

Stofindtagelsesrummets første tre måneder

2. oktober-31. december 2012



Udarbejdet af:

Specialkonsulent Pauline Hagensen, Stofindtagelsesrummets projektleder Rasmus Koberg Christiansen og Forstander ved Mændenes Hjem Ivan Christensen.

En acceptering af os narkomaner!

For 3,5 års tid siden åbnede Dugnad, et værested/spisested for narkomaner. Og egentlig også dermed en lille start på en form for acceptering af narkomanerne i dagens samfund på godt og ondt. Med åbningen af et fixerum har vi samtidig mulighed for at holde det meste svineri væk fra gaden, hvilket har været en torn i øjet på mange mennesker her på Vesterbro. Desværre er narkomanden nok kommet for at blive. Så hvorfor ikke gøre det mere tåleligt for alle med et godt sted som fixerummet her. Fremover bliver det forhåbentligt lidt lettere og mere udholdeligt for os alle her på Vesterbro.

Hurra for Fixerummet!

(En brugers indslag til Stofindtagelsesrummets gæstebog)

Forord

Dette er en første monitorering i forhold til det stofindtagelsesrum, der åbnede i København d. 2. oktober 2012. Monitoreringen er gennemført af specialkonsulent/sociolog Pauline Hagensen, forstander ved Mændenes Hjem Ivan Christensen og projektleder af Stofindtagelsesrummet Rasmus Koberg Christiansen. Analysen er samtidig blevet fulgt og kommenteret af repræsentanter fra både social- og sundhedssektoren i Københavns Kommune via to følgegruppemøder. Enkelte medarbejdere i Stofindtagelsesrummet er blevet observeret og spurgt til deres daglige praksis, ligesom der har været god kontakt til og samarbejde med programmøren af dataregistreringssystemet. Desuden er nøglepersoner fra stofindtagelsesrum i udlandet blevet kontaktet for at rekvirere dokumentation for deres praksis, og der har været kontakt med driftsherrerne bag det nyligt åbnede stofindtagelsesrum i Odense og det planlagte i Århus. Endelig har Politiet været inddraget omkring beskrivelsen af deres praksis.

Vi takker alle for et godt og konstruktivt samarbejde og ikke mindst brugerne for at have ladet os registrere nyttige fakta om deres baggrunde og indtag i Stofindtagelsesrummet. De har fortjent at få det bedste ud af denne registrering og samtidig en tidlig vurdering af, hvordan man bedst muligt sikrer sig hensynsfuld dataindsamling i fremtiden.

Mændenes Hjem april 2013

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Baggrund: Københavns stofindtagelsesrum	6
2. Formål	9
3. Lidt baggrund om data-indsamlingen og -behandlingen.....	10
4. Hvordan bruges Stofindtagelsesrummet?	11
4.1 Forventninger til kapaciteten	12
4.2 Antal registrerede brugere	14
4.3 Antal indtag	15
4.4 Indtagshyppighed.....	17
4.5 Indtagstidspunkter	19
4.6 Indtagenes varighed.....	19
5 Hvem benytter Stofindtagelsesrummet?	23
5.1 Den forventede målgruppe.....	23
5.2 Hvor kommer brugerne fra?	23
5.3 Kønsfordeling	24
5.4 Aldersfordeling.....	25
5.5 Stofftyper	28
5.6 Stofindtagelsesrummets typiske bruger	32
6. Brobygning	33
6.1 Socialfaglig brobygning	33
6.2 Sundhedsfaglig brobygning.....	34
6.3 Andre former for brobygning.....	36
7. Situationsrapporter	36
7.1 Konflikter.....	37
7.2 Overdoser.....	38

7.3 Andre former for situationsrapporter	40
8. Anbefalinger til den fremtidige dataindsamling og evalueringer.....	41
8.1 Sammenlægning af data.....	43
8.2 Idéer til at lette dataindsamlingen for medarbejderne	44
8.3 Oversigt over vigtige faste registreringer.....	45
8.4 Idéer til yderligere dokumentationsindsamling i perioder	46
9. Opsamling og konklusion.....	50
Litteraturliste	55

1. Baggrund: Københavns stofindtagelsesrum

Et stofindtagelsesrum ser dagens lys d. 2. oktober 2012 på Vesterbro i et samarbejde mellem Mændenes Hjem og Københavns Kommune. Et stofindtagelsesrum er et tilbud, hvor stofbrugere kan indtage (illegale) stoffer superviseret af sundhedsfagligt og pædagogisk personale. I udlandet har stofindtagelsesrum vist sig at nedsætte risikoadfærden i forbindelse med misbrug, idet de mindsker de injektionsrelaterede bakterier og øger adgangen til sundheds- og socialvæsenet. Det første lovlige stofindtagelsesrum i verden åbnede i Schweiz i 1986. I 2009 var der 92 stofindtagelsesrum i Europa, Australien og Nordamerika (Ege 2011; Axelsson m.fl. 2012; DeBeck m.fl. 2010; Terra 2010). Nu er Danmark altså kommet med på det kort.

Efter folketingets lovændring i foråret 2012 gjorde det muligt at drive stofindtagelsesrum i Danmark, blev der fra Københavns Kommunes side handlet hurtigt. Mændenes Hjem blev udvalgt til at drive rummet, og man besluttede at åbne et midlertidigt stofindtagelsesrum på Halmtorvet 9D, midt på den åbne stofscene på Vesterbro, hvor der dagligt kommer mellem 600 og 800 stofbrugere. Københavns Kommune indledte d. 1. juli 2012 et samarbejde med Foreningen Fixerum om driften af de to ambulancer (kaldet Fixelancerne), der siden 12. september 2011 havde fungeret som mobile stofindtagelsesrum. Ambulancerne blev først placeret foran Mændenes Hjem i Lille Istedgade, men fra d. 2. oktober 2012 har de stået lige udenfor Stofindtagelsesrummet, så de kan udgøre et samlet tilbud. Det er planen, at der indledes et permanent stofindtagelsesrum ved Mændenes Hjem fra d. 1. august 2013, og i april 2013 blev det besluttet, at det midlertidige Stofindtagelsesrum skal fortsætte som supplement til det permanente frem til 2014. Det midlertidige Stofindtagelsesrum har i dag otte pladser bakket op af de to ambulancer, som har syv pladser i alt. Stofindtagelsesrummet har åbent 15 timer i døgnet fra kl. 08.30-23.30 alle ugens syv dage. Ambulancerne supplerer i den travleste periode mellem kl. 12.00 og 18.00.

Lovgivningen afgrænser målgruppen for Stofindtagelsesrummet til "stærkt afhængige misbrugere med et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer" (Socialforvaltningen 2012). Både i Fixelancerne og i det nye Stofindtagelsesrum bliver

brugerne instrueret i desinfektion af hænder og indstiksted, får uddelt kanyler, andre rene remedier og sterilt vand (Socialforvaltningen 2012). Brugere medbringer og indtager selv deres stoffer. Ved overdoser ringes efter en ambulance ved behov, gives hjertemassage og/eller naloxon. Personalet i Stofindtagelsesrummet er sygeplejersker og pædagoger, og deres hovedopgave er at skabe gode, trygge og renlige rammer for stofinjektioner. Der er med andre ord tale om et *skadesreducerende* tilbud, hvor der stilles skarpe faglige krav til personalet (Socialforvaltningen 2012). Det er også en vigtig del af arbejdet at lave brobygning til det øvrige hjælpesystem og skabe kontakt til stofbrugere. I sammenligning med nogle stofindtagelsesrum i udlandet, skiller det danske sig ud ved at have en kvalitetsstandard (Socialforvaltningen 2012) og en sundhedsfaglig instruks (Socialforvaltningen 2012) med et relativt stort fokus på den sociale indsats og ikke kun den sundhedsfaglige, samt ved at møde stofbrugere som borgere frem for patienter. Som nogle få eksemplificeringer på denne forskel kan nævnes, at personalet i stofindtagelsesrummet i Barcelona (Creu Roja 2011; Terra 2010; Cia 2004) er klædt i kitler, mens man i København er klædt i civilt tøj. Ligeledes registreres brugere i Barcelona ikke bare med deres fulde navn og alias, men også med deres CPR- og sygesikringsnumre, mens brugere i København end ikke bliver bedt om at vise deres sygesikringsbevis.

Politiet har fra begyndelsen været meget indstillet på at finde løsninger, som kan få ordenshåndhævelse og Stofindtagelsesrum til at gå hånd i hånd. Der er udarbejdet en samarbejdsaftale mellem politiet og Københavns Kommune i forbindelse med ansøgningen til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Politiet har delt deres indsats op i en blød og en håndfast strategi. På den ene side er opgaven blevet tildelt nogle erfarne betjente, som kender og har arbejdet med målgruppen gennem mange år. De færdes uniformeret på den åbne stofscene, taler med brugere, henviser til Stofindtagelsesrummet og Fixelancerne eller andre sociale og sundhedsfaglige tilbud. På den anden side har politiet intensiveret kampen mod stofhandlerne. Der arbejdes i øvrigt med et *karantænefrit miljø* i Stofindtagelsesrummet, hvilket er ret unikt set i forhold til stofindtagelsesrum andre steder i verden og ligger i tråd med idéen om at møde brugere som borgere frem for patienter som nævnt tidligere. Det betyder, at faglighed, dialog, konfliktråd og relationsarbejde benyttes i de tilfælde, hvor andre typisk ville udstede en karantæne eller et forbud mod at benytte rummet. I mere alvorlige tilfælde benyttes politiet. Det betyder ikke, at alt er tilladt. Man skal tage

hensyn til hinanden, man skal tale ordentligt til hinanden, og vold, trusler og handel med stoffer er selvfølgelig uacceptabelt. Man kan også godt blive bedt om at forlade rummet, hvis man er for forstyrrende for andre i rummet eller overtræder de basale regler, men det betyder ikke, at man ikke er velkommen igen.

En tredje indsats, som forsøges koordineret og styrket i forbindelse med oprettelsen af Stofindtagelsesrummet, er renholdelsesindsatsen. Her bliver indsatsen blandt andet koordineret af en særlig Vesterbrokoordinator, som er ansat af Københavns Kommune. Det handler om overblik og koordinering af både det kommunale og privat organiserede renhold. Tillige har Stofindtagelsesrummet ansat to sociale viceværter, der dels har renholdsopgaver i nærmiljøet, men også taler med brugere og henviser dem til eksempelvis Stofindtagelsesrummet.



Risikoaffald i stofindtagelsesrummet

En fjerde og helt afgørende faktor for etableringen af Stofindtagelsesrummet har været kvarterets beboeres velvilighed overfor oprettelsen af rummet, som udover at hjælpe stofbrugere også kan afhjælpe nogle af de gener, stofmiljøet skaber for beboerne i området. Samarbejdet med beboerne foregår blandt andet via en nærmiljøgruppe, hvor naboerne kan komme med gode ideer og tage aktuelle problemstillinger op. Der blev i forbindelse med åbningen afholdt forskellige "åbent hus" arrangementer, hvor naboer og andre interesserede kunne få et indblik i, hvad

der ville komme til at ske. Derudover afholder forvaltningen i Københavns Kommune og politiet med jævne mellemrum borgermøder om problemerne omkring stofmisbrugsmiljøet.

2. Formål

Ligesom ved stofindtagelsesrum i udlandet (DeBeck m.fl. 2010; Ege 2011; Andresen & Boyd 2009; Creu Roja 2011; Terra 2010) er brugen af Stofindtagelsesrummet og dets 'resultater' forsøgt registreret bedst muligt fra start af ved hjælp af flere former for 'databaser'. Derfor er det muligt allerede nu at foretage en første *monitorering* af rummet via en dokumentationsindsamling i forhold til Stofindtagelsesrummets første tre måneders levetid, hvilket dette er en afrapportering af.

Monitoreringen har to overordnede formål:

- 1) *Læring og udvikling* med henblik på at kunne foretage hensigtsmæssige tilpasninger af tilbuddet fx i forhold til bemanning, åbningstider, konfliktløsning, akuthjælp og brobygningstiltag. Herunder er det vigtigt at belyse, hvem brugerne er, for så vidt muligt at kunne tilpasse rummet deres behov.
- 2) At belyse, hvor godt *dataindsamlingen* fungerer i forhold til senere evalueringer af Stofindtagelsesrummet; herunder at opdage eventuelle mangler så tidligt som muligt ved blandt andet at sammenligne med praksis i udlandet for at sikre et frugtbart datagrundlag i det lange løb.

Det skal understreges, at det ikke allerede på nuværende tidspunkt er muligt at foretage en egentlig evaluering eller effektmåling af Stofindtagelsesrummet, da der kun indgår data for de første tre måneder af tilbuddets levetid. Det gør det fx alt for tidligt at sige noget endeligt om de mere langsigtede virkninger af Stofindtagelsesrummet i forhold til blandt andet misbrugsbehandling, sygdomme og dødelighed. Men det er for eksempel allerede planlagt at foretage en mere kvalitativ brugertilfredshedsundersøgelse, der måske ville kunne forklare nogle af de fundne sammenhænge i denne monitorering bedre.

3. Lidt baggrund om data-indsamlingen og -behandlingen

Monitoreringen bygger på en blanding af følgende data:

- Samlet antal indtag: Der er tal for, hvor mange indtag der har været i henholdsvis Fixelancerne, Stofindtagelsesrummet og i alt for hver dag i perioden 2. oktober 2012 til 14. januar 2013¹. Her er valgt at tage data med fra begyndelsen af januar for at få en 'månedsovergang' mere med i de helt overordnede tal.
- Førstegangregistrering: Ved førstegangshenvendelse oplyser brugeren sit navn eller vælger et alias til fremtidig registrering og oplyser køn, fødselsdato og hjemkommune - eller 'udlænding' hvis man ikke er bosat i en dansk kommune. Brugere bliver *ikke* bedt om at fremvise sygesikringskort.
- Registrering ved hver plads: Hver dag foretages der registreringer af samtlige otte pladser i Stofindtagelsesrummet i forhold til brugernes navn/alias, stoftype samt start- og sluttidspunktet for stofindtagelsen. I perioden fra d. 1/10 2012 til d. 4/1 2013 er der sammenlagt registreret 15.498 indtag på denne måde. Kun enkelte indtag er enten 'forsvundet' i dataregistreringen senere hen eller er ikke blevet registreret, fordi medarbejderen har været optaget af andet. Disse otte databaser er blevet lagt sammen i den følgende analyse for at danne et overblik og samtidig kunne belyse det i forhold til nogle af brugernes baggrundsfaktorer.
- Dagbog: Medarbejderne i Stofindtagelsesrummet skriver dagbog i særskilte Word-ark i forhold til, hvem der er vagtansvarlig, dagens og aftenens gang, tjek af ilt, brobygningstiltag, spørgsmål og idéer til de øvrige kolleger og tallene ved de forskellige pladser ved dagens start. Denne monitorering bygger på dagbogen fra oktober, november og december 2012.
- Situationsrapporter: I de tilfælde, hvor der har været en episode i Stofindtagelsesrummet i form af fx en overdosis eller et skænderi/slagsmål, har medarbejderne udarbejdet en situationsrapport, hvor de har beskrevet

¹ Men derudover har Fixelancerne ikke indsamlet data på samme vis som Stofindtagelsesrummet.

hændelsen og personalets håndtering af den. Der er i alt udarbejdet 18 situationsrapporter i perioden oktober-december 2012, som også er skrevet i almindelige Word-ark og ikke lagt sammen med den øvrige data.

- Brobygning: Det er registreret i et Word-dokument, hvor mange henvisninger, man har foretaget i Stofindtagelsesrummet, samt til hvilke tilbud. Men registreringerne har hverken dato eller brugeralias, hvorfor det desværre ikke er muligt på nuværende tidspunkt at sammenligne direkte med den øvrige data.

Da medarbejderne fra begyndelsen af er blevet instrueret i og har fået gode tekniske redskaber til at indsamle al denne data, har dataindsamlingen været pålidelig, stabil og grundig, opstarten taget i betragtning. Der har dog været enkelte opstartsproblemer i form af, at noget data pludselig forsvandt i systemet.

Data er til denne monitorering blevet overført til statistikprogrammet SPSS for blandt andet at kunne teste sammenhængenes signifikans ved hjælp af χ^2 -test og retningen og styrken på de kontinuerte variables sammenhæng ved gamma-test. Signifikansen angiver sandsynligheden for, at en sammenhæng er fremkommet ved en tilfældighed. Der er anvendt et signifikansniveau på 0,05, hvilket vil sige, at der er mindre end 5 % risiko for, at der tages fejl.

Det største problem i forhold til analysen af data er, at det er meget svært at lægge de forskellige former for data sammen, så man fx kan krydse med baggrundsfaktorer eller følge en enkelt brugers forløb. Dette vil blive behandlet nærmere i kapitel 8, men stiller altså også nogle barrierer for den følgende analyse.

4. Hvordan bruges Stofindtagelsesrummet?

Indledningsvis belyses hvor mange indtag, der har været i Stofindtagelsesrummet i dets første tre måneder, samt udviklingen i indtagstallet i denne korte periode. Som nedenstående citater fra dagbogen giver udtryk for, kan der godt allerede begynde at tegne sig nogle mønstre for brugerflow, der kan stille særlige og måske nye krav til kapacitet og praksis i Stofindtagelsesrummet:

“Det har været en stille morgen, hvor brugerflow med kø først kom ved 11-12 tiden. Derefter har der dog været et stabilt flow af brugere. Der har været en god stemning, og folk ønsker hinanden glædelig jul” (fra dagbogen d. 24/12 2012).

“En travl aften med mange brugere og en del kø indimellem. Der mangler metadon i gaden, hvilket mærkes på brugerne” (fra dagbogen d. 26/12 2012).

“Konstant mange mennesker, men rolig stemning. Dejligt, at Fixelancen har været åben i aften til at aflaste. Konstant tre-fire mennesker i kø, og flere gange nødvendigt at låse yderdøren ved otte i kø” (fra dagbogen d. 28/12 2012).

4.1 Forventninger til kapaciteten

Ifølge Københavns Kommunes Socialforvaltning (Socialforvaltningen 2011) er Stofindtagelsesrummets nuværende kapacitet beregnet på baggrund af erfaringerne fra udlandet samt kendskabet til stofbrugere på Vesterbro. Man har taget udgangspunkt i forskellige målinger fra Mændenes Hjem, Brobyggerne og Café Den Runde Firkant og sammenlignet dem med politiets opfattelse. Målingerne indikerer, at der dagligt opholder sig 5-600 udsatte stofbrugere på Vesterbro. Det dækker over en gruppe på ca. 300, som opholder sig meget på Vesterbro, og en gruppe på ca. 1.000, som har en løsere tilknytning. Men nyere tal viser, at tallet kan være højere som tidligere nævnt.

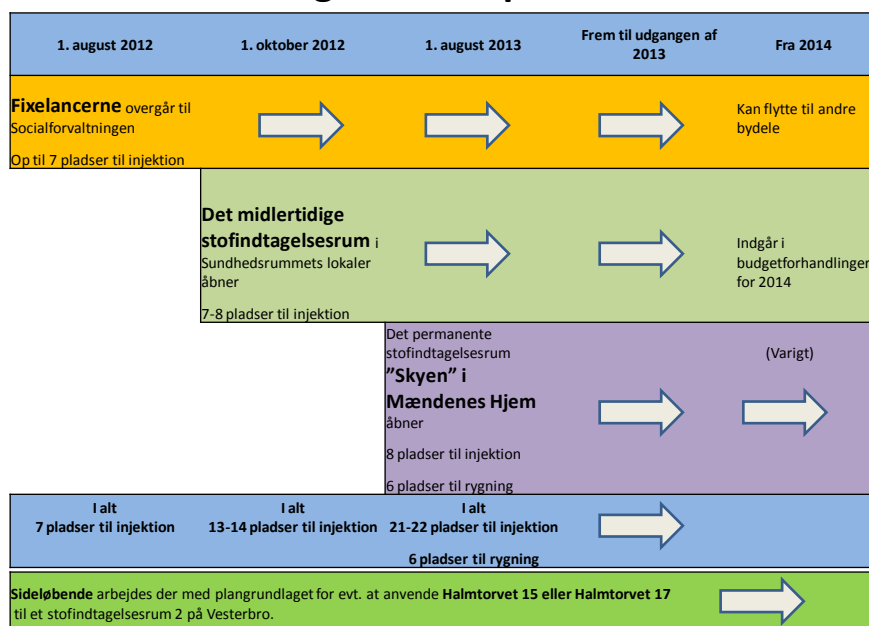
På baggrund af disse erfaringer med miljøet valgte man at opgøre behovet for kapacitet i et antal af ”stofindtagelsesstationer”. En station er i sin simpleste udgave en stol ved et bord, men kan også være et delvis aflukket rum. Erfaringer fra Vancouver siger, at en station kan betjene to til tre brugere i timen. Erfaringer fra Frankfurt peger på cirka to brugere i timen. Et stofindtagelsesrum kan indeholde adskillige stationer, fx har Insite i Vancouver 12 stationer, mens man i Hamburg har 58 fordelt på 8 lokaliteter. Ud fra en fremskrivning af alle disse beregninger og erfaringer fra udlandet forventede Socialforvaltningen oprindeligt (juni 2011), at der ville være behov for 24 stationer til stofindtagelse på Indre Vesterbro med en forudsat åbningstid på 18 timer. Fordi kapacitetsberegningerne var usikre, anbefalede forvaltningen, at man lagde ud med 18 stationer. Til sammenligning har byer som

Frankfurt (indre by) 35 stationer, Hamburg 58 stationer og Zürich 36 stationer (Socialforvaltningen 2011).

Erfaringerne med den åbne stofscene på Vesterbro og en brugerundersøgelse udført af Mændenes Hjem m.fl. pegede desuden på, at der burde være adgang til Stofindtagelsesrummet fra kl. 6.00 til kl. 24.00 alle ugens dage (Socialforvaltningen 2011). Der skulle være en øget kapacitet omkring d. 1. i måneden ("lønningsdag") og på fredage. Disse overvejelser faldt nogenlunde i tråd med erfaringerne fra fx Frankfurt, hvor der er adgang til stofindtagelse mellem kl. 6 og 23 (Socialforvaltningen 2011).

Da behovsopgørelsen trods alt var behæftet med stor usikkerhed, mente Københavns Kommune, at kapaciteten burde udvikles successivt (Socialforvaltningen 2011). På den anden side sagde erfaringerne fra Frankfurt, at der skulle være en substantiel kapacitet for at opnå en mærkbar positiv effekt for lokalområdet. Ud fra disse overvejelser og beregninger anbefalede forvaltningen at lægge ud med en kapacitet på 18 stationer. I det midlertidige Stofindtagelsesrum og Fixelancerne er der tilsammen 15 stationer, men når 'Skyen' åbner på Mændenes Hjem, vil der være 22 injektionspladser og seks rygepladser i alt i København, hvoraf Fixelancerne vil blive placeret forskellige steder i København på det tidspunkt:

Stofindtagelsesrum på Vesterbro



Det optimale ifølge kvalitetsstandarden ville være, at der var beredskab og finansiering til at tilpasse kapaciteten senere i forløbet (Socialforvaltningen 2011). Så meget desto vigtigere er det at analysere de registreringer, der er foretaget i Stofindtagelsesrummet i forhold til kapaciteten med det for øje, at der også kan være andre behov i forhold til kapaciteten om foråret/sommeren, hvor nogle brugere sandsynligvis foretrækker at indtage stoffer i den fri luft.

4.2 Antal registrerede brugere

Der er førstegangsregistreret 617 brugere af Stofindtagelsesrummet i alt ved årsskiftet og dermed efter tre måneders funktion. Vi ved ikke hvor mange, men i hvert fald at flere af disse 617 førstegangsregistreringer dækker over den samme bruger, idet nogle brugere ikke kunne huske deres alias, da de benyttede Stofindtagelsesrummet igen. Datasættet er forsøgt rensset derfor, men det er svært, da der kan være mange måder at skrive et navn på (med stort, småt osv.), og der samtidig ser ud til at være slåfejl ved fødselsdatoerne ind imellem. Desuden giver medarbejderne udtryk for, at det i få tilfælde ikke er muligt at få brugerne til at førstegangsregistrere sig, og at nogle brugere vælger konsekvent at bruge to forskellige alias. Derfor skal analysen læses med de forbehold, at tallet reelt kan være både mindre og højere end 617 unikke brugere, og at brugeralias fra førstegangsregistreringen ikke altid er direkte sammenlignelige med brugeralias fra indtagsregistreringerne. Dog er det en problemstilling, som sandsynligvis vil løse sig i takt med, at både medarbejdere og brugere lærer hinanden og måden at registrere på bedre at kende. Medarbejderen i receptionen får fx bedre tid til førstegangsregistreringerne, når der ikke længere er så mange førstegangsbrugere.

Desværre blev det de første tre måneder heller ikke noteret i den elektroniske førstegangsregistrering, hvilken dato de forskellige brugere besøger Stofindtagelsesrummet første gang. Det ville ellers gøre det let at måle eventuelle mønstre i tilgangen af nye brugere. Det kan ganske vist stadig lade sig gøre for enkelte brugere ved at søge datoen for deres første indtag, men der er 15.498 indtag at søge imellem, som systemet er bygget op nu, så det er en meget omstændig proces. Efter at have opdaget denne 'mangel' i førstegangsregistreringen er medarbejderne allerede begyndt at registrere datoen for førstegangsregistrering.

Fremover bør det indlægges som en automatisk registrering i systemet, så snart man udfylder en ny førstegangsregistrering, så medarbejderne end ikke behøver huske dagens dato.

4.3 Antal indtag

I perioden 2. oktober til 31. december 2012 har der i gennemsnit været 198 indtag pr. dag i Fixelancerne og Stofindtagelsesrummet tilsammen. Gennemsnitligt er der 162 indtag i Stofindtagelsesrummet om dagen, mens der gennemsnitligt er 36 i Fixelancerne om dagen i denne periode.



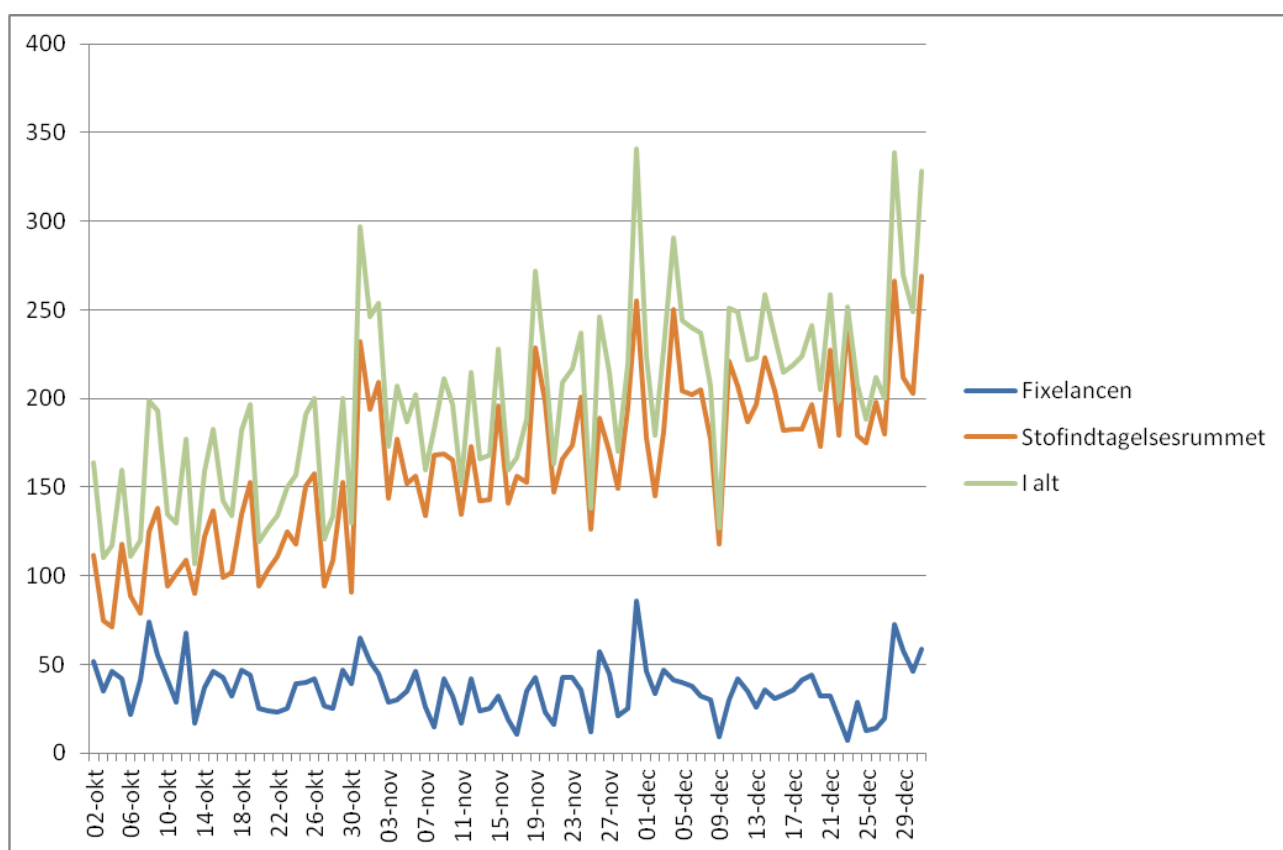
Injektion med hjælp fra venescanner i Stofindtagelsesrummet

Der er dog sket en markant udvikling i antallet af indtag bare i løbet af de tre første måneder, som det fremgår af diagrammerne nedenfor.

Lige omkring månedsskiftet forekommer der alle tre gange en væsentlig øgning i antallet af indtag, hvilket sandsynligvis hænger sammen med udbetaling af penge. Det afspejles også i dagbogen, som citaterne ovenfor viste. Der var således 300 indtag i alt d. 1. november, hvorefter tallet hurtigt faldt til lidt over 200 indtag om dagen.

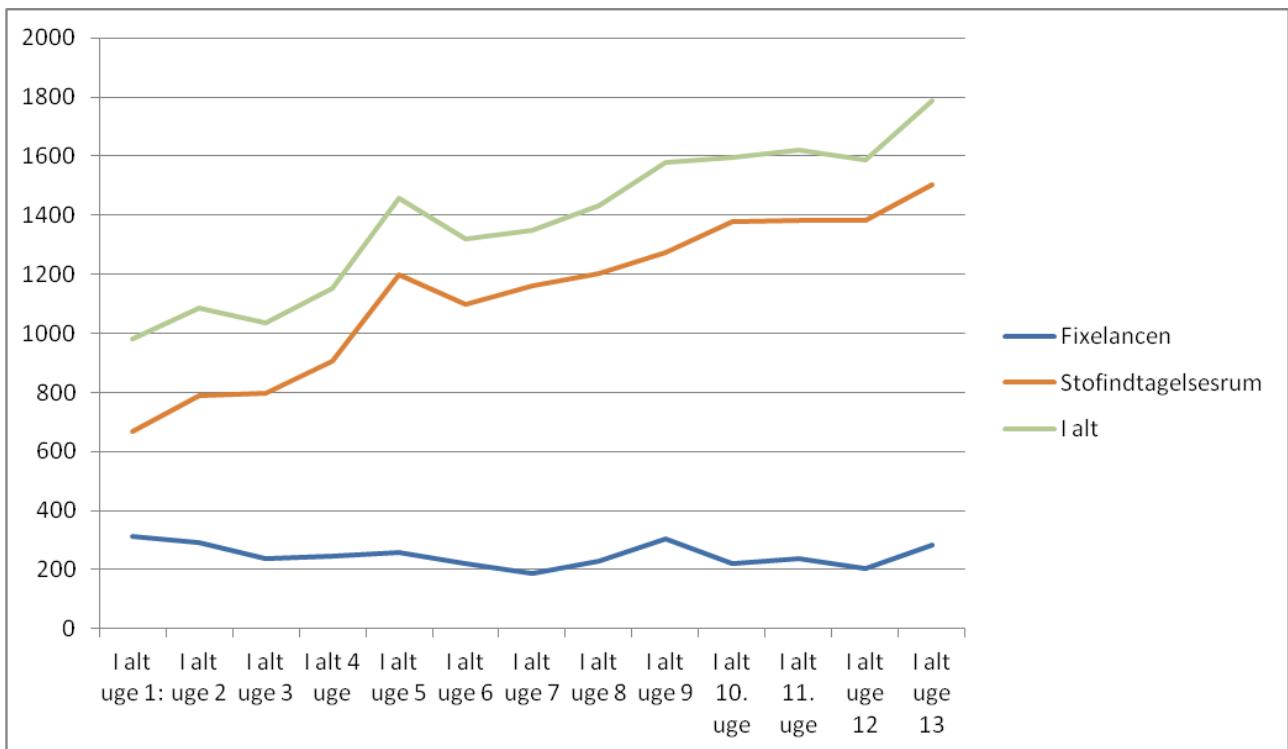
Men der er fortsat et øget antal indtag i november måned i forhold til oktober måned, hvor tallet svingede mellem 100 og 200 indtag om dagen. Stigningen fra oktober til november måned opleves udelukkende i Stofindtagelsesrummet og ikke i Fixelancerne, der fortsætter med samme stabile antal indtag som i oktober. Noget tyder altså på, at Stofindtagelsesrummet har tiltrukket flere brugere i takt med, at nyheden har spredt sig. Det samme sker i december måned, hvor stigningen i antallet af indtag i Stofindtagelsesrummet fortsætter og nu ligger på mellem 200 og 250 indtag om dagen:

Fig. 1: Antal indtag i Stofindtagelsesrummet og Fixelancen fra d. 2/10 til d. 31/12 2012



Nedenfor ses den samme udvikling på ugebasis, hvor det måske er mere markant:

Fig. 2: Antal indtag i Stofindtagelsesrummet og Fixelancen på ugebasis fra d. 2/10 til d. 31/12 2012

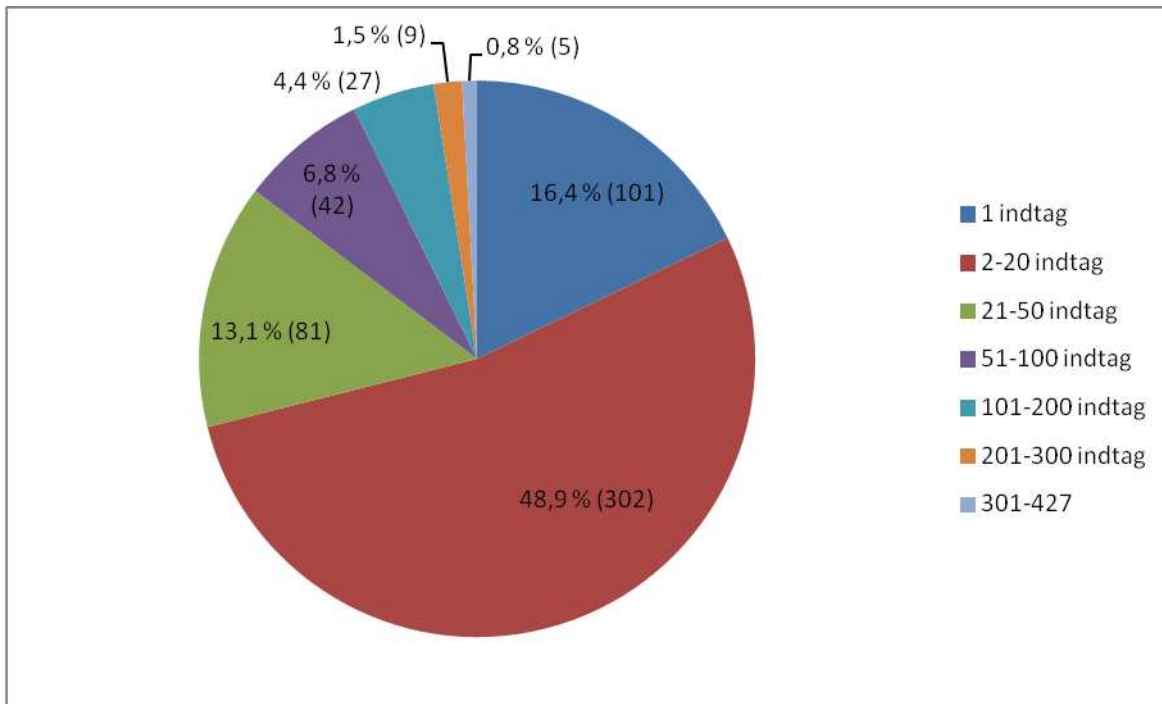


I øvrigt er der de første tre måneder ikke begyndt at danne sig nogle faste mønstre i forhold til ugedagene således, at der skulle være flere indtag fx i weekenden end andre dage. Det svinger meget fra uge til uge, hvilke dage der er flest og færrest indtag. Det er dog et forhold, der kan ændre sig i takt med, at brugerne begynder at danne faste rytmer.

4.4 Indtagshyppighed

Nedenfor ses en gruppering af de 617 brugere i alt i forhold til, hvor mange indtag de har haft i Stofindtagelsesrummet i løbet af de første tre måneder. Det ses, at 2/3 af brugerne maksimalt har haft 20 indtag i Stofindtagelsesrummet i løbet af de første tre måneder, en 'mellemsggruppe' på 20 % har haft mellem 21 og 100 indtag, mens en gruppe på knap 7 % har haft mellem 101 og 427 indtag. En nærmere beskrivelse af disse tre grupper følger senere:

Fig. 3: Gruppering af brugerne efter antal indtag



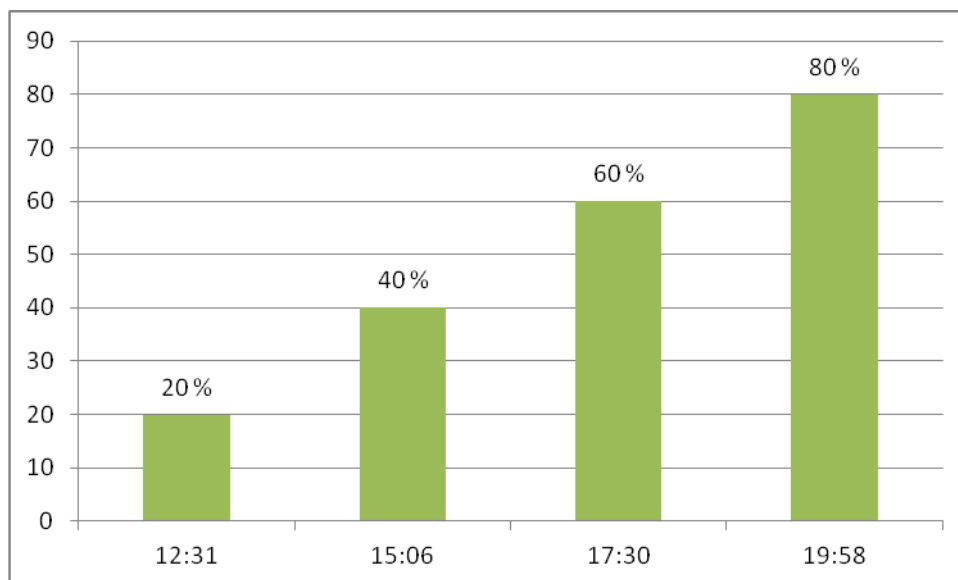
Disse tal kan selvfølgelig ikke tænkes at være lig det billede af Stofindtagelsesrummet, vi generelt kommer til at se fremover, idet det for manges vedkommende stadig er en nyhed. Flere af de brugere, der kun har besøgt Stofindtagelsesrummet få gange i løbet af de første tre måneder, kan allerede i dag være begyndt at komme der oftere og mere fast.

Det er i øvrigt endnu ikke muligt at sige noget om, hvor mange af brugerne der fortsætter med at indtage stoffer i det offentlige rum, selvom de kommer i Stofindtagelsesrummet, men det er helt klart et af de parametre, der bør følges op på længere ud i fremtiden. Udenlandske undersøgelser viser, at størstedelen af brugerne af stofindtagelsesrum fortsætter med at indtage stoffer i det offentlige rum. I Rotterdam gælder det 69 %, der gennemsnitligt har 18 indtag udenfor stofindtagelsesrummet om måneden; i Hamborg angiver 54 %, at de indenfor de sidste 24 timer har indtaget stoffer i hjemmet og 37 % i det offentlige rum. Endelig har 59 % af brugerne i Vancouver angivet, at de kun bruger stofindtagelsesrummet 1-5 gange om måneden (Ege 2011). Man kan altså ikke regne med, at Stofindtagelsesrummet fuldstændig vil få stofbrugere væk fra gaderne, men trods alt skabe en form for kontakt til brugere, som tidligere var langt sværere at komme i kontakt med.

4.5 Indtagstidspunkter

Ser man på de registrerede starttidspunkter på de otte pladser i Stofindtagelsesrummet, så starter de første brugere med at indtage stoffer kl. 8.30 og de sidste omkring kl. 23.30. Der er tydeligvis et toppunkt omkring kl. 18 med flest besøgende på samme tid. Ifølge en medarbejder starter det 'større ryk ind' dog allerede omkring kl. 12 og fortsætter til lukketid, hvor de i det tidsrum har ca. 3-4 timer med kø hver dag. Det stemmer overens med nedenstående diagram, der viser, at 20 % af dagens indtag først nås kl. 12.31 (altså efter fire timer), hvorefter det går stærkere. Allerede 2,5 time senere (kl. 15.06) har 40 % af dagens indtag fundet sted. Dernæst går der lidt mindre end 2,5 time igen (kl. 17.30) før 60 % af indtagene har fundet sted, og 2,5 time igen før de 80 % af indtagene er nået (kl. 19.58). Det betyder, at der er lidt roligere igen i aften timerne, hvor 20 % af dagens indtag gennemsnitligt bliver foretaget på 3,5 time:

Fig. 4: Et gennemsnitligt dagsforløb i forhold til antal indtag i tidsintervaller

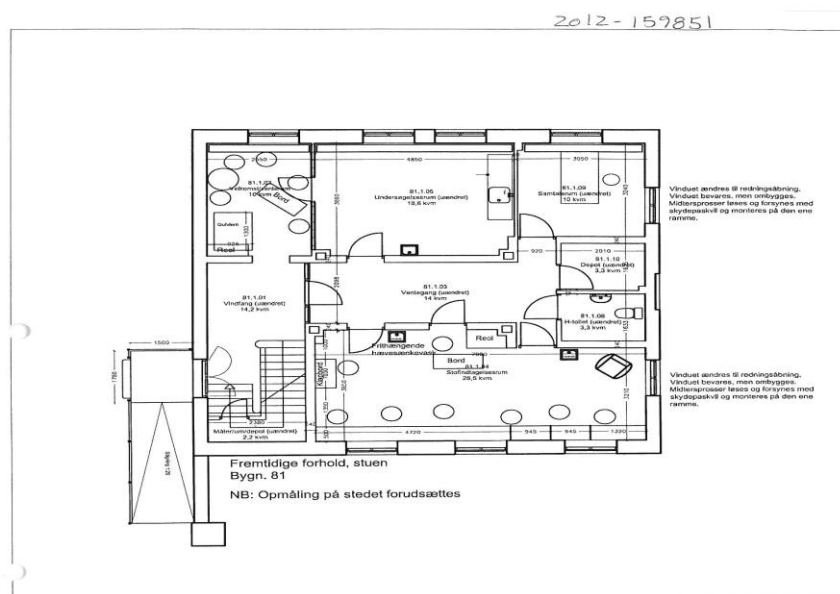


4.6 Indtagenes varighed

Stofindtagelsesrummet har som allerede nævnt otte stofindtagelsespladser, hvoraf plads nr. 8 kun er åben, hvis der er fire medarbejdere tilstede, og i det hele taget

først blev åbnet d. 26/12 2012, mens der for de andre syv pladser er data for hele perioden. Plads 1-3 skiller sig ud fra de øvrige ved at være afskærmede.

Nedenstående arkitekttegning over Stofindtagelsesrummet giver et billede af indtagspladserne markeret som cirkler i det største rum nederst på tegningen:



BYGNING 81, HALMTORVET 9D	
SUNDHEDSRUMMET	
Socialforvaltningen	Project no.
Københavns Ejendomme	Designed BJAN /
INDRETNING AF STOFINDTAGELSESNUM	Checked
	Approved BJAN
	Scale 1:100 (A4), 1:50 (A3)
	Date 2012.10.10 Rev.

COWI COWI A/S Tel. +45 45 87 22 11
 Paraplvej 2 Fax. +45 45 87 22 12
 DK-2800 Kongens Lyngby www.cowi.dk

Der er en stærk signifikant sammenhæng² i forhold til brugen af pladserne, idet brugerne ofte vælger den samme plads og dermed allerede har dannet vaner.

På gennemsnitstallene for den tid, hver bruger optager hver plads, nedenfor ses, at de første tre pladsers gennemsnitlige 'indtagstid' er en smule længere end de øvrige pladser. Men det generelle billede er, at den gennemsnitlige indtagstid er forbløffende ens for alle otte pladser. Generelt optager hver enkelt bruger altså en plads i Stofindtagelsesrummet i ca. 21 minutter, hvilket passer fuldstændig til, at man har kalkuleret med et gennemsnit på 20 minutter ved oprettelsen af rummet ud fra erfaringerne fra udlandet som nævnt tidligere (Socialforvaltningen 2011):

² Chi²= 0,000.

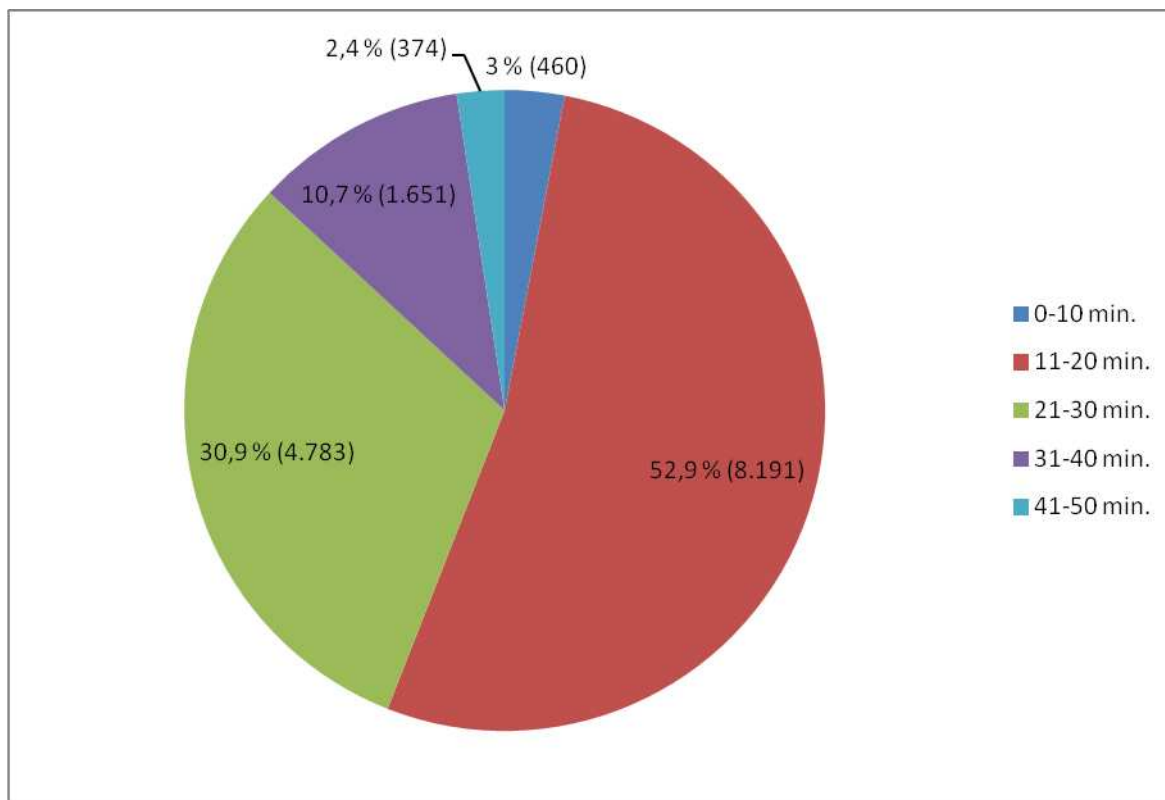
Fig. 5: Den gennemsnitlige indtagstid ved hver plads

Pladsnr.	Gennemsnitlig indtagstid	Tidsperiode
1 (2681 indtag)	22 minutter	(1/10 2012 -4/1 2013)
2 (2116 indtag)	22 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
3 (2059 indtag)	23 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
4 (2234 indtag)	19 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
5 (1980 indtag)	20 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
6 (1987 indtag)	21 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
7 (2175 indtag)	20 minutter	(2/10 2012 - 4/1 2013)
8 (266 indtag)	20 minutter	(26/12 2012 - 4/1 2013)
I alt (15.498)	<i>21 minutter</i>	<i>(1/10 2012 - 4/1 2013)</i>

Alle disse tidsregistreringer er angiveligt behæftet med en vis procentdel fejl, idet de medarbejdere, der skal registrere, også har til opgave at bevare ro og orden, hjælpe brugerne m.m. i Stofindtagelsesrummet i det hele taget. Således er der enkelte steder fx angivet sluttidspunkter, der kommer før starttidspunkter. Men når der er tale om så stort et datamateriale, og det samtidig giver så ens gennemsnitstal for de forskellige pladser, der oven i købet svarer fuldstændig til den forventede kapacitetsberegning baseret på erfaringerne fra udlandet (Socialforvaltningen 2011), er der god grund til at mene, at resultaterne tegner et reelt billede.

Går vi et skridt dybere i analysen og udregner gennemsnitstiden for hver bruger over samtlige af de indtag, de har fået i Stofindtagelsesrummet de første tre måneder, ser fordelingen ud som nedenfor. Her er indtagstider over 50 minutter ikke medtaget, da de kun udgør 0,2 %:

Fig. 6: Hver enkelt brugers gennemsnitlige indtagstid i alt i kategorier



Mere end halvdelen af brugerne bruger gennemsnitligt mellem 10 og 20 minutter på deres indtag, mens knap 1/3 bruger mellem 20 og 30 minutter. Kun ganske få brugere har altså behov for mere end en halv time eller mindre end 10 minutter til deres indtag.

Stoftypens betydning for indtagenes varighed

Hver brugers gennemsnitlige indtagstid er signifikant³ afhængig af, hvilken type stof de indtager. Fx er der ingen Ketogan-indtag og kun ganske få pilleindtag, der varer mere end en halv time, hvorimod en stor del af indtagene af ukendte stoffer samt samtidig indtag af heroin og kokain og andre sammensætninger varer mere end en halv time.

³ Chi²= 0,000

5 Hvem benytter Stofindtagelsesrummet?

Efter at have belyst kapacitetsspørgsmålene vil blikket nu blive vendt mod, hvem brugerne er som en samlet gruppe for eventuelt at kunne udpege nogle særlige behov og for at belyse, om man har fået fat i den forventede målgruppe eller måske skal gøre en ekstra indsats for at nå den.

5.1 Den forventede målgruppe

Som nævnt i indledningen afgrænser loven målgruppen for stofindtagelsesrum til "stærkt afhængige misbrugere med et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer" (Socialforvaltningen 2012). Det er medarbejdernes klare opfattelse, at der er tale om en brugergruppe af stærkt afhængige stofbrugere - og dermed er ikke sagt, at man med sikkerhed allerede har nået hele målgruppen.

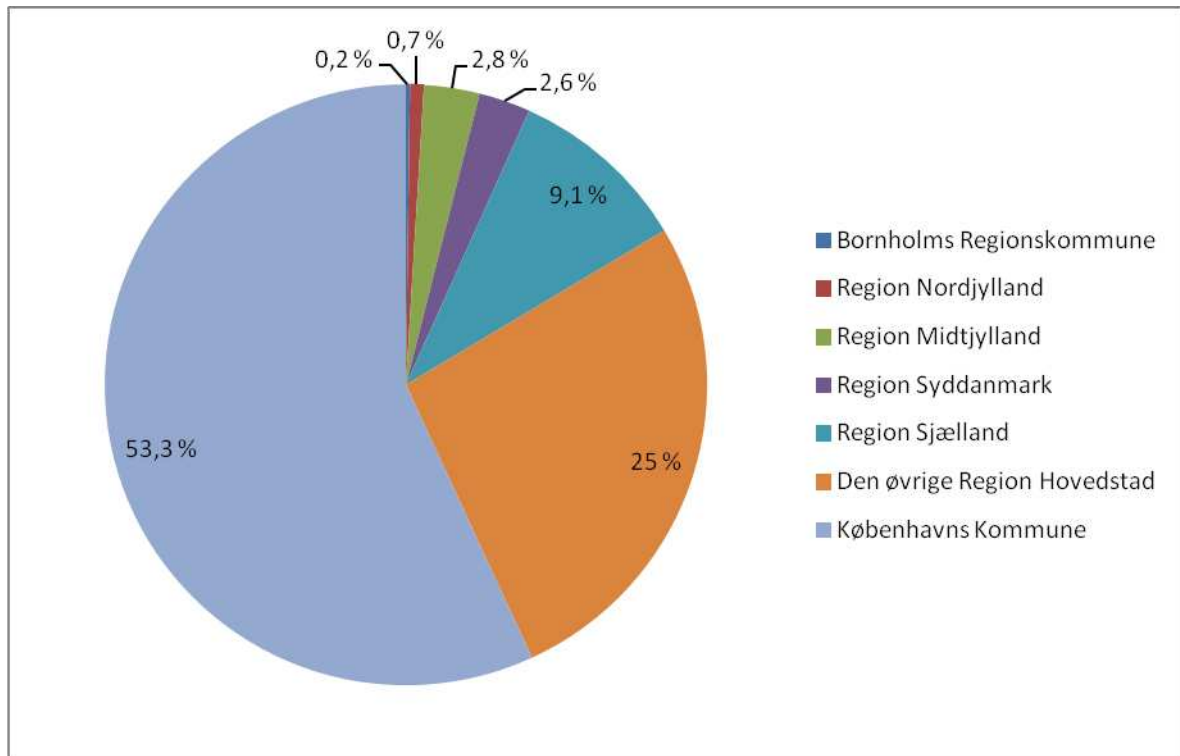
5.2 Hvor kommer brugerne fra?

Af de 617 brugere af Stofindtagelsesrummet, der er registreret i systemet, er de 18,8 % (116) registreret som værende udlændinge forstået på den måde, at de ikke er tilknyttet en dansk kommune. Man kan ud fra de første tre måneders dataregistrering desværre ikke sige noget om nationaliteten på udlændingene, men man er sidenhen allerede begyndt at registrere, hvilke lande udlændingene kommer fra.

Blandt de 501 resterende dansk-registrerede brugere er der 36, der ikke har oplyst kommunetilhørsforhold og derfor lige så vel kan være udlændinge som bosiddende i Danmark. Blandt de 465 brugere, der har oplyst dansk kommunetilhørsforhold, er kommunefordelingen, som det fremgår af diagrammet nedenfor. Helt overordnet ses, at kommuner fra Region Hovedstaden står for 85 % af Stofindtagelsesrummets brugere. 9 % kommer fra Region Sjælland, mens kun ganske få kommer fra landets øvrige regioner. Det er iøjnefaldende, at mere end halvdelen af brugerne kommer fra Københavns Kommune. Men det er samtidig bemærkelsesværdigt, at der kommer brugere langvejs fra. Der er registreret brugere fra ikke mindre end 55 danske kommuner foruden de udenlandske brugere. Der er naturligt nok flest brugere fra

kommunerne tæt på hovedstaden og Sjælland, men også brugere der kommer helt fra Kolding, Sønderborg, Århus, Ålborg, Bornholm, Odense og Lolland mm.:

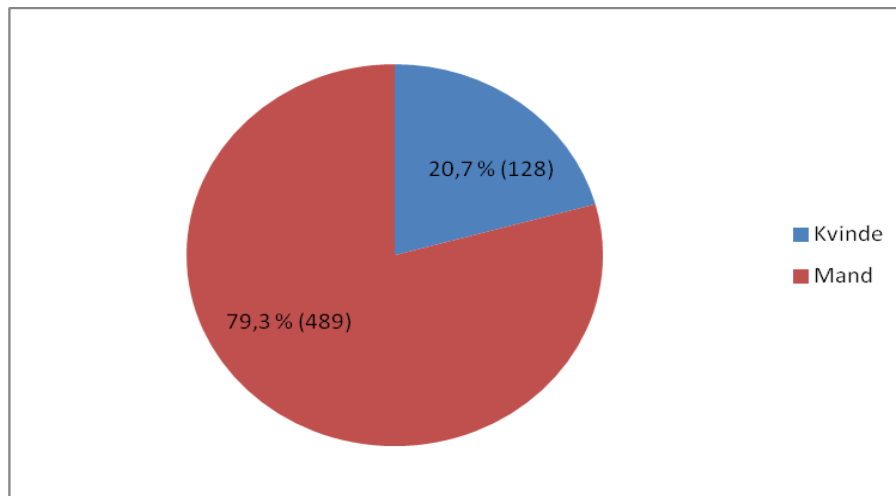
Fig. 7: Brugernes regionstilknytning (N = 465)



5.3 Kønsfordeling

Nedenfor ses, at næsten 80 % af brugerne af Stofindtagelsesrummet de første tre måneder er mænd, mens lidt over 20 % er kvinder:

Fig. 8: Brugernes kønsfordeling de første tre måneder



Denne kønsfordeling stemmer nogenlunde overens med den generelle kønsfordeling for stofbrugere (Sundhedsstyrelsen 2012; Brandt 2006 m.fl.). Det ser dermed ud til, at Stofindtagelsesrummet har været lige god til at tiltrække mænd som kvinder.

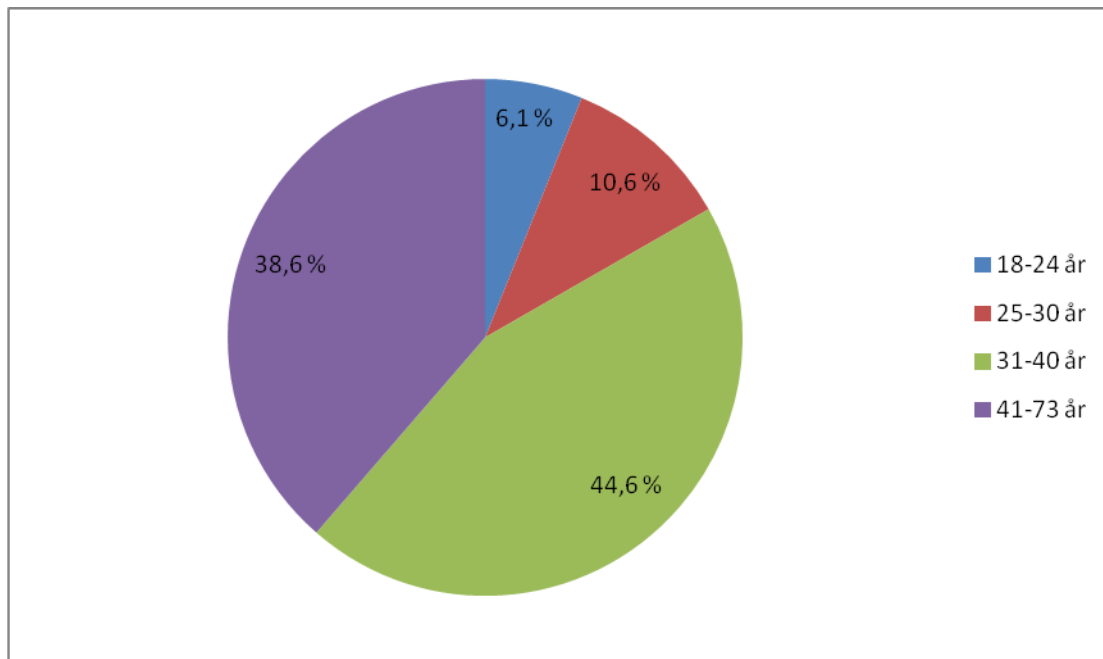
Der er i øvrigt ingen signifikante sammenhænge mellem køn og kommunetilhørsforhold eller national baggrund.

5.4 Aldersfordeling

Brugerne er gennemsnitligt 41 år gamle, når de henvender sig til Stofindtagelsesrummet første gang. Faktisk er 44,3 % af brugerne 32-41 år gamle. Men der er registreret brugere med en alder helt op til 73 år.

Nedenfor er den samlede aldersfordeling delt i fire for henholdsvis 'meget unge, unge, midaldrende og ældre brugere'. Her fremgår det tydeligt, at de yngre brugere under 30 år er de mest sjældne i Stofindtagelsesrummet, og at der blandt dem er flere over 25 år end helt unge. Men det er også bemærkelsesværdigt, at de to grupper af henholdsvis 31-40-årige og 41-73-årige er næsten lige store:

Fig. 9: Brugernes aldersfordeling i kategorier (N =554)

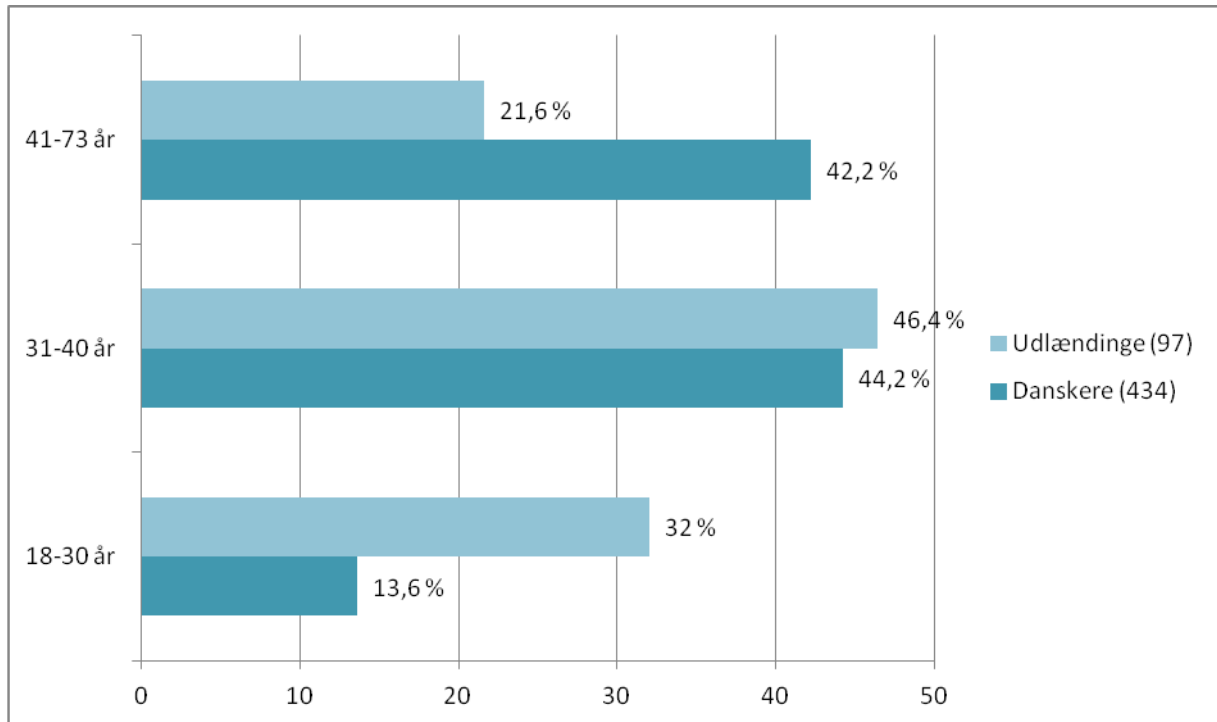


Der er ingen signifikant sammenhæng mellem alder og køn blandt brugerne; hvilket vil sige, at de kvindelige og mandlige brugere er lige gamle (og at der er forholdsvis en lige stor andel af mænd og kvinder i hver aldersgruppe), selvom andre undersøgelser viser signifikante kønsforskelle, hvad angår fx debutalder for stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen 2012).

Til gengæld er der en signifikant sammenhæng mellem brugernes nationalitet og alder på den måde, at udlændingene er yngre end danskerne, som det ses nedenfor⁴. I den 'midaldrende gruppe' er der dog forholdsvis næsten lige mange danske og udenlandske brugere:

⁴ Chi²= 0,000. Gamma: 0,000.

Fig. 10: Sammenhængen mellem alder og nationalitet



Den statistiske analyse viser også signifikante aldersforskelle kommunerne imellem⁵, men forskellene er ikke umiddelbart så markante eller let forklarlige. Kommunerne fra Region Sjælland har lidt færre ældre brugere af Stofindtagelsesrummet end kommunerne fra Region Hovedstaden (31,7 % mod 43,5 %). Kommunerne fra Region Syddanmark skiller sig ud ved at have lidt færre unge brugere end de øvrige kommuner (8,3 % mod 13,5 % i Region Hovedstaden og 14,6 % i Region Sjælland).

Samlet om registreringen af brugernes alder skal dog påpeges, at der er tydelige tegn på, at nogle brugere bevidst ønsker at sløre deres identitet, idet det er de samme brugere, der ikke oplyser kommunetilhørsforhold, som fx angiver 1900 som fødselsår. Dette problem er dog allerede blevet afhjulpet ved blot at spørge til fødselsåret, så brugerne fremstår mere anonyme (fødselsdatoen minder meget om CPR-nummeret).

⁵ $\text{Chi}^2 = 0,013$. $\text{Gamma} = 0,001$.

5.5 Stoffyper

I Stofindtagelsesrummet er der indtaget følgende stoffer i perioden fra d. 2/10 2012 til d. 4/1 2013:

Fig. 11: Typen af stoffer indtaget i Stofindtagelsesrummet

Stofstype	Procentdel af det samlede antal indtag ved alle otte pladser
Kokain	66,3 % (10.278 indtag)
Heroin/Kokain	10,8 % (1.677)
Heroin	9,5 % (1.473)
Metadon	5,8 % (898)
Metadon/Kokain	4,7 % (726)
Anden sammensætning	0,9 % (138)
Ukendt stof	0,6 % (96)
Piller andet	0,5 % (77)
Piller opioide gruppen	0,3 % (51)
Speed/Amfetamin	0,2 % (25)
Piller benzodiazepine gruppen	0,1 % (21)
Ketogan	0,1 % (17)
Heroin/Metadon	0,1 % (11)
Ikke angivet	0,0 % (6)
Ketamin	0,0 % (4)

Kokain er altså uden tvivl den mest forekommende stoftype i Stofindtagelsesrummet og står for 2/3 af de stoffer, der indtages. Dette svarer fuldstændig til Fixelancens målinger i 2012, hvor 81 % af indtagene handlede om kokain (Axelsson m.fl. 2012) samt til tallene for stofmisbruget i Danmark generelt (Sundhedsstyrelsen 2012). Men kun 140 eller 22,7 % af de 617 registrerede brugere har udelukkende indtaget kokain hver gang, de er kommet i Stofindtagelsesrummet. Det viser, at selvom kokainen fylder meget i det samlede antal indtag, så kan det for den enkelte bruger godt blive suppleret med andre typer stoffer indimellem.

Ca. 15 % af brugerne af Stofindtagelsesrummet indtager en blanding af stoffer på samme tid.



Injektion med hjælp fra venescanner i Stofindtagelsesrummet

Sammenhængen mellem brugerne og stoftypen er i øvrigt stærkt signifikant⁶ på den måde, at hver enkelt bruger generelt holder sig til de samme typer stoffer eller samme vekslen mellem stoffer under hele forløbet.

Når Stofindtagelsesrummet rykker over på Mændenes Hjem til august 2012, bliver det desuden muligt for brugerne at ryge stoffer.

Efter denne generelle beskrivelse af brugergruppen er det nu interessant at vende tilbage til de brugere, der har haft henholdsvis mange, middelmange og få indtag i Stofindtagelsesrummet, for at belyse deres karakteristika i forhold til den samlede gruppe. Det skal dog igen understreges, at det ikke altid er muligt på nuværende tidspunkt at sammenligne brugeralias fra førstegangsregistreringen direkte med brugeralias fra indtagsregistreringerne, hvorfor følgende tal skal læses som udtryk for de store strukturer fremfor detaljerede signifikante beskrivelser af brugergrupperne:

⁶ $\text{Chi}^2 = 0,000$.

Brugere med mange indtag i Stofindtagelsesrummet

Den gruppe af brugere, der er mest interessant at belyse nærmere i første omgang, er de brugere, der allerede kommer flere gange dagligt i Stofindtagelsesrummet med mellem 101 og 427 indtag i løbet af tre måneder. Denne gruppe udgør i Stofindtagelsesrummets startfase kun 6,7 % eller 41 af brugerne⁷, men står jo til gengæld for mange af indtagene.

Gruppen indtager signifikant oftere kokain end de øvrige grupper⁸, hvilket kan være en del af forklaringen på de hyppige indtag. Aldersmæssigt er der kun en enkelt bruger over 41 år, som jo er gennemsnittet for den samlede brugergruppe. Det betyder altså, at brugerne med mange indtag er forholdsvis unge i forhold til de øvrige brugere. Ca. halvdelen er udlændinge og ikke tilknyttet en dansk kommune (hvilket er mere end for den samlede brugergruppe, hvor knap 19 % er udlændinge). Knap 15 % er kvinder (med tilknytning til en dansk kommune) i denne gruppe; det vil sige lidt færre end i den samlede brugergruppe, hvor knap 21 % er kvinder⁹.

Det maksimale antal gange, den samme bruger er registreret i Stofindtagelsesrummet i løbet af de første tre måneder, er altså 427 gange; dvs. ca. 142 gange om måneden, 36 gange om ugen eller fem gange om dagen. Der er her tale om en mand på 38 år, der kommer fra Asien og ikke er tilknyttet en dansk kommune. Han har tydeligvis et blandingsmisbrug, idet han i knap 73 % af tilfældene udelukkende har taget kokain, mens 11 % af besøgene har handlet om at indtage både heroin og kokain, 9 % har handlet om metadon, 4 % om udelukkende heroin, knap 2 % om metadon og kokain, 0,5 % om andre former for piller, 0,5 % om et ukendt stof og 0,2 % om en anden sammensætning af stoffer. Endelig er brugeren beskrevet i både dagbogen og situationsrapporter som ophavsmand til flere konflikter, der er endt i håndgemæng.

⁷ Her skal der tages forbehold for, at den samlede gruppe af 617 brugere reelt kan dække over et mindre eller større antal brugere på grund af forskellig brug af alias som nævnt tidligere.

⁸ $\text{Chi}^2 = 0,000$.

⁹ Eftersom det ikke kan lade sig gøre at sammenlægge førstegangsregistreringerne med indtagsregistreringerne optimalt, har denne krydsning med baggrundsfaktorerne (bortset fra stoftypen) ikke været gennem en statistisk signifikanstest. Dertil kommer, at ikke alle bruger-alias fra pladsregistreringerne kan findes i førstegangsregistreringen.

Dette er et godt eksempel på, hvordan baggrundsdata og indtagsregistreringer kan bruges til at følge brugere i forhold til behovet for støtte og brobygningstiltag.

Brugere med 'middelmange' indtag i Stofindtagelsesrummet

Også 'mellemgruppen' af brugere, der har haft mellem 21 og 100 indtag i løbet af Stofindtagelsesrummets første tre måneder, hvilket svarer til maksimalt ca. et indtag om dagen, må også være et tegn på en begyndende fast brugergruppe. De har sandsynligvis ikke alle deres indtag i Stofindtagelsesrummet, men kommer der dog næsten dagligt og er dermed allerede ved at danne vaner. Denne gruppe udgør 20 % eller 123 brugere i Stofindtagelsesrummets første tre måneder og indtager signifikant oftere heroin end de øvrige grupper¹⁰, hvilket ikke kræver så hyppige indtag som ved forbrug af kokain. 26 af brugerne i gruppen er kvinder. Det svarer til 21 % af gruppen med 'middelmange indtag', som er fuldstændig lig gennemsnittallet for kvinder i den samlede brugergruppe. Der er desuden en større aldersspredning mellem unge og ældre brugere i denne gruppe end i gruppen med mange indtag, og flere brugere med tilknytning til en dansk kommune.

Brugere med få indtag i Stofindtagelsesrummet

Ifølge registreringerne via 'bruger-alias' har 101 brugere af de 617 brugere i alt (dvs. 16 %) kun haft et enkelt indtag i Stofindtagelsesrummet. Samtidig har knap halvdelen af samtlige brugere haft 2-20 indtag, hvilket betyder, at 2/3 af brugerne maksimalt har nået at have 20 indtag i løbet af Stofindtagelsesrummets første tre måneder. Som nævnt ovenfor, er denne gruppe stadig meget 'usikker', idet der kan være tale om nyligt tilkomne brugere, der senere begynder at komme mere fast i Stofindtagelsesrummet, eller brugere der har skiftet alias i løbet af perioden. Derfor er gruppen heller ikke nær så vigtig at belyse nærmere i forhold til baggrundsfaktorerne som de øvrige grupper på nuværende tidspunkt.

Men gruppen af brugere med få indtag er signifikant¹¹ oftere end andre brugere at finde blandt dem, der indtager en 'anden sammensætning'¹² af stoffer end heroin og

¹⁰ Chi² = 0,000.

¹¹ Chi² = 0,000.

¹² Det kan fx være sammensætninger med Ketamin, Ketogan og kokain.

kokain, og er samtidig generelt at finde blandt alle formerne for stofmisbrug, da gruppen er så stor. Med ¼ kvinder er der flere kvinder i denne gruppe end i gennemsnittet for den samlede gruppe, hvilket kan betyde, at kvinderne generelt har været længere tid om at begynde at bruge Stofindtagelsesrummet end mændene, generelt ikke vil komme lige så hyppigt i Stofindtagelsesrummet som mændene, eller måske mere bevidst end mændene skifter bruger-alias for at sløre identiteten. Gruppen af brugere med få indtag indeholder i øvrigt lidt færre udlændinge end gennemsnittet og en bredere variation i alder end grupperne med flere indtag.

5.6 Stofindtagelsesrummets typiske bruger

På baggrund af denne analyse kan vi tegne et billede af Stofindtagelsesrummets typiske bruger. Det drejer sig om en mand på 41 år, der bor i Københavns Kommune og primært indtager kokain, men også supplerer med andre typer stoffer indimellem. Han anvender Stofindtagelsesrummet ved 18 tiden og kommer endnu ikke flere gange om dagen.



Injektion ved plads 2 i Stofindtagelsesrummet

6. Brobygning

”Bruger har haft to psykotiske perioder i forbindelse med kokainindtag. Første gang er det vanskeligt at få ham til at lægge nålen fra sig, og han kommer helt ud på pladsen, inden han overtales til at smide den. Har en samtale med ham efterfølgende, hvor han fortæller, at han er i behandling via Roskilde Kommune, hvor han også bor. Han oplyser, at han har en kontaktperson. Det er ikke tydeligt for mig, hvorvidt det er i psykiatrien eller i misbrugsregi. Han har det dårligt med at være i miljøet, siger han, og det er da også tydeligt at se. Han vil gerne have hjælp fra os til at komme i kontakt med sin kontaktperson i Roskilde, hvilket vi må arbejde på at få etableret efter jul/nytår” (Fra dagbogen d. 25/12 2012).

Der er i alt foretaget 220 brobygningshenvisninger i Stofindtagelsesrummets første tre måneder ifølge medarbejdernes egen registrering. Desværre er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at knytte denne registrering sammen med den øvrige dataindsamling, da der hverken er registreret data eller bruger-alias i forhold til brobygningen. De 220 henvisninger kan derfor dække over den samme bruger, der har fået flere henvisninger osv. – det er med andre ord ikke muligt at sige, hvor stor en procentdel af brugerne af Stofindtagelsesrummet, der modtager brobygning i denne periode. Men dataindsamlingen er allerede ændret, så det bliver muligt og lettere på længere sigt.

Medarbejdernes dagbog tyder i øvrigt på, at der også foretages en del mindre former for brobygning i forhold til borgere, der *ikke* bruger Stofindtagelsesrummet:

”Borgeren, der ikke er bruger af Stofindtagelsesrummet, henvises til Sundhedsrummet for sårskift. Har fået lov at tage bad her i dag og kunne godt selv skifte sår, der er meget stort” (fra dagbogen d. 25/12 2012).

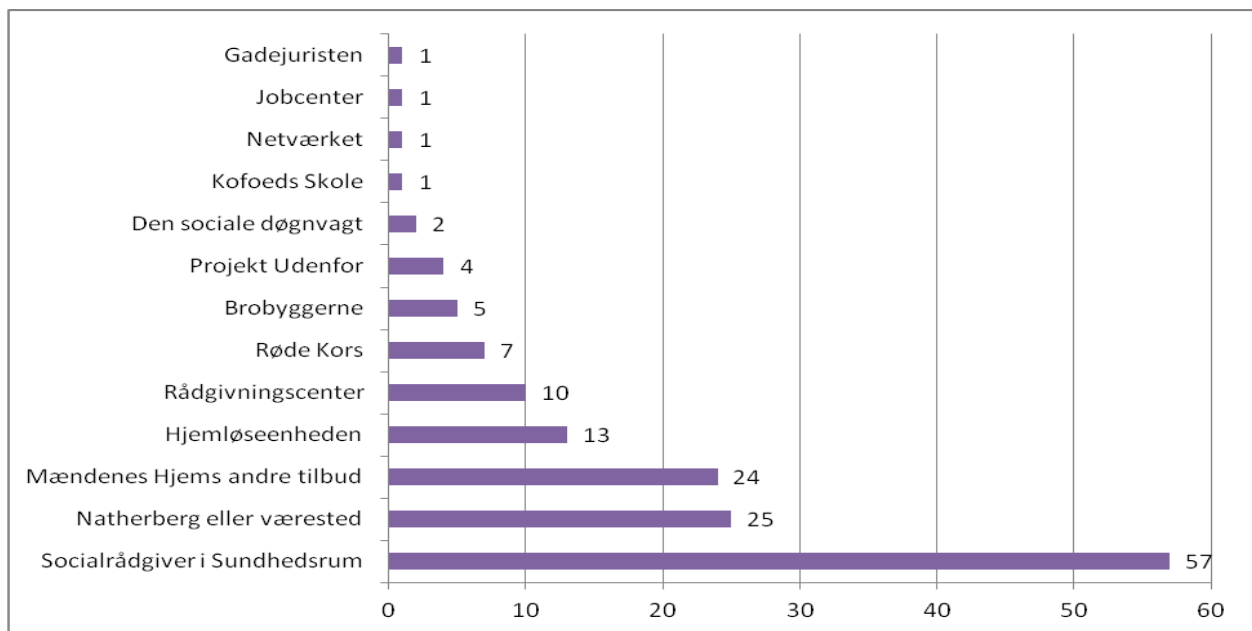
”Der har været en bruger (ukendt for os), der har spurgt efter panodil. Har sagt, Sundhedsrummet åbner i morgen” (fra dagbogen d. 26/12 2012).

6.1 Socialfaglig brobygning

Af den brobygning, der er registreret med tal, har der været flest henvisninger til de socialfaglige tilbud (i alt 124 eller 56,4 %). Det ses nedenfor, at næsten halvdelen af

disse henvisninger drejede sig om socialrådgiveren i Sundhedsrummet. Men også natherberg, væresteder, Mændenes Hjemts tilbud og Hjemløseenheden har der været en del henvisninger til:

Fig. 12: Antal henvisninger til socialfaglige tilbud fra Stofindtagelsesrummet oktober-december 2012



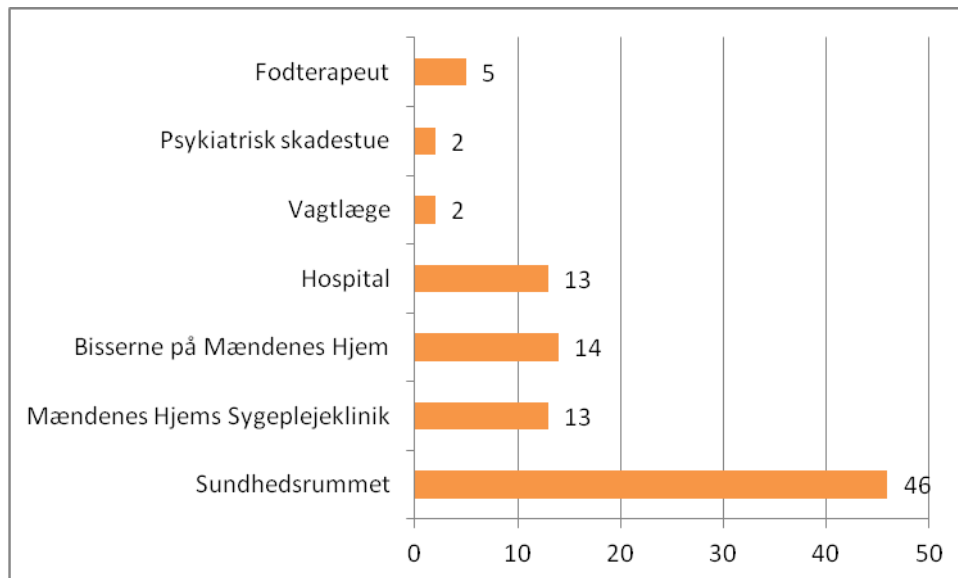
Dagbogen rummer mange detaljerede billeder af de socialfaglige brobygningssager medarbejderne står med:

”Bruger blev henvist til Herberget Lærkehøj i går aftes af personalet her. Han blev bestjålet derude og vil ikke overnatte der en gang til. Vedkommende ønsker ikke at finde Herberg i Hillerødgade, og ønsker ikke endnu en nat på Mændenes Hjem, da han også er blevet bestjålet der. Jeg kan ikke finde andre akutte nærliggende overnatningsmuligheder til dansk statsborger” (fra dagbogen d. 26/12 2012).

6.2 Sundhedsfaglig brobygning

Der er i alt ydet sundhedsfaglig brobygning 89 gange (40,5 %) i perioden fra oktober til december 2012. Mere end halvdelen af dette brobygningsarbejde har handlet om henvisninger til Sundhedsrummet, som det ses nedenfor:

Fig. 13: Antal henvisninger til sundhedsfaglige tilbud fra Stofindtagelsesrummet oktober, november og december 2012



Eksempler på sundhedsfaglig brobygning findes der også masser af i dagbogen:

"Bruger kommer træt, bleg, gusten og mat. Fortæller, at han fik 4 dages AB kur i sidste uge udleveret fra Sundhedsrummet for lungebetændelse. Han fik det bedre, men har nu tydeligt tilbagefald. Sovet det meste af tiden de sidste tre dage på MH. Aktuelt SAT 92, p 107. Har ikke kunnet købe sin vanlige HIV medicin pga. manglende økonomi og identifikationspapirer siden hans løsladelse 21. november. Efter samtykkeerklæring kontaktes Lægevagten på HH, der booker tid til brugeren for undersøgelse/evt. indlæggelse på HH. Brugeren magter dog ikke at tage derud, har ikke været i bad. Han takker for hjælpen og må se, hvad der sker. Han fortæller, at han tidligere har aftalt med en mandlig kollega i Stofindtagelsesrummet at tage til HH på onsdag til en booket tid. Samtykkeerklæringen er lagt på bord" (fra dagbogen d. 24/12 2012).

"25-årig bulgarsk bruger af stofrummet henvender sig vedr. start af substitutionsbehandling. Han har adresse og bolig, cpr. nr. og arbejde i DK. Efter længere afklarende samtale henvises han til Rådgivningscenter KBH, Modtageenheden Vest. Vil tage sin søster med til visitationssamtale, da hun er bekendt med hans misbrug. Har bedt ham vende tilbage" (fra dagbogen d. 26/12 2012).

6.3 Andre former for brobygning

Endelig er der fundet andre former for hjælp sted i alt syv gange (3,2 %) i Stofindtagelsesrummet, hvilket tyder på, at der ikke er et stort behov for andre former for brobygning end den social- og sundhedsfaglige. Her er der blevet taget kontakt til brugerens bank i to tilfælde, spærret kreditkort to gange, spærret mobiltelefon to gange og henvist til kirke én gang.

7. Situationsrapporter

I løbet af Stofindtagelsesrummets første tre måneder er der udarbejdet i alt 18 såkaldte situationsrapporter: 2 i oktober, 10 i november og 6 i december. Det giver altså et gennemsnit på seks episoder om måneden (eller ca. en episode om ugen), hvor der er behov for en ekstra indsats fra medarbejdernes side i form af at yde førstehjælp, irettesætte brugere, stoppe slagsmål eller tilkalde politiet eller en ambulance. Det lyder umiddelbart ikke af meget, og medarbejderne giver også generelt udtryk for, at der ikke er mange konflikter i Stofindtagelsesrummet.

Situationsrapporterne har en fast form, der består af kategorierne: Tid, sted, personale, involverede brugere, beskrivelse af hændelsen samt et spørgsmål om, hvorvidt de involverede medarbejdere vil kontaktes af ledelsen.

Her er en oversigt over typen af hændelser i og omkring Stofindtagelsesrummet de første tre måneder:

Fig. 14: Situationsrapporter fra Stofindtagelsesrummet oktober-december 2012

Antal hændelser	Hændelsestype	Medarbejdernes reaktion
9	Skænderier og slagsmål mellem brugere (der i nogle tilfælde involverer medarbejderne)	Irettesættelser, brugerne bliver bedt om at forlade Stofindtagelsesrummet midlertidigt og politiet tilkaldes
6	Overdoser eller brugere, der bliver fjerne og ilter	Førstehjælp med ilt, Naloxon og tilkaldelse af

	dårligt	ambulance
2	Brugere klager over smerter og beder om hjælp	Der henvises i det ene tilfælde til Røde Kors Klinik, fordi der er tale om udlændinge, der ikke er brugere af Stofindtagelsesrummet. I det andet tilfælde ydes førstehjælp.
1	En bruger har medbragt et våben i Stofindtagelsesrummet	Brugeren irettesættes af personalet og politiet tilkaldes

7.1 Konflikter

Som det fremgår af ovenstående oversigt, så handler halvdelen af situationsrapporterne fra de første tre måneder om skænderier og slagsmål brugerne imellem enten inde i Stofindtagelsesrummet eller på pladsen udenfor. Det drejer sig om, at der bliver kastet med enten en potteplante, mursten eller kanyle med blod, slået en rude ind, sparket eller truet medarbejderne verbalt.

Som tidligere nævnt har Stofindtagelsesrummet valgt at føre en karantænefri 'politik', hvor man lægger vægt på direkte og blidere former for konfliktløsning frem for at smide brugerne ud og forbyde dem adgang til Stofindtagelsesrummet, hvilket er unikt i sammenligning med stofindtagelsesrum andre steder i verden. Således fremgår det også af situationsrapporterne, at medarbejdernes reaktioner på ovennævnte konflikter er verbale irettesættelser, at bede brugerne forlade Stofindtagelsesrummet midlertidigt og tilkaldelse af politiet. Da der ikke er tale om tilbagevendende problemer med de samme brugere, og da konfliktniveauet generelt er lavt, ser den karantænefri politik ud til at fungere udmærket. Kun et enkelt kærestepar er involveret i tre af disse konfliktsager, da de ofte skændes, når de indtager deres

stoffer samtidig. Men ellers er der ikke tale om tilbagevendende, langvarig chikane af Stofindtagelsesrummet og dets brugere og medarbejdere.

Som eksempel på denne type hændelse med skænderier og slagsmål kan fremhæves nedenstående i anonymiseret form:

”De to brugere konflikter i venterummet, og jeg beder dem trække udenfor. De råber og truer hinanden. Da Bruger 1 er på vej ud, råber Bruger 2 af ham, og Bruger 1 vender om og slår ham i hovedet. Jeg råber dem an, og Bruger 1 slår igen på en meget råbende Bruger 2. Da Bruger 1 vender sig igen, smider Bruger 2 en potteplante efter ham, der lander ude ved receptionen. De stopper ikke på trods af adskillige henstillinger, men farer igen frem mod hinanden og jeg trykker på alarmen. Medarbejder 2 er nu kommet til, og vi beder Bruger 1 forlade huset. Stående i døren kommer han med adskillige verbale trusler mod mig om, hvad han har tænkt sig at gøre, og hvor utilfreds han er. Ude i gården er der forsat voldsomme udfald mod hinanden, da Bruger 2 trækker ud. Her konflikter Bruger 2 igen med andre brugere, og da politiet kommer, smider han en sprøjte med blod i hovedet på en anden bruger. Politiet taler med ham, og han bliver bedt om at tage hjem med toget. Jeg taler med politiet om episoden med mig/Bruger 1”.

7.2 Overdoser

1/3 af situationsrapporterne handler om overdoser eller situationer, hvor brugerne opleves som fjerne, ukontaktbare, med udvidede pupiller og dårlig iltning. Det kan ske enten i Stofindtagelsesrummet eller på gaden, hvor medarbejderne bliver tilkaldt for at yde førstehjælp. Her ydes straks førstehjælp med iltmaske og Naloxon. Ofte gives Naloxon flere gange, før der er effekt. Der tilkaldes også ambulance, men i de fleste tilfælde når brugerne at komme sig før og bliver ikke kørt på hospitalet. Til sammenligning har en undersøgelse i Sydney vist, at antallet af ambulancetilkaldelser til overdoser faldt med 68 % efter oprettelsen af et stofindtagelsesrum (Ege 2011). Så alene det er vidne om, at stofindtagelsesrum kan være skadesreducerende og samtidig ressourcebesparende ved at koncentrere brugere og akutteam på samme sted med de fornødne hjælpemidler lige ved hånden.



Stofindtag forberedes i Stofindtagelsesrummet

Nedenstående to eksempler på sådanne situationer bevidner, at Stofindtagelsesrummet kan redde liv ved at være så tæt på med førstehjælpsudstyret klar, når det går galt både udenfor og indenfor i Stofindtagelsesrummet:

“Det høres inde i Stofindtagelsesrummet, at en forbigående råber på hjælp. De har tilkaldt ambulance. Vi tager akut udstyret og løber ud mellem de parkerede biler på pladsen. Bruger findes liggende på jorden ukontaktbar og trækker ikke vejret. Der ydes relevant førstehjælp, hvorefter bruger bliver delvist kontaktbar. Der gives ilt nasalt, mens vi afventer ambulancen. Ambulancen ankommer, og bruger kommer på benene, ønsker ikke at blive undersøgt yderligere af ambulance folkene og forlader området. Vi pakker sammen og går tilbage til Stofindtagelsesrummet. Vi vurderer efterfølgende, at det var en OD på kokain, da brugeren har taget en del kokain i løbet af aftenen. Tidligere på aftenen har samme bruger været ved at besvime/falde sammen med en kanyle i lysken efter indtagelse af kokain”.

“Bruger [kvinde] bliver træt, grå og fjern efter kokain/hvid heroin kl. 17.50. Bliver vaklende ført ud af fixerummet med støtte af to personer. Initial SAT 57, puls 110, perifer varm og velcirkuleret. Lægges ned med støttende ventilation via rubensballon og 15 l O₂/min. VAS 10. Bliver mere fjern, slap, RF 7, SAT 100. VAS 5. Divergerende

øjnakser med små pupiller. Der gives Naloxon 0,4 mg kl 18.13, uden effekt. Dosis gentages igen 18.19. BT 131/71 p 99. Ven oplyser, at brugeren tidligere i dag har taget Lexotan. 1-1-2 tilkaldt kl. 18.11 ankomst 18.21. Brugeren vågner samtidig op med gråd, lægger sig i fosterstilling. Oplyser fulde navn og identifikation til ambulancefolkets journal. Ambulance folk takker for god behandling – og beder os huske bruger på, at yderligere indtag af opioider ikke vil virke i aften. Brugeren føler sig maksimalt pinlig berørt over situationen. Efter kort gennemsnak af situationen tager brugeren med mandlig bekendt hjem til sig selv kl. 18.47”.

Som Peter Ege skriver på baggrund af erfaringerne fra udlandet, er det bemærkelsesværdige og den store styrke ved stofindtagelsesrummene netop, at ingen af overdoserne der ender med dødsfald:

”Der er blevet indtaget stoffer i stofindtagelsesrummene millioner af gange. En del (0,1-0,8 %) af disse stofindtag resulterer i overdoser, som kan behandles i stofindtagelsesrummet, og som i ingen tilfælde har resulteret i dødsfald, hvilket er meget bemærkelsesværdigt. Var disse overdoser indtruffet udenfor stofindtagelsesrummene, er der ingen tvivl om at en del af disse overdoser var endt med dødsfald” (Ege 2011:2).

Ifølge Ege har stofindtagelsesrummene en overdosisforebyggende effekt, fordi de nedbryder de risici, der er forbundet med at indtage stoffer alene eller med venner, der ikke er i stand til at yde førstehjælp, eller ikke tør tilkalde hjælp, fordi de er bange for at komme i politiets søgelys.

7.3 Andre former for situationsrapporter

Endelig er der få andre beskrevne situationer, hvor en bruger fx har medbragt et våben, eller hvor brugere beder om hjælp mod smerter og bliver utilfredse og aggressive overfor medarbejderne, hvis de ikke er tilfredse med hjælpen:

”En af vores gæster havde her til aften valgt at tage et jagtgevær med i stofrummet. Dette finder jeg ud af, da han ved et uheld taber det på gulvet. Han forstår først ikke alvoren i mine henstillinger om, at han skal tage sit våben og forlade bygningen, men går i stedet i gang med at pakke det ud foran mig! Til sidst lykkedes det dog at

trænge igennem, og han pakker sit jagtgevær sammen og går igen. I samråd med to medarbejdere beslutter vi at ringe til politiet og fortælle, at vi har set en bruger med et våben, da vi fandt kombinationen af IV kokain og dødelige våben til at være langt fra optimal”.

8. anbefalinger til den fremtidige dataindsamling og evalueringer

Den sidste del af monitoreringen sætter fokus på dataindsamlingen i forhold til evalueringer af Stofindtagelsesrummet udi fremtiden og henvender sig derfor primært til de personer, der skal beskæftige sig med den mere tekniske del af dataindsamlingen i Stofindtagelsesrummet fremover.

Her skal det først og fremmest påpeges, at vi stadig befinder os i en opstartsfasen i forhold til stofindtagelsesrum i Danmark, hvor der skal tænkes og planlægges meget. Det taget i betragtning er der allerede foretaget meget dataindsamling fra Stofindtagelsesrummets første dag. Det er data, der skal gemmes, og altid vil kunne bruges til sammenligninger i fremtiden og med andre tilbud.

Men i forbindelse med den videre udvikling af data-indsamlingen og -analysen er det generelt vigtigt at medtænke følgende forhold:

1. at drage nytte af erfaringerne fra udlandet, så man sikrer sig muligheden for at kunne sammenligne med andre stofindtagelsesrum i verden og samtidig den mest hensigtsmæssige dataindsamling fra begyndelsen af (så man ikke pludselig står og mangler information i forhold til vigtige formål).
2. at gøre en indsats for, at de forskellige stofindtagelsesrum, der måtte blive oprettet i Danmark (også de mobile) kommer til at benytte sig af ens eller i hvert fald meget lignende dataindsamlingsystemer, så praksis de forskellige steder kan sammenlignes på den mest valide måde.
3. at holde for øje, at det skal være let og hurtigt for medarbejderne (også nye medarbejdere og vikarer) at gå til i hverdagen og ikke tage vigtig tid fra brugerne.
4. at oprette en løbende grundlæggende dataindsamling, som også kan benyttes af medarbejderne i hverdagen til fx at planlægge

brobygningshenvisninger i forhold til enkelte brugere eller lægge vagtplaner i forhold til generelle forhold m.m.

5. at sikre brugernes anonymitet, værdighed og så vidt muligt skåne dem for at skulle besvare mange svære personlige spørgsmål, mens de fx er abstinente eller stærkt påvirkede af stoffer.
6. at ikke al dataindsamling skal være permanent, men kan foretages i tidsbegrænsede perioder som en form for stikprøver eller evalueringer/effektmålinger og ved hjælp af en variation af kvalitative og kvantitative metoder.
7. at inddrage forskellige perspektiver i dataindsamlingen såsom brugernes egne, beboerne i lokalmiljøet, politiet og nærliggende misbrugsbehandling etc.
8. at det senere analysearbejde skal være let at gå til og ikke kræve vanskelige omkodninger eller sammenlægninger, hvis det kan undgås.

Som Københavns Kommunes Socialforvaltning skrev før Stofindtagelsesrummets oprettelse, har man i Danmark valgt at oprette Stofindtagelsesrummet som et lavtærskel-tilbud:

"Hvis stofindtagelsesrum skal give reel effekt i forhold til udsatte og lokalområde, skal det benyttes intensivt. Erfaringer fra Oslo viste, at registrering, stive regler og uhensigtsmæssige åbningstider kan holde brugerne fra at bruge rummet. Erfaringer fra fx Vancouver, Hamburg, Frankfurt viser, at en lav tærskel i form af minimal registrering og vide åbningstider, giver en god udnyttelse af kapaciteten. Dette i modsætning til fx Københavns Kommunes herointilbud Valmuen, der kæmper med strenge retningslinjer og høje tærskler. Forvaltningen anbefaler derfor, at der udover vide åbningstider (6-24) kun er registrering på niveau med dem, der er i Vancouver, Hamburg og Frankfurt. Det vil sige, at man kun viser legitimation en gang og derefter alene registreres på et ikkepersonhenførbart brugernavn. Konsekvenser af denne måde at registrere på skal selvfølgelig afklares i forhold til lovgivning og retssikkerhed" (Socialforvaltningen 2011:5).

Dette lavtærskel-tilbud står i modsætning til stofindtagelsesrum andre steder i verden som fx i Barcelona, hvor brugerne bliver registreret med deres fulde navn foruden bruger-alias, CPR-numre, sygesikringsnumre og mange flere detaljer om fx vaccinationer og sygdomme (Terra2010; Creu Roja 2011). Disse andre tilbud skåner måske ikke brugere og medarbejdere så meget som et lavtærskeltilbud, men gør det derimod lettere for forskere og administrative analytikere samt medarbejderne (og især sundhedspersonalet) selv at analysere data efterfølgende. Det er derfor nu kunsten at få opbygget et system, der så vidt muligt tager højde for alle disse faktorer samtidig, og der arbejdes allerede på det.

8.1 Sammenlægning af data

Det første og største problem, man støder på ved Stofindtagelsesrummets nuværende dataindsamling er, at det er meget svært at sammenligne og krydse data fra de forskellige delindsamlinger. Det gælder fx al brugernes baggrundsdata fra førstegangsregistreringen med data om indtagene, tidspunkter m.m., og det gælder brobygningen med den øvrige data. Det er problematisk både i forhold til overordnede evalueringer, men også i forhold til den daglige praksis, da medarbejderne har svært ved at drage nytte af hinandens registreringer løbende i arbejdet.

Problemet er dels, at data er registreret i forskellige former for systemer – nogle i Word-ark, andre i Excel-ark – og dels ikke alle steder er knyttet op til det samme bruger-alias eller en dato, der ellers ville gøre det muligt hurtigt at lægge data sammen. Dertil kommer et mere teknisk problem i forhold til ens brug af rækker og kolonner i datasystemerne, hvor det ville være hensigtsmæssigt, at hvert bruger-alias får en enkelt række med alle relevante spørgsmål og registreringer som kolonner. I dag er rækkerne nemlig nogle steder knyttet til hvert indtag og andre steder til brugeralias. Det bevirker, at den samme bruger allerede kan have fået flere hundrede rækker, som systemet ikke kan lægge sammen.

Endelig er det også vigtigt at gøre plads til, at de kvalitative tekstbeskrivelser af fx konflikter og overdoser kan tages ind i det samme system som de kvantitative data. I den forbindelse skal det holdes for øje, at selv sådanne kvalitative beskrivelser ofte kan kategoriseres på forhånd for at lette både indtastnings- og analysearbejdet. Det

er lettere at sætte et kryds for 'overdosis', et for 'tilkaldelse af ambulance' osv. og evt. knytte yderligere få kommentarer til, end hver gang at skulle beskrive hele forløbet. Det er vigtigt at have i mente, at de kvalitative beskrivelser, der indsamles på nuværende tidspunkt, foretages, når medarbejderne har haft særligt travlt, er blevet særligt udfordrede og måske oprørte eller nervøse og i nogle tilfælde har været nødt til at lukke Stofindtagelsesrummet midlertidigt for at fokusere på et akuttifælde. Der er det ikke altid det mest hensigtsmæssige at skulle skrive en lang situationsrapport med det samme, som alligevel skal kvantificeres i den senere analyse. Men der skal samtidig være plads til det, hvis medarbejderne ønsker at bruge beskrivelsen som en form for terapi efter forløbet.

Det anbefales derfor, at der udarbejdes en samlet database, hvor alle registreringer knyttes til bruger-alias. Medarbejderne kan sagtens arbejde med hver deres dele af det samme system samtidig, men også samtidig hurtigt kunne skabe overblik over fx en enkelt brugers samlede forløb i forhold til, hvad alle har tastet ind.

Udarbejdelsen af en sådan samlet database er allerede igangsat. I afsnit 8.3 vises en oversigt over forslag til indholdet.

8.2 Idéer til at lette dataindsamlingen for medarbejderne

Det er allerede nævnt, at man kan lette dataindsamlingen betydeligt ved at kvantificere og kategorisere meget af den kvalitative data fra start af. Det gælder også andre former for kategoriseringer, hvis man ved, at man altid vil bruge data på en bestemt måde. Eksempelvis kunne man fra start af arbejde med bestemte alderskategorier for brugerne for hurtigere at kunne danne overblik.

Det er vigtigt, at spørgsmålene både er lette at svare på for brugerne samt lette og hurtige at taste ind for medarbejderne (så alias fx bliver stavet ens alle steder m.m.). For at lette arbejdet og minimere sløfejlene eller uens registreringsformer kan man lægge automatiske registreringer og omkodninger ind i databasen. Det kunne fx være, at systemet automatisk skriver dagens dato, så snart man åbner det, eller selv omkoder fødselsåret til en alderskategori, så snart det er blevet tastet ind:

For at lette dataindsamlingen anbefales det at arbejde med spørgsmål, der er lette for brugerne at svare på og ikke for personfølsomme, med delvis kvantificering af kvalitativ data, kategoriseringer af variable og automatiske registreringer og omkodninger i systemet.

8.3 Oversigt over vigtige faste registreringer

Selvom der har været visse opstartsproblemer med analysen af de første data, må man også sige, at langt størstedelen af de variable, der er blevet udvalgt fra start af, har fungeret problemfrit i analysen og fortsat er vigtige at have med i den permanente dataindsamling. Således går størstedelen af variablene igen i dataindsamlingerne ved andre stofindtagelsesrum rundt omkring i verden (DeBeck m.fl. 2010; Terra 2010; Axelsson m.fl. 2012; Ege 2011; Creu Roja 2011).

På baggrund af denne første 'afprøvning' af data er der nedenfor opstillet et forslag til få enkle, faste registreringer og omkodninger i den *samlede* database, det anbefales at oprette. Der er kun enkelte tilføjelser, sletninger og omkategoriseringer i forhold til det samlede billede af de variable, der allerede indgår i denne monitorering. I perioder kan man tilføje ekstra kolonner, som det vil fremgå af afsnit 8.4. Det er desværre ikke muligt at stille det op grafisk med samtlige kolonner ved siden af hinanden, men det skal altså forstås som et samlet system, hvor receptionen, medarbejderne ved indtagspladserne og brobygning taster ind i det samme system, og hvor alle har overblik over det hele uden at skulle stå for at udfylde det hele:

Fig. 15: Receptionsmedarbejdernes førstegangsregistrering (de lilla felter skal ikke udfyldes af medarbejderne eller besvares af brugerne)

Bruger-alias	Dato (automatisk)	Køn	Fødselsår	Alderskategori (automatisk omkodning)	Nationalitet i kategorier	Kommune	Regionstilknytning (automatisk omkodning)
Alias 1							
Alias 2							
Alias 3 osv							

Fig. 16: Pladsmedarbejdernes registrering (de lilla felter skal ikke udfyldes af medarbejderne eller besvares af brugerne)

Bruger-alias	Pladsnr. (plads til flere på en dag)	Indtag (plads til flere på en dag)	Stofstype (plads til flere på en dag)	Starttid (plads til flere på en dag)	Sluttid (plads til flere på en dag)	Indtagstid (automatisk omkodning)
Alias 1						
Alias 2						
Alias 3 osv.						

Fig. 17: Registrering af brobygning

Bruger-alias	Sundhedsfaglig brobygning i kategorier (plads til flere på en dag)	Socialfaglig brobygning i kategorier (plads til flere på en dag)	Kommentarer til brobygning (plads til flere på en dag)	Øvrig episode i kategorier (plads til flere på en dag)	Medarbejdernes reaktion i kategorier (plads til flere på en dag)	Kommentarer til situationen (plads til flere på en dag)	Dagbog
Alias 1							
Alias 2							
Alias 3 osv							

Ved oprettelsen af flere stofindtagelsesrum i Danmark anbefales det at anvende nøjagtig samme database og variable med mulighed for tilføjelser.

8.4 Idéer til yderligere dokumentationsindsamling i perioder

Der er mange, der venter spændt på at måle Stofindtagelsesrummets resultater i forhold til nedbringelse af sygelighed og overdoser, øgning af misbrugsbehandling, ro og orden i gadebilledet, kapacitet, brugertilfredshed, nabotilfredshed, tilgængelighed og meget, meget mere. Meget af det vil være muligt og vigtigt at gøre på længere sigt, når Stofindtagelsesrummet har fået lov at forme sig, og man kan begynde at tale om vaner og fast praksis.

Men det er hele tiden vigtigt at have for øje, at både medarbejdere og brugere skal have lov til at opleve praksis og behov ordentligt, før de bliver bedt om at evaluere og ændre dem. Og ikke mindst huske, at man ikke skal overbelaste personale og brugere med spørgsmål, der tager fokus fra omsorgen omkring dem.

Derfor anbefales det generelt at foretage periodevise undersøgelser af forskellig slags og med forskellige informanter, uden at undersøgelserne overlapper hinanden.

På baggrund af den viden, vi har fra udlandet angående dataindsamling i stofindtagelsesrum (Andresen & Boyd 2009; Creu Roja 2011; DeBeck m.fl. 2010; Ege 2011; Rhodes & Hedrich 2010; Terra 2010), samt generelle spørgsmål fra debatten i Danmark kan opstilles følgende foreløbige og kort fortalte forslag til emneområder, der kan udfoldes og belyses nærmere i forskellige perioder i forhold til Stofindtagelsesrummet. De faktorer, der er skrevet i punktform under hvert emne, skal forstås som midlertidige tilføjelser til databasen, der allerede indeholder anden vigtig baggrundsdata i forhold til emnerne:

Brugertilfredshedsundersøgelse

- Belysning af brugernes tilfredshed med fx åbningstiderne, kapaciteten, materialer og indretning og praksis
- Belysning af, hvorfor brugerne vælger Stofindtagelsesrummet frem for andre steder
- Belysning af, hvordan brugerne er kommet i kontakt med Stofindtagelsesrummet

Fører oprettelsen af Stofindtagelsesrummet til, at flere stofbrugere kommer i misbrugsbehandling?¹³

- Udvikling i tilgangen til misbrugsbehandlingstilbuddene (eventuelt sammenligning med en kontrolgruppe, der ikke har brugt Stofindtagelsesrummet)

¹³ Det er i forbindelse med denne slags analyser vigtigt at være opmærksom på, at man med Stofindtagelsesrummet måske kommer i kontakt med brugere, der før var ukendte i behandlingssystemet, hvorfor en måling også kan vise en stigning i antallet af stofbrugere og 'problemstillinger' generelt.

- Betydningen af fx misbrugets varighed, socioøkonomiske faktorer samt tilknytning til psykiatrien, prostitutionsmiljøet eller et kriminelt miljø i forhold til muligheden for misbrugsbehandling

Nedbringer Stofindtagelsesrummet sygeligheden og dødeligheden blandt stofbrugere?

- Måling af antal overdoser med dødeligt udfald i Hovedstadsregionen før og efter Stofindtagelsesrummets oprettelse
- Udviklingen i forekomsten af HIV, betændelse på hjerteklapperne og Hepatitis B og C i Hovedstadsregionen før og efter Stofindtagelsesrummets oprettelse
- Antal ambulancekald før og efter Stofindtagelsesrummets oprettelse
- Målinger af ændret adfærd, der kan være skadesreducerende som fx at minimere injektioner i lysken (Vangsberg 2013)
- Betydningen af fx misbrugets varighed, fordelingen mellem indtag i Stofindtagelsesrummet, i det offentlige rum og i hjemmet, forekomsten af HIV, Hepatitis B og C og eventuelt andre sygdomme, vaccinationer, tilknytning til prostitutionsmiljøet og psykiatrien

Skaber Stofindtagelsesrummet mere ro og orden i gadebilledet?

- Måling af affald i lokalområdet før og efter Stofindtagelsesrummet
- Måling af naboernes tilfredshed
- Måling af politiets tilfredshed/kriminalitetsudviklingen
- Belysning af, hvor brugerne indtager deres stoffer, hvis der er for lang kø til Stofindtagelsesrummet.

Disse idéer er meget bredt formuleret og skal selvfølgelig specificeres og gennemtænkes yderligere ved eventuelle undersøgelser gennemførelse, ligesom kausaliteterne skal analyseres grundigt og forklares. Således viser erfaringerne, at nogle problemer godt kan se ud til at vokse, selvom man har gjort en stor indsats for netop at bekæmpe dem, blot fordi man har øget fokus på dem og er begyndt at måle noget, man ikke har målt før.

Pointen i denne sammenhæng er, at nogle af alle disse emner kan indgå som kvantitative spørgsmål i databasen, nogle informationer kan eventuelt indhentes hos fx misbrugsbehandlingen, politiet eller på hospitalet og andre lader sig nok bedst belyse gennem observationer eller kvalitative interview. Eksempelvis vil medarbejderne i receptionen snart få mindre at lave i takt med, at der ikke skal foretages så mange førstegangsregistreringer længere, og ville måske få overskud til at kunne registrere antal brugere i kø eller andet. Stofindtagelsesrummet har allerede lagt en bog frem til brugerne i venteværelset, hvor de kan skrive, hvad Stofindtagelsesrummet har gjort for deres liv. Desuden har nogle samfundsfagsstuderende foretaget en mindre tilfredshedsundersøgelse blandt eleverne på det nærliggende Rysensteen Gymnasium om Stofindtagelsesrummets tilstedeværelse.

Fra udlandet kan vi hente masser af idéer, som eksemplet fra Canada nedenfor viser. Her har man fx gjort brug af en kontrolgruppe, hvilket er en rigtig god idé, når der tales effektmåling:

Eksempel på øvrig dokumentationsindsamling: Effektmåling af brobygningen i forhold til en øgning af misbrugsbehandlingen

I Vancouver, Canada, har man testet, hvorvidt brugen af et stofindtagelsesrum med brobygningstiltag får flere brugere ind i misbrugsbehandling eller ej (DeBeck m.fl. 2010). 1090 brugere blev fulgt over seks måneder ved først at udfylde et baseline-spørgeskema og derefter et follow up skema (via en interviewer) med baggrundsspørgsmål om, hvor længe de havde været stofbrugere, hvilke stoftyper de indtog, hvor ofte de indtog et stof, køn, alder, tilknytning til prostitutionsmiljøet og etnisk baggrund. Undersøgelsen havde også en kontrolgruppe, som ikke kom i stofindtagelsesrummet. Resultaterne viste, at stofindtagelsesrummet havde en positiv effekt i form af at få flere i misbrugsbehandling. Dog var effekten mindre blandt de etniske minoriteter, hvorfor man vurderede, at der var behov for en særlig indsats overfor denne gruppe, der tager højde for kulturelle og sproglige barrierer.

Med den database, der ønskes oprettet i Københavns Stofindtagelsesrum, vil det være muligt at følge udviklingen i forhold til brugernes tilknytning til misbrugsbehandling både før og efter brobygning. Udviklingen vil også kunne belyses i forhold til de

samme baggrundsvariable som brugt i Vancouver ved hjælp af databasen. Hvis dette blev suppleret med en registrering hos nærliggende misbrugsbehandlingscentre af, hvorvidt deres brugere har benyttet Stofindtagelsesrummet eller ej, ville man ligeledes have en fast kontrolgruppe og ikke behøve foretage interviewrunder.

9. Opsamling og konklusion

Den første del af monitoreringen har til formål at kunne foretage hensigtsmæssige tilpasninger af tilbuddet fx i forhold til bemanning, åbningstider, konfliktløsning, akuthjælp og brobygningstiltag. Herunder har det været vigtigt at belyse, hvem brugerne er, for så vidt muligt at kunne tilpasse rummet deres behov.

Analysen har vist, at der er førstegangsregistreret 617 brugere af Stofindtagelsesrummet i alt ved årsskiftet og dermed efter tre måneders funktion. Vi ved ikke hvor mange, men i hvert fald at flere af disse 617 førstegangsregistreringer dækker over den samme eller flere brugere, idet nogle brugere ikke kan huske deres alias, når de kommer i Stofindtagelsesrummet anden gang m.m.

Samtidig har der i perioden 2. oktober til 31. december 2012 i gennemsnit været 198 indtag pr. dag i Fixelancen og Stofindtagelsesrummet tilsammen. Gennemsnitligt er der 162 indtag i Stofindtagelsesrummet om dagen, mens der gennemsnitligt er 36 i Fixelancen om dagen i denne periode. Lige omkring månedsskiftet øges antallet af indtag generelt væsentligt, hvilket sandsynligvis hænger sammen med udbetaling af penge. Men også det overordnede antal indtag i Stofindtagelsesrummet er tydeligvis steget hurtigt bare i løbet af de tre måneder og svinger allerede i november måned mellem 200 og 300 indtag om dagen.

2/3 af brugerne har maksimalt nået at have 20 indtag i Stofindtagelsesrummet i løbet af de første tre måneder, hvilket ikke er ensbetydende med, at de ikke vil begynde at komme der oftere fremover. 20 % af brugerne placerer sig i en mellemgruppe med mellem 21 og 100 indtag på tre måneder og begynder at ligne en fast gruppe, der kommer i Stofindtagelsesrummet ca. en gang om dagen eller måske oftere udi fremtiden. Samtidig har knap 7 % af brugerne allerede fået en fast rytme med mellem 101 og 427 indtag i Stofindtagelsesrummet i løbet af de første tre måneder, hvilket svarer til op til flere indtag om dagen. Denne gruppe med mange indtag er karakteriseret ved signifikant oftere at indtage kokain end de øvrige brugere, ved at

være yngre end gennemsnittet af brugerne (som ligger på 41 år), ved at bestå af flere udlændinge end gennemsnittet (knap 50 % mod 19 %) og ved at bestå af færre kvinder end gennemsnittet (knap 15 % mod 21 % i den samlede brugergruppe).

Stofindtagelsesrummet har åbent fra kl. 8.30 til 23.30, hvoraf der er flest indtag omkring kl. 18. Der er travlest i perioden fra kl. 12 til 20, mens morgen/formiddags- og aftentimerne er noget roligere. Den gennemsnitlige indtagstid er 21 minutter, og kun ganske få brugere har brug for mindre end 10 minutter eller mere end 30 minutter til deres indtag, hvilket stemmer fuldstændig overens med den forventede indtagstid. Stoftypen har dog en signifikant indflydelse på, hvor lang tid indtagene tager. Blandt de hurtige indtag findes især Ketogan og forskellige former for piller. Blandt indtag, der varer mere end en halv time ses især ukendte stoffer, samtidige indtag af heroin og kokain samt andre sammensætninger af stoffer.

Kokain er den mest forekommende stoftype i Stofindtagelsesrummet og står for 2/3 af de stoffer, der indtages. Men kun knap 23 % af de 617 registrerede brugere har udelukkende indtaget kokain hver gang, de er kommet i Stofindtagelsesrummet. Det viser, at selvom kokainen fylder meget i det samlede antal indtag, så kan det for den enkelte bruger godt blive suppleret med andre typer stoffer indimellem. Ca. 15 % af brugerne af Stofindtagelsesrummet indtager en blanding af stoffer ved det samme indtag.

Yderligere kan ses, at knap 19 % af den samlede brugergruppe er udlændinge. Blandt brugere med tilknytning til en dansk kommune kommer 53 % fra Københavns Kommune. Medregnes omegnskommunerne i Region Hovedstaden, kommer 85 % af brugerne fra Storkøbenhavn. Men samtidig er mere end halvdelen af de danske kommuner repræsenteret i brugergruppen, og der er brugere, der kommer så langt fra som fra Bornholm og Nordjylland. Knap 21 % af brugerne er kvinder, hvilket stemmer overens med den generelle kønsfordeling for stofbrugere i landet, og gennemsnitsalderen er 41 år. Faktisk er 44 % af brugerne 32-41 år gamle, men der er registreret brugere med en alder helt op til 73 år. De yngre brugere under 30 år er de mest sjældne i Stofindtagelsesrummet, og blandt dem er der flere over 25 år end de helt unge. I denne sammenhæng er det bemærkelsesværdigt, at udlændingene er signifikant yngre end de danske stofbrugere.

Med hensyn til brugertypen, så er det positivt, at man har ramt den kønsfordeling, der gælder generelt for stofbrugere i Danmark, selvom noget tyder på, at de kvindelige stofbrugere kan være lidt sværere at få til at tage en stor andel af deres indtag i Stofindtagelsesrummet end de mandlige. Det kan være vigtigt at være opmærksom på i kontakten med brugerne. Det samme gælder den gruppe af udlændinge, der har forholdsvis flere indtag end danskerne i Stofindtagelsesrummet, og generelt er yngre end danskerne. Denne gruppe kan meget vel have nogle andre behov samt sproglige barrierer, der er vigtige at have for øje.

Der er foretaget 220 brobygningshenvisninger i løbet af Stofindtagelsesrummets første tre måneder, som desværre ikke i denne form er muligt at knytte direkte til brugerne. Men der har været flest henvisninger til de socialfaglige tilbud (56 %). Næsten halvdelen af disse henvisninger drejede sig om socialrådgiveren i Sundhedsrummet, men også natherberg, væresteder, Mændenes Hjemts tilbud og Hjemløseenheden. Der er i alt ydet sundhedsfaglig brobygning 89 gange (41 %) i samme periode. Mere end halvdelen af dette brobygningsarbejde har handlet om henvisninger til Sundhedsrummet. Endelig er der fundet andre former for hjælp sted i alt syv gange (3 %). Der er blevet taget kontakt til brugerens bank i to tilfælde, spærret kreditkort to gange, spærret mobiltelefon to gange og henvist til kirke én gang.

I løbet af Stofindtagelsesrummets første tre måneder er der udarbejdet i alt 18 såkaldte situationsrapporter. Det giver et gennemsnit på seks episoder om måneden (eller ca. en episode om ugen), hvor der er behov for en ekstra indsats fra medarbejdernes side i form af at yde førstehjælp, irrettesætte brugere, stoppe slagsmål eller tilkalde politiet eller en ambulance. Det lyder umiddelbart ikke af meget, og medarbejderne giver også generelt udtryk for, at der ikke er mange konflikter i Stofindtagelsesrummet. Af disse 18 situationsrapporter handler ni af dem om skænderier og slagsmål, seks af dem om overdoser eller brugere der bliver fjerne og utilpasse (hvoraf ingen har haft et dødeligt udfald), to om brugere der beder om hjælp mod smerter og en enkelt om medtagelse af våben i Stofindtagelsesrummet. Alle episoder er løst hurtigt og effektivt af medarbejderne, og der er ingen tegn på vedvarende problemer.

Den anden del af monitoreringen har handlet om at belyse, hvor godt *dataindsamlingen* fungerer i forhold til senere evalueringer af Stofindtagelsesrummet; herunder at opdage eventuelle mangler så tidligt som muligt ved blandt andet at sammenligne med praksis i udlandet for at sikre et frugtbart datagrundlag i det lange løb.

I denne del er det blevet anbefalet at oprette en mere samlet database for alle registreringer knyttet til brugernes alias. En sådan samlet database ville gøre det lettere både for de personer, der skal evaluere Stofindtagelsesrummet i fremtiden at sammenlægge data og krydse forskellige faktorer på tværs. Men det ville også gøre det lettere for medarbejderne at bruge dataregistreringerne i det daglige arbejde. Det handler ikke om, at der skal registreres mere eller på en mere besværlig måde. Tværtimod er der tale om en meget basal fast dataregistrering, hvor alle medarbejdere kan danne sig overblik uden at skulle indtaste det hele hver især. Der er stillet forslag til den tekniske opbygning af databasen og automatiske indtastninger og omkodninger for at lette både medarbejderne og evaluatorernes arbejde.

Endelig er det på baggrund af erfaringerne fra udlandet blevet anbefalet at foretage periodevise undersøgelser/effektmålinger/evalueringer af blandt andet brugertilfredsheden, brobygningens effekt i forhold til misbrugsbehandling, effekter i forhold til nedbringelse af sygelighed og dødelighed samt i forhold til ro og orden i gadebilledet.

People in the streets don't have to worry about some Junkie taking a fix in front of their children and so on...For me the fixroom has changed that I still live. If I would have taken that OD outside I would not live.

THANK YOU.

(En brugers indslag til Stofindtagelsesrummets gæstebog)

Litteraturliste

- Andresen, Martin & Boyd, Neil
(2009): *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility.* ScienceDirect d. 27/3 2009.
- Axelsson, Anna m.fl. (2012): *De første danske erfaringer med det mobile stofindtagelsesrum.*
- Brandt, Preben (2006): *Socialt udsatte og udstødte i et kønsperspektiv.* www.stofbladet.dk.
- Cia, Blanca (2004): *Calor y café para toxicómanos.* El País d. 24/11 2004.
- Creu Roja (2011): *La Situación DCR en España.* Creu Roja, Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària, Barcelona.
- DeBeck, Kora m.fl. (2010): *Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility.* ScienceDirect d. 27/7 2010.
- Ege, Peter (2011): *Stofindtagelsesrum. En litteraturoversigt.*
- Hornbøll Hviid, Louise (2010): *Mændenes Hjem 100 år.* Forlaget Underskoven.
- Olsen, Robert (red.) (2010): *Antologi om Mændenes Hjem 1990-2010.* Forlaget Underskoven.
- Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar
(ed.) (2010): *EMCDDA Monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Socialforvaltningen (2011): *Oplæg om stofindtagelsesrum.* Københavns Kommunes Socialforvaltning, Center for Mål og Rammer d. 15/6 2011.

- Socialforvaltningen (2012): *Partnerskabsaftale mellem Københavns Politi og Københavns Kommune vedrørende stofindtagelsesrum. Københavns Kommunes Socialforvaltning, Mål- og Rammekontoret for Voksne d. 21/6 2012.*
- Socialforvaltningen(2012): *Instrukser for de sundhedsfaglige ydelser I stofindtagelsesrum i Københavns Kommune. Socialforvaltningen i Københavns Kommune, MR Voksne.*
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Narkotikasituationen i Danmark 2012. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA.*
- Terra (2010): *Narcosalas' controladas en Barcelona para que 'si te metes, no te mates. Terra d. 10/11 2010.*
- Vangsberg, Daniel (2013): *Hvad gør du, når stofbrugeren går i lysken? Bachelorprojekt ved Professionshøjskolen Metropol.*