning og eventuel behandling. Ligeledes kan forældre og andre pårørende til de unge søge rådgivning i forhold til en stofproblematik. Endvidere skal rådgivningen have særligt fokus på at støtte alle professionelle medarbejdere, som ønsker dette omkring konkrete unge eller i forhold til bredere problemstillinger i relation til unge og misbrug.

### *Udslusningssamtaler*

Sundhedsplejerskerne har etableret et særligt forebyggelsesprogram: "Udslusningssamtaler", som også omfatter stofproblematikker.

Sundhedsplejerskerne, der er tilknyttet lokalforvaltningerne, kommer i familierne og er på skolerne. Sundhedsplejerskerne spiller en central rolle i den tidlige indsats overfor truede børn og unge. Det er en medarbejdergruppe, som de unge ikke har barrierer overfor.

### ***Direkte intervention***

Det stigende ukritiske og eksperimenterende brug af narkotika blandt unge udgør især en risiko for unge, der er socialt dårligt stillede. Der er behov for en forstærket forebyggende indsats for at forhindre en gentagelse af 1960'ernes ungdomsnarkomani.

Det gælder ikke mindst i forhold til de ca. 3-500 unge, der skønnes at have et truende forbrug af stoffer. For disse unge er det først og fremmest nødvendigt med forebyggende indsatser, således at de unge aldrig udvikler et egentlig misbrug, og får behov for behandlingssystemets tilbud.

Det har vist sig, at brede oplysningskampagner rettet mod unges brug af stoffer kan have en utilsigtet reklameeffekt for brug af stoffer ved at fremhæve og dramatisere en bestemt livsstil. Kampagner har ikke den tilsigtede virkning over for unge i risiko.

Derimod har det vist sig at direkte interventioner overfor unge i risiko, enten individuelt eller i grupper, hvor der sættes på motiverende samtaler eller rådgivning, hvor den unge selv sætter fokus, er langt mere effektive.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Unge, der udvikler et vanemæssigt forbrug af stoffer og som er i risiko for at begå kriminalitet, udvikle andre sociale eller psykiske skader, relateret til stofbrug skal tidligt i forløbet motiveres til at ændre den risikofyldte adfærd. Dette skal ske ved at den forebyggende og behandlende indsats koordineres ,og at der er garanti for behandling.
<b>Kvalitetsmål</b>	Alle unge mellem 15 og 17 år, der søger behandling, skal have et behandlingstilbud inden for 14 dage

### *Handleplan*

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen har oplevet et stigende behov for rådgivning og behandling af unge med misbrugsproblemer. Det skal derfor sikres, at den individuelle og konkrete intervention styrkes - og fokuseres. Dette indebærer, at den *forebyggende og behandlende indsats koordineres*.

- U-turn (Københavns Kommunes tilbud til unge med misbrug) samarbejder med folkesundhedsprogrammets forebyggende intervention overfor risikogrupper, SSP, Ungerådgivninger, og behandlingssystemets øvrige tilbud med fokus på bevidstgørelse og holdningsbearbejdelse blandt unge.
- For at øge kendskabet til behandling i fremmedsproglige miljøer udarbejdes en informationsstrategi, der skal synliggøre og lette adgangen til behandling i Københavns Kommune for unge - herunder unge med anden etnisk baggrund.
- Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen skal tage initiativ til i samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen at udvikle en model for systematiske forebyggende/motiverende samtaler med unge i familie/skoleregion.
- Der skal udarbejdes en model for en koordineret forebyggende indsats over for socialt udsatte familier med psykiske lidelser eller misbrug

Den forstærkede forebyggende indsats vil medføre øget opmærksomhed på unge med misbrug af rusmidler. Det må derfor forventes, at unge med misbrugsproblemer i højere grad vil søge råd, vejledning og behandling.

## **8.2 Efterspørgsel efter behandling blandt voksne misbrugere**

Behandlingssystemet for stofafhængige har pligt til at tilbyde behandling til alle stofmisbrugere, der ønsker det.

Det vil i de kommende år være en stor udfordring for Københavns kommunes behandlingssystem at få udbuddet af behandling til at følge efterspørgslen. Som det fremgår af kapitel 4 forventes en fortsat stigning i efterspørgslen efter behandling. Der er dels tale om en øget tilgang af brugere med hash og kokain som hovedstof, dels en stabilisering i efterspørgslen efter behandlingsydelse fra brugere i længerevarende substitutionsbehandling.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Behandlingssystemet skal tilbyde behandling, der modsvarer de forskellige brugergrupperes behov, hvilket sikres gennem et varieret og tilstrækkeligt udbygget behandlingssystem (kvalitativt og kvantitativt), og gennem brobygning til tilgrænsende tilbud.
----------------------------	--

Med mindre der tilføres ressourcer til flere behandlingspladser vil den forventede stigende efterspørgsel ikke kunne imødekommes, samtidig med at serviceniveauet opretholdes, såfremt behandlingsgarantien skal opfyldes. Der vil kunne imødeses et ringere serviceniveau sammenlignet med det hidtidige niveau, såfremt tilgangen øges gennem merindskrivning i behandlingssystemet. Dette vil ske uanset, at der samtidig vil være behov for at omlægge nogle af de eksisterende tilbud for at imødekomme ændrede behov hos en del af borgerne.

Behandlingsbehovene for gruppen af opiatafhængige ventes at ændre sig i de kommende år i takt med at gruppen bliver ældre. Der vil blive en øget efterspørgsel efter pleje- og omsorgsydelser og tilbud, der kan afhjælpe ensomhedsproblemer, mens behovet for en terapeutisk og pædagogisk indsats, der skal begrænse misbruget vil blive mindre i denne gruppe i takt med aldringen.

### *Handleplan*

#### *Trinbehandling*

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil arbejde for at misbrugsbehandling udvikles efter princippet om "trinbehandling".

Trin 1 (den indledende/ motiverende/ evt. korte intervention/ behandling forventes at skulle varetages af rådgivningscentrene.

Trin 2. Ambulante tilbud i form af længerevarende strukturerede samtaleforløb af psykologisk/terapeutisk karakter (specialinstitutioner)

Trin 3. Strukturerede dagsprogrammer eller strukturerede programmer i døgnregi (specialinstitutioner).

#### *Længerevarende substitutionsbehandling*

Antallet af opiatmisbrugere forventes at være stabilt fremover. Dog vil der være en lille tilgang af nye brugere, ligesom der kan være behov for behandlingspladser til en mindre del af de brugere, der i dag er i behandling hos egen læge.

Den store udfordring i forhold til opiatmisbrugere vil være det øgede hjælpe- og plejebæhov hos de ældre opiatmisbrugere. Dette vil være afledt af somatiske problemstillinger, psykiske lidelser samt ensomhedsproblematikker. Det er således ikke en udvidelse af misbrugsbehandlingen, der er behov for, men en udvidelse af støtten, plejen og omsorgen i relation til brugerens hverdag.

#### *Brobygning*

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil i samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen sørge for, at der er klare procedurer og retningslinier for rekvirering af hjælp og pleje i hjemmet til gruppen af stofmisbrugere.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil i samarbejde med Sundhedsforvaltningen udarbejde procedurer og retningslinier for visitation af ældre stofmisbrugere til almindelige plejehjem.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil med henblik på at understøtte samarbejdspartners arbejde med stofmisbrugerne tilbyde vejledning og rådgivning af samarbejdspartnere om stofmisbrug og behandlingen heraf.

#### *Støtte-kontaktpersoner*

Hidtil har der været gode erfaringer med støtte-kontaktpersoner til gruppen af psykisk syge. I 2004/2005 forventes Folketinget tage stilling til, hvorvidt tilbudet om støtte-kontaktpersoner til psykisk syge, skal udvides til andre grupper, herunder stofafhængige.

De ældre opiatmisbrugere vurderes at kunne profitere af en støtte-kontaktperson. En støtte-kontaktperson vil dels kunne hjælpe brugeren omkring ensomhed og isolation, dels i forhold til løsning af nogle af de konkrete problemer, som brugeren bakser med – af personlig såvel som mere praktisk karakter.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil i regi af rådgivningscentrene afdække behovet for støtte-kontaktpersoner og undersøge mulighederne for at etablere et korps af støtte-kontaktpersoner, særligt til støtte af de ældre opiatafhængige hos egen læge, lægeklinikker og i ambulatoriernes eksterne ordninger.

#### *Væresteder*

Ensomhed er udbredt blandt stofmisbrugere, og de har ligesom alle andre behov for steder hvor man kan møde andre mennesker og få lidt mere indhold i hverdagen. I de fire byambulatorier er der i dag værestedsfunktioner. Derudover er der ikke inden for det kommunale system væresteder til stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil undersøge mulighederne for at etablere 4 bydækkende væresteder, gerne i regi af frivillige organisationer samt undersøge hvorvidt behovet for værestedsfunktioner reduceres i de fire byambulatorier, der dermed vil kunne udvide de udgående funktioner i forhold til at støtte brugerne i hjemmet.

Derudover vil Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen følge efterspørgslen efter behandling og udarbejde en årlig redegørelse over behandlingsbehov og serviceniveauet til brug for familie- og Arbejdsmarkedudvalgets budgetlægning og for revision af kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandling.

### **8.3 Kvalitetsudvikling af behandlingen**

#### ***Opfølgning på "kvalitetsudviklingsprojektet" i det ambulante behandlingssystem***

Kvalitetsudviklingsprojektets største udfordring er at udvikle gode og differentierede tilbud på det ambulante område for brugere i længerevarende substitutionsbehandling, som kan bidrage til en "afinstitutionisering" og normalisering af brugernes tilværelse.

For at modvirke "institutionaliseringen" af brugerens tilværelse og begrænse tilvænning til klientrollen skal behandlingen fokusere på at støtte brugerne i en personlig og social udvikling, som gør, at de bliver så selvhjulpne som muligt, at de kan bo i egen bolig, at de kan deltage i det øvrige

samfund med de ressourcer, de har, at de kan indtage deres medicin efter forskrift og efterspørge relevant hjælp, når der er behov for det.

Kvalitetsudviklingsprojektet har udviklet ambulante tilbud, der varierer i forhold til kontrol og social intervention. Visitationskompetencen til ambulante tilbud er udvidet, således at det understøtter behandlingsskift mellem de ambulante tilbud. Der er fjernet en række barrierer for behandlingsskift (egenbetaling af medicin) på det ambulante område. Dertil kommer et øget fokus på sociale handleplaner og opfølgningen heraf som et integreret led i behandlingsarbejdet.

Rådgivningscentre og byambulatorierne (og det indbyrdes samarbejde mellem disse behandlingstilbud) skal fremover sikre implementeringen og forankringen af kvalitetsudviklingsprojektet i sektorplanens periode.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Rådgivningscentre skal sikre brugeren en helhedsorienteret indsats i overensstemmelse med principperne i den brugerrettede forvaltning.
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brugere i substitutionsbehandling, der er indskrevet i rådgivningscentre med henblik på social integration skal inden 3 år efter indskrivning på rådgivningscentret delegeres til egen læge/ lægeklinik eller sikres anden behandling.</li> <li>• Brugere i stoffri behandling udskrives efter en konkret vurdering inden 3 år efter indskrivning i rådgivningscentret</li> </ul>

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	<p>Formålet med ambulatoriernes interne ordninger er at gøre brugerne mest muligt selvhjulpne gennem psyko-social rådgivning, medicinsk og sundhedsfaglig behandling.</p> <p>Formålet med ambulatoriernes eksterne ordninger er at slå bro mellem institutions- og hverdagslivet gennem.</p>
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindst 20% af brugerne i ambulatoriets interne ordning skal hvert år have opnået så højt et funktionsniveau (social, sundhedsmæssig og medicinsk stabilitet) at de kan visiteres til ambulatoriets eksterne ordning, egen læge/ lægeklinik eller anden behandling.</li> <li>• Brugere visiteret til ambulatoriernes eksterne ordning skal inden for 2 år efter indskrivning være visiteret enten til egen læge/ lægeklinik, til ambulatoriets interne ordning eller anden behandling eller være udtrappet til stoffrihed.</li> </ul>

### *Handleplan*

Kvalitetsudviklingsprojektets styregruppe fortsætter implementeringen af kvalitetsudviklingen og forankringen i sektorplanens periode.

Der udarbejdes årlige evalueringer af mål i sektorplanens periode. Evalueringerne forelægges Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget.

Rådgivningscentrenes ledelse styrkes og kvalitetsprojektets mål bliver parametre for ledelsesudvikling og ledervurdering i sektorplanens periode.

Rådgivningscentrene skal integrere kvalitetsudviklingsprojektets mål i arbejdet med udviklingsplanerne og sikre udmøntning heraf.

Der etableres regelmæssige samarbejdsfora på ledelses- og medarbejderniveau med henblik på vidensdeling mellem rådgivningscentre, byambulatorier og specialinstitutioner.

Der udbydes temadage og faglige kurser om visitationsprocedurer, sociale handleplaner og udgående funktioner mhp social integration.

### ***Stoffri behandling***

Den stoffri behandlings altoverskyggende mål om stoffrihed og dette princips omsætning i en fasebehandling medvirker til, at mange opgiver behandlingen midt i forløbet, samtidig med, at det udsætter de socialt integrerende tiltag og muligheder til en sen fase i behandlingsforløbet. Ved udskrivning fra døgn risikerer mange at stå uden andre alternativer end at opsøge misbrugsmiljøet, hvis ikke der i forløbet før er sket reelle og konkrete ændringer i brugerens livssituation.

Hash- og kokainmisbrugerne har et større frafald fra behandlingen end heroinmisbrugerne. Man kan tolke det som, at misbrugerens ambivalens - mellem at tage stoffer og forsøge at holde op – bliver en tydelig udfordring for behandlingssystemet, i og med at disse brugere hyppigt forlader behandlingen i utide. Udfordringen gør det påkrævet at øge attraktionen ved behandlingssystemet.

Allerede ved første møde med behandlingssystemet skal brugeren overbevises om værdien af behandlingen. Endvidere skal den terapeutiske og pædagogiske indsats fremmes. Endelig skal man tilrettelægge behandlingen efter interventioner af såvel kortere som længerevarende art.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Den stoffrie behandling skal være attraktiv, faglig og metodisk stringent, ikke- stigmatiserende og helhedsorienteret gennem brugerorientering, anvendelse af evidensbaserede metoder og differentierede tilbud i relation til tid, behandlingsintensitet og mål.
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At 25%, der udskrives fra stoffri behandling, udskrives færdigbehandlede og stoffri.</li><li>• At højst 33% af dem, der udskrives færdigbehandlede og stoffri, falder tilbage i misbrug inden et år efter udskrivning.</li><li>• At alle, der udskrives færdigbehandlede og stoffri har afklarede forsørgelsesforhold og en stabil boligsituation, er i gang med uddannelse/arbejde/aktivering og har kontakt til ikke-misbrugende netværk.</li><li>• At mere end 50% af iværksatte stoffri behandlingsforløb gennemføres i henhold til behandlingsplanen.</li></ul>

### *Handleplan*

#### *Fra fasebehandling til individuelt tilrettelagte behandlingsforløb*

Den stoffri behandling skal sammensættes som et behandlingsforløb, der tager afsæt i differentierede mål og behandlingsvarighed, relateret til den enkelte brugers situation. Forløbet skal koordineres løbende mellem rådgivningscentret og behandlingsinstitutionen i henhold til en behandlingsplan og en social handleplan. Planen skal udover afgiftning, rådgivning, psykosocial behandling og forholde sig til socialt integrerende tilbud.

#### *Nye brugergrupper - tilpasning af den behandlingsmæssige intervention*

Tilpasningen af behandlingssystemet til de nye brugergrupper kræver en række tiltag. Der er tale om kompetenceudvikling af medarbejdere, samarbejde mellem de forskellige behandlingstilbud, opgavefordeling institutionerne imellem samt systematisering af den misbrugsspecifikke intervention.

#### Kompetenceudvikling:

- Motivation (motiverende samtale, hvor håndtering af ambivalens og modstand er i fokus)
- Stofedukation (gennem undervisning og samtaler at give misbrugeren indsigt i eget misbrug, forbrug, afhængighed og tolerans, bivirkninger)

#### Samarbejde og opgavefordeling:

- Rådgivningscentrene skal motivere til behandling, udrede og afklare behandlingsbehovet og den sociale intervention samt sikre en differentieret visitation
- Rådgivningscentrene koordinerer integrationen af den sociale indsats med den misbrugsspecifikke indsats
- specialinstitutioner skal udvikle specialiserede misbrugsspecifikke interventioner

#### Graderet misbrugsspecifik intervention/ trinbehandling:

- Der skal udvikles forskellige interventionsniveauer med henblik på at kunne tilpasse individuelle forløb efter behov: trin 1: (motiverende samtaler, socialt støtte og stofedukation) trin 2: (terapeutiske forløb i ambulant regi) trin 3: (døgnbehandling, herunder terapeutiske forløb)
- Forskudte åbningstider, tilpasset de enkelte brugergrupperes behov

#### Tidsafgrænset intervention.

- Præcisering af behandlingsvarigheden i samarbejdet med brugeren

#### *Inddragelse af pårørende*

De stoffri behandlingstilbud har NA-bevægelsen og tilsvarende selvhjælpsgrupper samt pårørende som naturlige dialogpartnere - og samarbejdspartnere. Der kan etableres tilbud til pårørende som en del af behandlingstilbuddet.

### *Evidensbaserede metoder og opfølgning*

Den misbrugsfaglige behandling skal styrkes gennem systematisk anvendelse af evidensbaserede metoder, der modsvarer behandlingens mål og varighed. Alle døgentilbud skal fremover registrere deres behandlingsforløb i DANRIS.

### *Udslusningsboliger tilknyttet rådgivningscentre*

Et rådgivningscenter (Rådgivningscenter Amager) har iværksat et forsøg med udslusningsboliger og et specialiseret stoffrit tilbud i dette regi til de brugere, som er i stoffri behandling. Hvis erfaringerne herfra er positive og kan generaliseres, kan man overveje at styrke den socialt integrerende indsats ved at etableres tilsvarende tilbud i de andre rådgivningscentres regi.

### ***Substitutionsbehandling - evidensbaserede faglige standarder og øget selvhjulpnehed***

Det er en udfordring for substitutionsbehandlingen at opretholde og udvikle en behandlingsmæssig alliance med brugerne, støtte brugerne i øget selvhjulpnehed og social integration og udøve en rimelig kontrol med substitutionsbehandlingen og opretholde en høj grad af sikkerhed (forebygge overdosisdødsfald m.v.). Disse udfordringer indeholder en række modsatrettede krav.

Det er således en udfordring for behandlingssystemet at indrette indsatsen over for brugere i substitutionsbehandling, således at de i takt med at deres stofafhængighed reguleres, kan blive bedre fungerende på øvrige områder. Dette er en forudsætning for, at de bliver selvhjulpne på centrale livsområder, og dermed som voksne og modne mennesker kan mindske deres institutionsafhængighed.

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

### *Handleplan*

Erfaringerne fra metadonprojektet X-felt vurderes. De faglige standarder, der er udviklet, vurderes i forhold til deres relevans for det øvrige behandlingssystem og implementeres, hvor det er hensigtsmæssigt. Der indføres monitorering og dokumentation af behandlingsydelse og behandlingsresultater, f.eks. ved implementering af Addiction Severity Index.

Procedurer for selvadministration suppleres med regelmæssige indkaldsordninger, som aftales mellem brugeren og behandlingsinstitutionen. Disse indkaldsordninger administreres således, at de ikke begrænser brugerens normale liv.

Der udarbejdes årligt en statistik over dødeligheden blandt brugere i behandling, med oplysning om alder ved død og behandlingstilknøytning.



Der følges løbende op på et samarbejde mellem Københavns Politi og behandlingssystemet med henblik på at begrænse videresalg af medicin.

Regelmæssig medicinsk audit (monitorering) af dosisniveau og udleveringspraksis på institutionsniveau med henblik på analyse af praksis.

De nuværende muligheder for mærkning af udleveret medicin fra Københavns Kommune med henblik på identifikation ved videresalg på det illegale marked skal optimeres.

Der overvejes en bredere indikation for ordination af buprenorphin mhp. at øge sikkerheden.

Buprenorphin tilbydes fortrinsvist som præparat til nye brugere i substitutionsbehandling, i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

### ***Kompetencer i behandlingssystemet***

Behandlingssystemet bliver aldrig bedre end de medarbejdere, der er ansat. Det er derfor nødvendigt at sikre at der hele tiden er de rette kompetencer hos medarbejderne.

En forudsætning herfor er en tværfaglig personalesammensætning, samtidig med at medarbejdernes kompetencer til stadighed udvikles, således at de modsvarer brugernes behov og afspejler den viden, erfaring og forskning, der er inden for feltet.

Behandlingsinstitutionerne har en personaleomsætning på 20-30% om året. Den samlede personaleomsætning for Københavns kommune, målt som ekstern afgang, lå i 2003 på 21%. For Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen alene lå den på 23% i 2003. (Personalepolitisk regnskab 2003) Behandlingsinstitutionerne lå altså tilnærmelsesvis på linie hermed.

Behandlingsinstitutionerne skal i højere grad være i stand til at tiltrække de relevante medarbejdere til området og sikre den relevante kompetenceudvikling af disse.

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

### ***Handleplan***

#### ***Introduktionskursus til nye medarbejdere***

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen etablerer et introduktionskursus for alle nye medarbejdere.

Indholdet vil være en indføring i metoder: motiverende samtale, stofudvikning samt relevante psykoterapeutiske tilgange samt introduktion til behandlingssystemet, samarbejdspartnere og de mål og rammer, som behandlingssystemet virker under.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen iværksætter et uddannelsesprogram med henblik på at udvikle kompetencerne hos medarbejdere til at varetage de nye udgående funktioner i forhold til at støtte brugerne i hjemmet, herunder uddannelse af støtte-kontaktpersonerne.

Gennem afholdelse af MUS/GUS og udarbejdelse af kompetenceudviklingsplaner for alle medarbejdere sikrer behandlingsinstitutioner, at der er de relevante kompetencer tilstede i institutionen.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen sætter fokus på vidensdeling på tværs af behandlingsinstitutionerne og mellem behandlingsinstitutionerne og tilgrænsende systemer gennem etablering af tværgående netværk, afholdelse af temadage og jobrotationsordninger.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vil arbejde på at tiltrække personer psykologiske og psykiatriske kompetencer til behandlingssystemet.

## 8.4 Social integration

### *Sociale handleplaner*

Den sociale handleplan skal sikre en sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen, den socialt integrerende indsats og den sundhedsfremmende indsats (en helhedsorienteret indsats) Dette fordrer, at der er kvalitet i indholdet af den sociale handleplan, at den har legitimitet hos brugere, behandlere og samarbejdspartnere, og at den opdateres løbende og er tilgængelig for samtlige aktører.

For at sikre en koordinering af den kriminalpræventive og den behandlende indsats er det besluttet, at der skal udarbejdes fælles handleplaner for brugere i behandling, der er i kontakt med Kriminalforsorgen.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Gennem den sociale handleplan sikres brugerinddragelse og koordinering af misbrugsbehandling med socialt integrerende tiltag, sundhedsfremmende og sygdomsbekæmpende tiltag og tiltag, der dækker omsorgs- og plejebehov i henhold til fælles mål for den brugerrettede indsats.
<b>Kvalitetsmål</b>	Alle brugere i behandling skal have tilbudt en social handleplan, som skal opdateres løbende med en opfølgning mindst hver 6. måned. Tilbuddet om en social handleplan og den sociale handleplan skal registreres i den elektroniske brugerjournal.

### *Handleplan*

Der iværksættes med forankring i Rådgivningscentre en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe med opgaven at iværksætte en fortsat kvalitetsudvikling af handleplansarbejdet med fokus på:

- indholdet i de sociale handleplaner
- samarbejdet med brugerne
- koordinering og samarbejde med eksterne aktører (herunder Kriminalforsorgen)
- Dialog om erfaringer og metoder med behandlingssystemet og eksterne samarbejdspartnere

### **Beskæftigelse og forsørgelse**

Beskæftigelsesindsatsen skal være bred for at imødekomme de meget varierede behov og ressourcer i brugergruppen. Der er stor forskel på brugernes ressourcer og realistiske muligheder for selvforsørgelse.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Stofafhængige i behandling skal have et tilbud om aktivitet og beskæftigelse, der modsvarer deres ressourcer, og som øger deres livsmuligheder, uanset forsørgelsesgrundlag. Indsatsen skal tilrettelægges således at den optimerer mulighed for selvforsørgelse på en realistisk måde, henholdsvis sikrer brugeren en afklaring af den fremtidige forsørgelse. Hvor det er muligt at gennemføre en uddannelsesmæssig opkvalificering af brugeren, prioriteres dette.
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blandt kontanthjælpsmodtagere i behandling under 40 år skal beskæftigelsesgraden (aktiveringsgraden) være 25.</li> <li>• For brugere over 40 år med langvarigt misbrug, over 15 år og passiv kontanthjælp de sidste 5 år skal der udarbejdes en ressourceprofil efter arbejdsevne metoden indenfor de efterfølgende 2 år med henblik på afklaring af den fremtidige indsats, herunder forsørgelsesgrundlag.</li> </ul>

### *Handleplan*

#### *Koordinering af den beskæftigelsesfremmende indsats og behandlingsindsatsen*

Rådgivningscentrene har ansvaret for at den beskæftigelsesfremmende indsats integreres med behandlingsindsatsen. Dette forudsætter, at rådgivningscentrenes teammedarbejdere er opdaterede med hensyn til viden om tilbud, at de er i dialog med beskæftigelsesindsatsen, og at de følger op på denne dialog.

Derudover er det rådgivningscentrenes ansvar, at brugernes beskæftigelsesmæssige og forsørgelsesmæssige forhold overvejes i den sociale handleplan og at der løbende følges op på dette.

Rådgivningscentrene bør derfor løbende afholde temadage og dialogdage om og med beskæftigelsesindsatsen med henblik på at sikre en kompetenceudvikling af medarbejdere i begge regier.

Det er behandlingsinstitutionernes ansvar at motivere brugerne til at bryde den socialt udstødte sociale position og understøtte dem i denne proces. Dette skal dog altid ske i relation til brugerens konkrete livsomstændigheder, ressourcer og muligheder. Dette sker gennem rådgivning og motiverende samtaler og gennem opfølgning på den sociale handleplan.

#### *Parallelindsats*

Den særlige tilrettelagte beskæftigelse skal så vidt muligt tilbyde aktivering med et ”normaliseret” indhold”, som stiller differentierede krav til brugerne.

Behandlingsaktiviteten og beskæftigelsesaktiviteten skal udmøntes i hver sit regi, således at hver aktivitet udfoldes for sig i sin egen ret. Der er tale om en "parallelindsats". Det afgørende er her, at de to indsatser fører en løbende dialog og har klare aftaler om, hvem, der gør hvad, nedskrevet i en aftale og i den sociale handleplan, der sikrer brugerinddragelsen.

#### *Mentorordninger*

Den beskæftigelsesfremmende indsats over for stofmisbrugere skal så vidt mulig sikre at brugeren får afprøvet sine beskæftigelsesmuligheder i virksomhedsregi - enten via praktikordninger eller i forskellige former for jobtræning, herunder virksomhedsrevalidering. Det vil være hensigtsmæssigt at anvende mentorordninger i forbindelse med sådanne træningsforløb.

#### *Beskyttet beskæftigelse*

For de brugere, der ikke har muligheder for at komme tilbage til arbejdsmarkedet, er der pga. en aparte adfærd, udseende mm. samt en stor angst for at begå sig i almindelige sammenhænge ofte ikke noget alternativ i hverdagen til fjernsynet, kaffestuen i institutionen eller gadehjørnet eller bænken.

Der er behov for beskæftigelsestilbud i form af beskyttet beskæftigelse til disse brugere, evt. i tilknytning til den særligt tilrettelagte beskæftigelse, evt. i tilknytning til væresteder for stofmisbrugere.

#### *Hjemløse-indsatsen på stofmisbrugsområdet*

Hovedparten af stofmisbrugerne ønsker at have fod under eget bord, men har svært ved at skaffe sig egen bolig og kan også have svært ved at administrere boligen helt på egen hånd. De ældre brugere - brugere over 40 år - har helt overvejende egen bolig, men skal af helbredsmæssige årsager og grundet social isolation have hjælp og støtte for at kunne opretholde en ordentlig tilværelse. Uanset at hovedparten af de ældre brugere har egen bolig i udgangspunktet, er der fortsat et behov for støtte brugerne i og omkring boligen.

For brugere, der har gennemført et stoffrit behandlingsforløb og som ikke har en bolig, bl.a. fordi det har været nødvendigt at opgive denne under behandlingen, kan der være behov for midlertidige udslusningsophold ligesom der kan være behov for særbolig i omgivelser, der ikke er præget af misbrug.

Som det fremgår af estimatet over pleje- og omsorgsbehovet for brugere over 40 år (side 36f) vil der i de kommende år være et fortsat stigende behov for særboliger (med et begrænset pædagogisk tilsyn og evt. praktisk hjælp og pleje ydet her), længerevarende midlertidige botilbud i mindre bofællesskaber (§91) og træning af brugernes sociale kompetencer og evne til at klare sig selv i hverdagen.

Erfaringerne fra Sundhedsprojektet viser, at stofmisbrugere på gaden, de funktionelt hjemløse, i et meget stort omfang kommer fra andre kommuner eller andre lande. Københavns Kommune har etableret en gadeplansindsats overfor de svært marginaliserede med udgangspunkt i de enkelte lokalcentre. Denne indsats er beregnet til københavnske brugere. Der vil derfor fortsat være brug for at Kontaktstedet videreføres, så udenlandske/udenamtslige brugere fortsat kan blive hjulpet tilbage til deres hjemkommune eller -land.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Brugere i behandling skal tilbydes hjælp til at etablere/opretholde stabile og velfungerende boligforhold gennem pædagogisk støtte i eget hjem, tilbud om pleje- og omsorg i eget hjem, samt udbygning af botilbud til særlige målgrupper.
<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen af brugere, der er hjemløse, skal reduceres med 33% årligt.</li> </ul>

### *Handleplan*

#### *Boligplanen*

Udbygning af botilbud til særligt udsatte gruppe og herunder stofmisbrugerne er behandlet i Familie-og Arbejdsmarkedsforvaltningens Boligplan, som beskriver det specifikke udbygningsbehov for de forskellige typer af botilbud til forskellige målgrupper. Boligplanen forventes endelig besluttet ved udgangen af 2005. Derudover skal det overvejes, om der kan etableres bofællesskaber via almenboligloven.

#### *Pædagogisk støtte i eget miljø*

Den socialpædagogiske indsats på byambulatorierne og specialinstitutioner fokuserer på brugernes hverdag uden for de institutionelle rammer.

#### *Kursus om botræning til ambulatorierne*

Det er bl.a. i byambulatorierne, hvor man har kontakt med brugere i substitutionsbehandling over en årrække, og hvor målet er medicinsk, social- og sundhedsmæssig stabilisering og socialtræning, at der er behov for et øget fokus på støtte i egen bolig og træning af brugere og medarbejdere i denne henseende. Byambulatorierne er derfor prioriteret til en kompetenceudvikling og samarbejdsstræning på dette felt.

#### *Permanentgørelse af den opsøgende indsats overfor brugerne med andet kommunetilhør end Københavns Kommune*

Med udgangspunkt i erfaringerne fra Sundhedsprojektet og Kontaktstedet, er det formålet at videreføre Kontaktstedet på Mændenes Hjem, samt Forchammersvej. Derved fastholdes et tilbud til de ikke-københavnske brugere om at få hjælp til at vende tilbage til hjemkommune eller land.

#### *Koordinering af kriminalitetsbegrænsende initiativer*

For de stofafhængige er behandling og forebyggelse af gentagen kriminalitet stort set samme sag. Dette kræver koordinering og samarbejde mellem Kriminalforsorgen og behandlingssystemet med henblik på at udnytte muligheden for at konvertere straf til behandling.

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

### *Handleplan*

Rådgivningscentrene etablerer et systematisk samarbejde med Kriminalforsorgen omkring anvendelsen af alternativer til straf, herunder Samfundstjenesten samt om procedurer ved løsladelse fra fængsel.

Muligheden for at etablere sammenhængende behandlingsforløb i et samarbejde mellem Kriminalforsorgen og behandlingssystemet afdækkes.

## **8.5 Den sundhedsfaglige indsats**

### *Forebyggelse af uønskede graviditeter*

Generelt er rådgivning om prævention, gynækologisk udredning mm. ikke prioriteret højt i behandlingssystemerne og ”drukner” ofte i de mange øvrige kaotiske problemstillinger, der er knyttet til tilværelsen som stofmisbruger. Der har været iværksat et særligt rådgivningstilbud til de gadeprostituerede, der har tilknytning til Reden på Vesterbro med henblik på at forebygge uønskede graviditeter og smitsomme sygdomme hos disse kvinder. Erfaringerne herfra er positive.

Der er behov for en større og mere systematisk indsats, som omfatter hele behandlingssystemet på dette område, således at rådgivning og udredning indgår systematisk og rutinemæssigt som et respektfuld og et etisk korrekt tilbud i stofmisbrugsbehandlingen.

Sundhedsforvaltningens tilbud om kondomudlevering til særligt udsatte grupper er et vigtigt element i den forebyggende indsats.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Gennem en fokuseret rådgivning af stofmisbrugere i behandling (kvinder i den fødedygtige alder) og tilbud om gratis prævention begrænses antallet af uønskede graviditeter.
<b>Kvalitetsmål</b>	Alle kvindelige brugere i den fødedygtige alder skal tilbydes rådgivning vedr. brug af prævention og tilbydes en gratis prævention, der er relevant i forhold til målgruppen.

### *Handleplan*

Der etableres et samarbejde mellem Embedslægeinstitutionen og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen med henblik på et kvalitetsudviklingsprojekt, der skal fastsætte fælles standarder og praksis for graviditetsforebyggelse og forebyggelse af seksuelt overførbare

sygdomme for stofafhængige i behandlingssystemet. Heri indgår procedurer for samarbejde mellem behandlingssystemet og VIP-klinikken på Bispebjerg Hospital.

Der samarbejdes med Sundhedsforvaltningen om procedurer for uddelingen af gratis kondomer til brugere i behandlingssystemet, således at den samlede forebyggende indsats målrettes mest hensigtsmæssigt.

Indsatsen over for gadeprostituerede stofmisbrugere med henblik på at forebygge uønskede graviditeter og udbredelse af smitsomme sygdomme søges permanentgjort og integreret i et fælles kvalitetsudviklingsprojekt på området.

### ***Psykotiske stofmisbrugere***

Det fastslås i Psykiatriaftalen, og også i Regeringens Handlingsplan mod narkotikamisbrug, at psykiatrien har det primære ansvar for behandlingen af denne gruppe. H:S har et specialtilbud til denne gruppe i form af Specialambulatoriet for psykotiske stofmisbrugere, men kapaciteten modsvarer ikke behovet. En del af disse patienter får hjælp i behandlingssystemet for stofmisbrugere, men dette er langt fra optimalt. Hovedparten får ikke den tilstrækkelige omsorg og relevante psykiatriske behandling.

Brugere på de psykiatriske bcentre, som i tillæg til deres psykiske lidelse har et misbrug, udgør et særligt behandlingsmæssigt problem. Der er udarbejdet en politik for, hvordan bcentre skal håndtere beboernes misbrug. Denne politik indeholder følgende:

- Der skal etableres en misbrugsfri afdeling på bocentret Sundbygård, evt. to, hvis der er behov for det
- Der skal udarbejdes en plan for et misbrugsfrit botilbud på alle bosteder, hvor der er behov for det .
- Der skal udarbejdes en misbrugspolitik for hvert enkelt bcenter.
- Der skal igangsættes en række nærmere angivne initiativer som led i en henholdsvis kortsigtet og langsigtet handleplan mod misbrug på de socialpsykiatriske bcentre.

Behandlingen af misbruget bør også hos disse brugere principielt varetages af psykiatrien, og en evt. arbejdsdeling mellem misbrugssystemet og psykiatrien skal forhandles mellem H:S og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Der er nedsat en tværgående arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen og fra H:S, der skal behandle implementeringen af den rapport, der blev udarbejdet af en arbejdsgruppe under H:S, Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri i 2002.

<b>Kvalitetsmålsætning</b>	Psykotiske stofmisbrugere bør sikres et relevant behandlingstilbud. Den medikamentelle og øvrige behandling af psykosen og af misbruget bør principielt varetages af psykiatrien.
----------------------------	---

### ***Handleplan***

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen og H:S skal aftale indbyrdes, hvordan det Sundhedsfaglige Råds om indsatsen overfor dobbeltdiagnosticerede brugere skal implementeres.

Samarbejdet mellem behandlingssystemet og Specialambulatoriet skal udvides til at omfatte øget vidensdeling og dialog vedr. visitation af psykotiske stofmisbrugere.

### **Sygdomsbekæmpelse, sundhedsfremme og reduktion af dødelighed.**

Der er rimelig kontrol med hiv-smitten, men hyppigheden af hepatitis er meget stor, og både den forebyggende og den behandlende indsats bør intensiveres. Specielt hepatitis C, som der ikke kan vaccineres imod, og som i ca. 80 % af tilfældene udvikler sig til en kronisk sygdom, er et problem. EU's monitoreringscenter har beregnet, at for hvert år man udsætter arbejdet med at forebygge hepatitis C, vil behandlingsomkostningerne efterfølgende stige med 1,4 mia. Euro. Iværksættelse af mere effektive forebyggende foranstaltninger bør samordnes med regeringen og evt. EU. Samtidig bør der udarbejdes retningslinier for behandlingen af stofmisbrugere med kronisk hepatitis.

Indsatsen for at vaccinere mod hepatitis B bør intensiveres.

Der bør sættes fokus på en nedbringelse af stofmisbrugernes helbredsmæssige problemer qua en rettidig behandlingsmæssig og social indsats og i et tværsektorielt samarbejde.

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

#### *Handleplan*

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen tager kontakt til Sundhedsstyrelsen med henblik på nedsættelse af en arbejdsgruppe, der skal udarbejde konkrete initiativer til forebyggelse af hepatitis C.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen skal i et samarbejde med Hvidovre Hospital udarbejde retningslinier for behandlingen af stofmisbrugere med kronisk hepatitis C.

Gratis uddeling af sprøjter og kanyler videreføres.

#### **Den forebyggende sundhedsindsats**

##### *På gadeplan*

Den sundhedsfaglige ekspertise i Sundhedsprojektet videreføres som en selvstændig enhed tilknyttet Aktivitetscentret på Sundholm, opererende i et tæt samarbejde med hjemløseinstitutionerne og deres sygeplejeklinikker, behandlingssystemet for stofmisbrugere, lokalcentre og sundhedsvæsenet, og her specielt distriktpsychiatrien og de opsøgende psykoseteam.



### *Fixerum (sundheds-)*

Både beboere på Vesterbro, Brugerforeningen og politikerne i Københavns Kommune har givet udtryk for at der er behov for etablering af lokaliteter hvor misbrugerne kan indtage deres stoffer under sundhedsmæssigt forsvarlige forhold. Et fixerum kan, afhængigt af hvordan det indrettes og bemannes og af hvor det placeres, have en skadereducerende virkning, mindske gener i lokalmiljøet og give mulighed for at tilbyde social- og sundhedsfaglige ydelser til stofmisbrugere, som det ellers er vanskeligt at opnå kontakt til.

Justitsministeriet og Rigsadvokaten har udtalt, at der bør etableres udtrykkelig hjemmel for, at besiddelse af euforiserende stoffer i fixerummet ikke anses for strafbart. Beslutning om etablering af fixerum, som forsøg eller permanent, må derfor i givet fald gennemføres ved lov. Familie- og Arbejdsmarkedsborgmester Bo Asmus Kjeldgård har rettet henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen om at etablere fixerum i Københavns Kommune. Ministeren har afvist anmodningen. Den siddende regering har i sin "Handlingsplan mod narkotika" skrevet, at etablering af fixerum er et klart udtryk for en legaliseringstendens og derfor er i direkte modstrid med selve kernen i narkotikapolitikken. Der er således ikke umiddelbart en politisk opbakning til at give en sådan hjemmel.

## 9. KILDER

Mette Kjølner og Niels Kr. Rasmussen, Sundhed- og Sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. Statens institut for Folkesundhed 2002.

Narkotikasituationen i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2003.

Rapport om unges brug af rusmidler fra 1990 til 2000 i København, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen & Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune 2003.

Inge Wittrup, Også ung i Århus, Center for Rusmiddelforskning, 1997.

Årsplaner fra SSP-udvalg i følgende bydele Kongens Enghave, Vesterbro, Ydre Nørrebro, Indre Østerbro, Valby.

Mette Harbo, Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001, Embedslægeinstitutionen for København Og Frederiksberg Kommune 2004.

Stofrelaterede dødsfald i København 1997-1999, Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner, 2003.

Mads Uffe Pedersen, Stofmisbrugere før under efter døgnbehandling, Århus 2000, side 99.

Claus Syberg Henriksen og Marianne Malmgren, Evaluering af "Du bestemmer" - et tilbud til elever på tekniske skoler i Københavns Kommune, CASA marts 2004.

Behandling af psykotiske patienter med misbrugsproblemer i H:S, udarbejdet af en arbejdsgruppe under H:S, udgivet af Sundhedsfagligt Råd, december 2002.

Bekendtgørelse om Kvalitetsstandard for socialbehandling for stofmisbrug efter §85 i lov om social service. LBK nr. 764 af 26.8.03. Bekendtgørelse nr. 398 af 26.5.04.

Opfølgning på kvalitetsmålsætninger og mål; Sektorplan for Københavns Kommunes Indsats over for stofafhængige 2001-2003.

Søberg Hansen, S. (2000). Substance use disorders among hospitalized patients in Denmark. University of Århus ,

Hagemann, H. et al. (2001). Alternativ afsoning efter straffelovens §49, stk.2 - en effektundersøgelse, Center for alternativ samfundsanalyse, København

Nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Notat udarbejdet af Sundhedsstyrelsen 8. 9. 2003.

Evaluering af projekt Arbejdsbasen, Ambulatoriet Bellahøj, juli 2004.

Personalepolitisk regnskab 2003, Økonomiforvaltningen, Københavns kommune

Ege, Peter: Behandling før en forskel, Narkotikarådet 1999

Karpatschof, Benny: En Evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen 2001

Kramp. P., Gabrielsen, G.; Lund, A., Rewentlov, A., Sindballe, A. Rusmiddelundersøgelsen. Misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel. Kriminalforsorgen, København 2003.

Interviews:

Fokusinterviews med medarbejdere i behandlingssystemet om kompetenceudvikling af medarbejdere, om kvaliteten i den stoffrie behandling, om social integration.

Interview med 2. generationsindvandrere, der er indskrevet i behandling for stofmisbrug i Københavns Kommune.

Samtale med sekretariatsleder af SSP-sekretariatet, Vibejke Gaarde