

## **2. UDKAST TIL SEKTORPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES INDSATS OVERFOR STOFMISBRUG 2006-2008**

UDKAST maj 2006

<b>2. UDKAST TIL SEKTORPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES INDSATS OVERFOR STOFMISBRUG 2006-2008</b> .....	<b>1</b>
<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 2006-2008.....	5
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 .....	8
<i>Case management</i> .....	8
<i>Psykosocial rådgivning</i> .....	8
<i>Medikamentel behandling (substitutionsbehandling)</i> .....	8
<i>Omsorg- og "alternative" plejetilbud</i> .....	8
<i>Opsøgende arbejde</i> .....	9
<b>2. DE LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER</b> .....	<b>10</b>
2.1 BEHANDLINGSGARANTI.....	10
2.2 SUNDHEDSSTYRELSENS CIRKULÆRE OM ORDINATION AF AFHÆNGIGHEDS-SKABENDE STOFFER AF 2003 .....	11
<b>3. SKØN OVER UDVIKLINGEN I ANTALLET AF STOFMISBRUGERE I KØBENHAVN</b> .....	<b>13</b>
3.1 NY STOFKULTUR BLANDT UNGE .....	13
<i>Holdninger til stofbrug blandt unge - "du bestemmer selv"</i> .....	15
<i>Unge fra etniske minoriteter</i> .....	15
<i>Fra rekreativt brug til afhængighed</i> .....	17
3.2 DET SENESTE SKØN OVER ANTALLET AF STOFMISBRUGERE.....	17
<b>4. SKØN OVER UDVIKLING I EFTERSPØRGSEL EFTER BEHANDLING OG PLEJE - OG OMSORGSTILBUD</b> .....	<b>18</b>
4.1 TILGANG TIL BEHANDLING (VOKSEGRUPPEN).....	18
4.2 PLEJE- OG OMSORGSBEHOV BLANDT STOFafhængige I BEHANDLING .....	21
<b>5. BRUGERE I BEHANDLING</b> .....	<b>24</b>
<i>Køn og Alder</i> .....	24
<i>Familie - og samlivsforhold, børn og graviditeter</i> .....	25
<i>Prostitution</i> .....	26
<i>Etnisk baggrund</i> .....	26
<i>Hovedstof</i> .....	27
<b>6. STATUS OVER INDSATSEN OVER FOR STOFMISBRUGERE</b> .....	<b>29</b>
6.1 UDVIKLING AF DEN AMBULANTE BEHANDLING .....	29
<i>Kvalitetsudviklingsprojektet 2003-2005</i> .....	29
<i>Ny struktur i det ambulante behandlingssystem 2006</i> .....	29
6.2 SENESTE STATUS OVER BEHANDLINGSFORLØB 1994 -2006 .....	30
6.3 SUBSTITUTIONSBEHANDLING .....	31
6.4 STOFFRI BEHANDLING .....	34
6.5 NYE BRUGERGRUPPER MED HASH OG KOKAIN SOM HOVEDSTOF.....	36
6.6 U-TURN - ET TILBUD TIL UNGE.....	38
<i>U-turns målgruppe og aktiviteter</i> .....	38
<i>Hvem er de unge, og hvordan er det gået dem</i> .....	39
<i>Styrkelse af indsatsen over for udsatte unge</i> .....	40
6.7 HELHEDSORIENTERING OG SOCIAL INTEGRATION.....	40

<i>Den sociale handleplan</i> .....	40
<i>Pårørende til stofmisbrugere</i> .....	41
<i>Arbejde, forsørgelse og uddannelse</i> .....	41
<i>Hjemløshed</i> .....	44
<i>Sundhedsprojekt og Kontaktstedet</i> .....	45
<i>Kriminalitet</i> .....	45
<b>6.8 DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS</b> .....	<b>46</b>
<i>Psykisk sygdom/dobbelt-diagnoser</i> .....	46
<i>Alkoholmisbrug</i> .....	48
<i>Sygelighed og sundhed blandt stofmisbrugerne</i> .....	49
<b>7. KOMPETENCEUDVIKLING AF MEDARBEJDERNE I BEHANDLINGSSYSTEMET</b> .....	<b>51</b>
<b>8. UDFORDRINGER</b> .....	<b>53</b>
<b>8.1 DEN FOREBYGGENDE INDSATS</b> .....	<b>53</b>
<i>Styrkelse af indsatsen over for unge – forebyggelse og behandling</i> .....	53
<i>Forebyggelse af uønskede graviditeter</i> .....	54
<i>Forebyggelse af skader på børn af stofmisbrugere</i> .....	55
<b>8.2 EFTERSPØRGSEL EFTER BEHANDLING BLANDT VOKSNE MISBRUGERE</b> .....	<b>56</b>
<b>8.3 UDVIKLING AF BEHANDLINGEN</b> .....	<b>58</b>
<i>Målstyring af behandlingsindsatsen</i> .....	58
<i>Stoffri behandling</i> .....	59
<i>Substitutionsbehandling - øget selvhjulpenhed- og kvalitetsudvikling af indsatsen</i> .....	60
<i>Kompetencer i behandlingssystemet</i> .....	61
<b>8.4 SOCIAL INTEGRATION</b> .....	<b>62</b>
<i>Sociale handleplaner</i> .....	62
<i>Koordination af behandling og beskæftigelsesindsatsen</i> .....	62
<i>Hjemløse-indsatsen på stofmisbrugsområdet</i> .....	63
<i>Koordinering af kriminalitetsbegrænsende initiativer</i> .....	64
<b>8.5 DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS</b> .....	<b>65</b>
<i>Psykotiske stofmisbrugere</i> .....	65
<i>Sygdomsbekæmpelse, sundhedsfremme og reduktion af dødelighed</i> .....	65
<b>9. KILDER</b> .....	<b>68</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 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 opiat, og som også bruger andre rusmidler. 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 er oftere 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

Københavns Kommunes behandlingssystem tilbyder social- og sundhedsfaglig misbrugsbehandling. Misbrugsbehandlingen koordineres med den øvrige sociale indsats, herunder den aktive beskæftigelsesindsats, gennem den individuelle sociale handleplan. Misbrugsbehandlingen varetages af 4 bydækkende rådgivningscentre, af specialinstitutioner og gennem køb af enkeltpladser i private behandlingsinstitutioner.

Indgangen til behandling af voksne for stofmisbrug sker gennem et af byens fire rådgivningscentre, der fra 1.9. 2006 vil være opdelt i hhv. modtageenheder, behandlingenheder og dagcentre. Rådgivningscentrene har ansvaret for alle brugere i distriktet, når det gælder visitation til behandling, afgørelse om førtidspension, udbetaling af pension og enkeltydelser, samt indstilling til bolig efter boligsociale kriterier.

De 4 modtageenheder har ansvaret for modtagelse, udredning, visitation, kortvarig ambulans behandling og tilsyn med stoffri døgnbehandling. Modtageenhedens behandlingstilbud er et struktureret tidsafgrænset program ("trin 1", niveau, se afsnit 1.5).

De 4 behandlingenheder har ansvaret for længerevarende substitutionsbehandling, sundhedsfaglige ydelser, rådgivning og fleksible pædagogiske /terapeutiske tilbud, udgående støttefunktioner (udlevering af medicin, støtte i egen bolig).

De 2 dagcentre tilknyttet 2 af de 4 rådgivningscentre har ansvaret for at støtte brugere i at opbygge netværk, udvikle sociale kompetencer og tilbyde omsorg i et trygt og skærmet miljø.

Specialinstitutionerne har ansvaret for sammenhængende behandlingsforløb og afgrænsede specialtilbud (trin 2 og 3) til specifikke målgrupper, herunder stoffri behandling i ambulante og døgnregi (afgiftning, stabilisering, rehabilitering), familiebehandling i ambulante regi, integreret sundheds-, omsorgs- og misbrugsfaglig behandling til syge stofmisbrugere samt længerevarende substitutionsbehandling til socialt stabiliserede brugere.

Køb af enkeltpladser i private behandlingstilbud supplerer kommunens egne behandlingstilbud, i og med det udbreder viften af tilbud.

Unge under 24 år med misbrugsproblemer tilbydes overvejende rådgivning og behandling i et særligt unge-tilbud (U-turn), der er etableret i 2004.

### **1.3 Kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug og Sektorplan 2006-2008**

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 "servicedeclaration", således at borgerne kan se hvilke ydelser, de kan forvente at modtage i det københavnske behandlingssystem.

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 2006-2008. 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 stofmisbrug**

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, 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 stofmisbrug 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 selvhjulpenhed 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 afhjulpet 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 arten 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 og øget selvindsigt, motivation til at stoppe misbruget. Trin 2 vil være tilbud om længerevarende psykosocial rådgivning i ambulant 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 rådgivningscentrenes visitationsudvalg på baggrund af en udredning af brugerens behov. En bruger kan således visiteres direkte til trin 3 fra første dag i behandling, såfremt det anses for det mest hensigtsmæssige.

### ***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. Døgnbehandling skal altid iværksættes m.h.p. forbedring af brugerens tilstand, og der skal altid foreligge en plan for, hvordan forbedringen efterfølgende kan integreres i hverdagen.

### ***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 stoftyper, 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 samme 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 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 behandlingsplan/sociale 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 indsats 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- og "alternative" plejetilbud***

Omsorg er alle de foranstaltninger, der har til formål at sikre, at de basale betingelser for at opretholde et værdigt liv er til stede, 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 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.

Der hvor sundhedsvæsenet og de ordinære plejetilbud ikke kan rumme stofmisbrugere, der har en misbrugsadfærd, eller der hvor brugerne ikke kan profitere af de ordinære tilbud, kan behandlingssystemet tilbyde "alternative tilbud" i et mindre omfang. Formålet med de alternative tilbud er at rumme brugerne og samarbejde med dem om behandlingen og plejen. Samarbejdet handler om at lade behandlingen, plejen og omsorgen følge brugerens motivation og ressourcer, en tilgang, der kaldes "adherence". Dette betyder bl.a. at man i nogle tilfælde må acceptere, at brugeren vælger nogle behandlingstilbud fra, uanset at de vurderes nødvendige, ligesom tilbuddene skal kunne rumme, at brugerne har en adfærd, der er sundhedsskadelig. Det prioriteres at opretholde kontakten med brugerne.

### ***Opsøgende arbejde***

Det opsøgende sociale arbejde på gadeplan er ofte en forudsætning for at etablere kontakt til den mest marginaliserede gruppe af stofmisbrugere. Indsatsen omfatter etablering af kontakt til den enkelte med udgangspunkt i pågældende umiddelbare behov, f.eks. afklaring af boforholdene, de økonomiske forhold, og misbrugsrelaterede problemer – herunder afklaring af helbredsmæssige problemer. Sideløbende med løsningen af disse problemer arbejdes der med motivation til misbrugsbehandling.

Ofte er det afgørende for succes i indsatsen, om det er lykkedes at etablere den fornødne tillid mellem den opsøgende medarbejder og brugeren. Det er kendetegnende for den type kontakter, at der tit viser sig behov for længerevarende kontaktførelse. Ofte er der som led i problemløsningen tillige behov for henvisning til tilbud i hospitalsvæsenet. I disse situationer er det afgørende at anvende det netværk af kontakter, som er etableret mellem det sociale system og det sundhedsfaglige system, da brugergruppen i de fleste tilfælde ikke ved egen hjælp formår at indpasse sig i de almindelige tilbud.

Når brugeren er motiveret til behandling, vil det ofte være hensigtsmæssigt, at den opsøgende medarbejder i en periode opretholder kontakten til brugeren for at fastholde kontinuiteten i behandlingsforløbet.

## 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 Beskæftigelsesindsats*, *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).

Ifølge 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 forpligtelser udmøntes sammen med den misbrugsfaglige indsats gennem de sociale handleplaner efter servicelovens § 111. Når kommunalreformen træder i kraft 1. januar 2007 overgår amtskommunens ansvar til kommunen.

### 2.1 Behandlingsgaranti

Der er i 2003 indført behandlingsgaranti for voksne misbrugere. I 2005 blev behandlingsgarantien udvidet til at omfatte unge under 18 år. Behandlingsgarantien for unge gælder i de særlige tilfælde, hvor den unges stofmisbrug skønnes at forhindre, at den unge kan modtage andre socialt støttende tilbud. Da det alene er kommunen, der kan iværksætte behandling for stofmisbrug, har den også forpligtelsen til at sikre, at der er de nødvendige behandlingstilbud. Ifølge behandlingsgarantien skal stofmisbrugere 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.

Af Socialministeriets bekendtgørelse om den sociale behandlingsgaranti, fremgår at behandlingsgarantien kun gælder i de tilfælde, hvor stofmisbruget har udviklet sig sådan, at den unge ikke kan modtage den almindelige støtte efter serviceloven, før der er iværksat en social behandling af stofmisbruget. I Københavns Kommune har man valgt at udvide garantien (SUD 220/2006), således at der i 2006 er afsat 3,8 mio. kr. til initiativer for 15-18-årige stofafhængige, hertil kommer 1 mio. kr. i DUT-midler, således at der i 2006 er afsat i alt 4,8 mio. kr. til opfyldelse af behandlingsgarantien. I 2007-2008 er der ligeledes afsat 3,8 mio. kr. årligt og i 2009 4,0 mio. kr. Hertil skal lægges DUT-midler på 0,74 mio. kr. i alle årene. Med implementeringen af behandlingsgarantien står Københavns Kommune godt rustet til at imødekomme de udfordringer, som unges stofmisbrug stiller kommunen overfor.

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 en ventetid til behandling på højst 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 Købehavns 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.

## **2.2 Sundhedsstyrelsens Cirkulære om ordination af afhængigheds- skabende stoffer af 2003**

Cirkulæret fastsætter 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 buprenorphin.

Af de faglige anvisninger fremgår:

- At formålet med substitutionsbehandling er at stabilisere stofmisbrugerens 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, stofmisbrugerens 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 stofmisbrugerens 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 stofmisbrugerens 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.
- Stofmisbrugerens 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 misbruger. 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 stofmisbruger 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. Efter 2000 er stigningen i forbruget fladet ud, således at udbredelsen fastholdes på et højt niveau.

Nedenfor er anført resultater fra de senest offentliggjorte landsdækkende undersøgelser, samt undersøgelser fra Københavns Kommune.

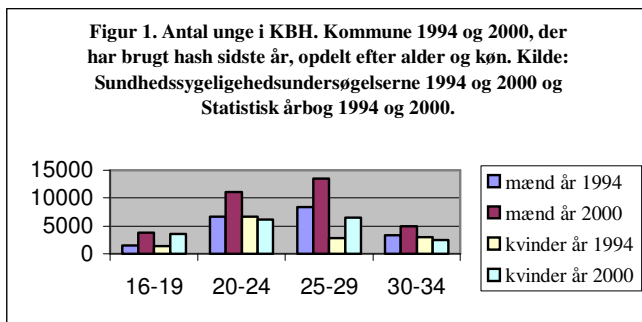
**Tabel 1: Den procentvise andel af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for det seneste år i 1994 og 2000 i Københavns Kommune og hele landet**

	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, samt Sundhedsprofil for unge i København, 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.

Landsdækkende undersøgelser viser, at stigningen i de unges eksperimenterende forbrug af hash er aftaget, men at udbredelsen efter 2000 har stabiliseret sig på et højt niveau (Sundhedsstyrelsen 2005).

**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	3,0	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 indtil 2000 både blandt drenge og piger.

Mønstret er, at flere bruger hash, flere eksperimenterer med andre stoffer, især centralstimulerende stoffer og hallucinogener. Imidlertid viser den seneste skoleundersøgelse (Sundhedsprofil for unge i København 2005) et mere blandet billede af udviklingen i udbredelsen af brug af stoffer fra 2000 til 2005. Andelen af elever på alle klassetrin, der har fået tilbudt hash, er faldet fra 2000 til 2005. Andelen af 7.klasses elever, der har prøvet hash, er uændret i perioden. For eleverne i 9. klasse ses et fald. Samlet set er andelen af elever i 2.g, der har prøvet hash uændret, men dette dækker over et fald blandt pigerne og en stigning hos drengene. For så vidt angår de hårde stoffer er tendensen mere stabilt faldende, såvel hvad angår tilbud som forbrug. (Rapport om unges brug af rusmidler i Københavns Kommune fra 1990 til 2000, 2003 og 2005).

### ***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.

Den senest udarbejdede skoleundersøgelse gennemført blandt 7 og 9. - klasser og 2.g-elever i København viste, at "*blandt elever, der har angivet, at de har muslimsk baggrund, har ca. 50 % færre prøvet at ryge hash sammenlignet med de elever, der har angivet at de er kristne, ikke troende eller har en anden religion*" (Sundhedsprofil for unge i København 2005). Dette peger på, at det eksperimenterende forbrug af stoffer er væsentligt mindre blandt indvandrerunge end blandt danske unge, og at man således må forvente, at færre indvandrerunge bliver misbrugere. Imidlertid kan man også formode, at et evt. forbrug af stoffer hos indvandrerunge vil marginalisere disse unge i deres eget miljø, og dermed øge risikoen for udvikling af et mere skadeligt misbrug i denne gruppe.

En tidligere undersøgelse gennemført i Århus blandt indvandrerunge (Også ung i Århus, 1997) og en ny undersøgelse om stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark (Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark, Als Research 2005) 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.

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 generelt ikke kender 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.

I undersøgelsen om stofmisbrug blandt etniske minoriteter (Als Research 2005) peges på en række barrierer for adgangen til behandling. Der peges på manglende viden om behandling, hvor manglende sprogkundskaber spiller ind, mistro til offentlige myndigheder, angst for sladder om familien i det etniske netværk, tabuisering af stoffer og stofmisbrug og på flugtrelaterede traumer, som kan betyde at personerne havner midt imellem det psykiatriske system og misbrugsbehandlingen.

Rapporten anbefaler:

- At integrere behandlingen af misbrugere med anden etnisk baggrund i de allerede eksisterende tilbud. Det påpeges imidlertid, at man bør sætte fokus på, hvordan man håndterer mangfoldigheden blandt brugerne som et fælles anliggende for institutionen
- At familieforholdene nøje udredes med henblik på at afgøre om familien kan inddrages i behandlingsforløbet
- At behandlingsforholdene for traumatiserede flygtninge forbedres
- At oplysning om stoffer, misbrug og behandling formidles gennem de etniske minoriteters egne netværk

Som en opfølgning på undersøgelsen har ALS Research i samarbejde med Behandlingssystemet i Københavns Kommune iværksat en oplysningsindsats, målrettet pårørende til stofmisbrugere og forældre til unge med etnisk minoritetsbaggrund i København. Der oplyses om stofmisbrug og behandlingsmuligheder i moskeer og etniske netværk og foreninger. Derudover søges i samarbejde med imamer, foreninger og misbrugsbehandlere med etnisk minoritetsbaggrund at afprøve nye veje til nedbrydning af tabuisering af stofmisbrug blandt etniske minoriteter og andre barrierer i forhold til behandlingssystemet. Der er tale om et pilotprojekt, der finansieres af Socialministeriet.



### ***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 fastholdelse af dette høje niveau, som er dokumenteret i landsdækkende og lokale undersøgelser 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 opiat-er 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

### **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 skønnede, at der var 25.500, og at hashmisbrugerne udgjorde en fjerdedel heraf.

På basis heraf blev det skønnet, at mellem 6000 og 6500 personer i København har et behandlingskrævende misbrug, hvor hovedparten var opiat- (og blandings) misbrugere. Heraf kendes ca. 5300 i behandlingssystemet, nemlig dem, der siden 1994 har søgt behandling for stofmisbrug i Københavns Kommune. I 2005 var 2834 personer over 18 år og 50 under 18 år 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. I en tidligere undersøgelse (Misbrug i et ungdomsperspektiv, Københavns Kommune 1999) vurderede man, at 450 unge havde et højt forbrug af hash og andre stoffer, der kombineret med sociale, familiemæssige og psykiske problemer kan true en normal udvikling. Dette skøn opretholdes.

Dette skøn suppleres i 2006 med et skøn over unge, der falder ind under den sociale behandlingsgaranti. Man skønner, at 50-100 blandt de 450 unge har et misbrug, der gør, at de ikke kan opfylde normale kontakter og forpligtigelser og dermed profitere af de sociale tilbud. Blandt disse skønnes at være 10-15 unge, som er meget belastede og som heller ikke kan nås gennem ambulante tilbud.

På baggrund af den stigende udbredelse af det eksperimenterende brug af hash- og kokain blandt yngre voksne indtil 2000 forventes en tilsvarende stigning i antallet, der udvikler et egentlig misbrug, og dermed forventes behovet for behandling i de kommende år at stige.

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

### 4.1 Tilgang til behandling (voksengruppen)

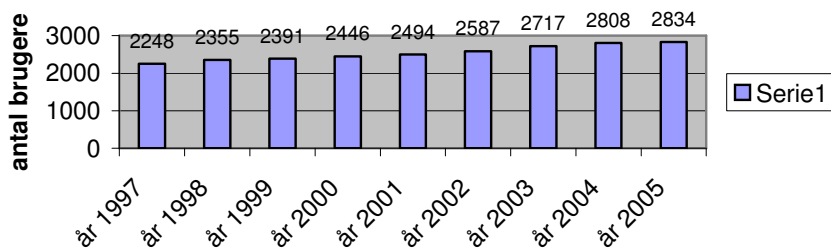
Der er i dette kapitel foretaget et skøn over det fremtidige antal stofmisbrugere i behandling og den fremtidige sammensætning af behandlingspopulationen.

Der er tale om en almindelig fremskrivning af udviklingen fra 1997-2003. Der er ikke taget højde for eventuelle nye trends i søgning til behandling, og skønnet er derfor forbundet med usikkerhed.

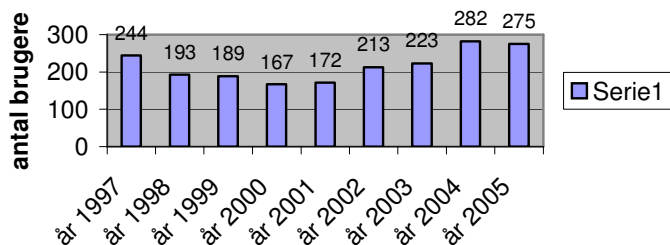
I det københavnske behandlingssystem er der gennem de senere år konstateret en støt stigende tilgang i antallet af personer, der søger behandling (figur 2).

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.

figur 2. Antal i behandling for stofmisbrug i Københavns kommune 1997-2005



Figur 3. Antal nye brugere i behandling 1997-2005



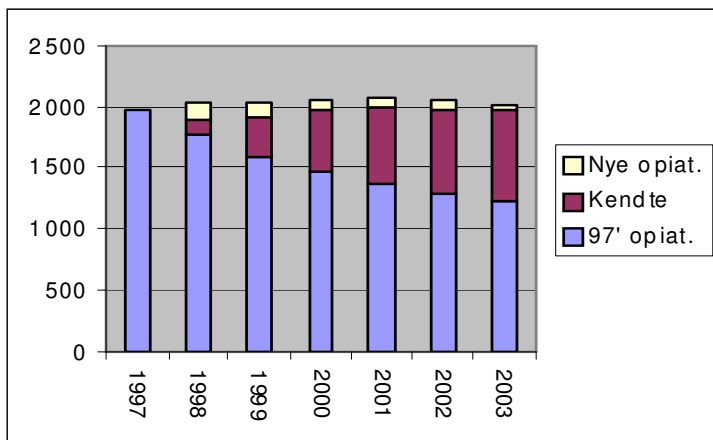
Kilde: Status-forskningsystemet maj 2006

Der ses en stigning i tilgangen af nye brugere fra 2002 til 2005 efter en afmatning i tilgangen fra 1999 til 2001. 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-forskningsystemet, juli 2004

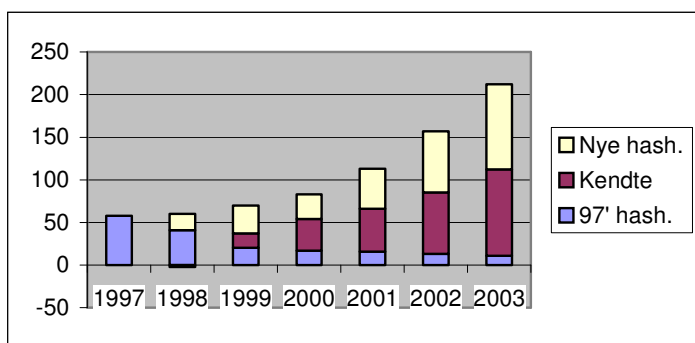
Som det fremgår af ovenstående figur har antallet af indskrevne med opiater som hovedstof holdt sig stabilt på ca. 2000 personer om året fra 1997-2003.

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**

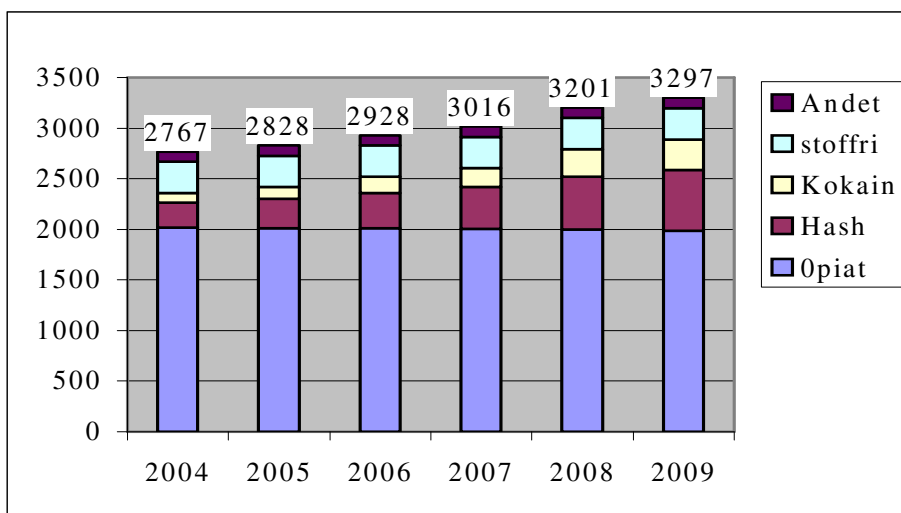


Kilde: Status-forskningssystemet, juli 2004

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 2717 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.

Imidlertid kan man konstatere, at prognosens forudsigelse om antallet af behandlingssøgende for hhv. 2004 og 2005 tilnærmelsesvis er opfyldt. Ifølge prognosen skulle der i 2004 være 2767, og det realiserede tal blev 2802. For 2005 var prognosen 2828 voksne i behandling. Det realiserede tal var 2834. Tilsvarende holder prognosen for hhv. 2004 og 2005, når det gælder udviklingen i brugergruppens misbrugsmønster. Der er en svag stigning i antallet, der har hhv. hash og kokain som hovedstof, samtidig med at antallet af opiatmisbrugere stort set er konstant.

## **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, boligmæssige, sociale og erhvervmæssige. 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 14.06.04 er der i alt 1298 brugere i behandling, der er 40 år eller 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.

Derudover opholder 34 sig på et botilbud med særlig støtte (§ 91-botilbud), 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 efterfølgende 5 år (2005 -2009).

Estimatet bygger på følgende forudsætninger:

- Behovet hos 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 ambulatoriebrugerne i 2005, men ikke skønnes at have tilsvarende behov for socialpædagogisk indsats med henblik på ændring af adfærd. Dette betyder også, at hvor ambulatoriebrugerne 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 ambulatoriebrugerne skønnes at have 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 nævnt flere alternative foranstaltninger for den enkelte bruger 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 fremover vil blive ydet i behandlingsenhederne. Derudover vil der være tale om behov for midlertidige aflastnings/omsorgsophold i døgnregi, f.eks. på plejeafdelingen på Specialinstitutionen Forchhammersvej og i alternative plejehjemslignede tilbud til syge stofmisbrugere.

	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 plejebehov, 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 Forchhammersvejs brugere samt brugere fra rådgivningscentre visiteret til byambulatoriernes interne tilbud. I nærværende skøn er det forudsat, at brugere fra de tre ambulatorier har tilsvarende plejebehov som Dyvekes brugere.

## 5. BRUGERE I BEHANDLING

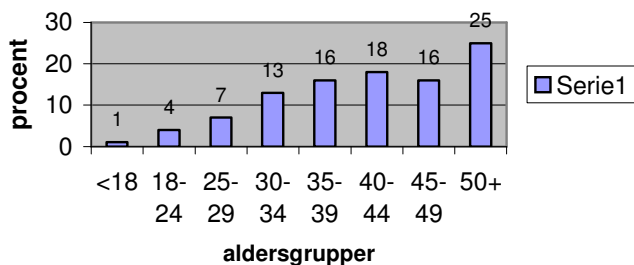
Behandlingssystemet for stofmisbrugere rummer, som beskrevet i indledningen, flere generationer af stofmisbrugere, som repræsenterer forskellige misbrugsmønstre, subkulturer og aldersgrupper. Fælles for dem alle udover misbrug og afhængighed er sociale, helbredsmæssige og psykiske problemer, der bidrager til social udstødning og elendigørelse 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 (60 %) er 40 år og derover (se figur 7). Aldersspredningen er stor. Den yngste i behandling er 15, den ældste 70 år gammel.

**Figur 7. Stofmisbrugere i behandling i Københavns Kommune maj 2006 fordelt efter alder (n=2236)**



Kilde: Status-forskningssystemet maj 2006 samt oplysninger fra U-turn om antallet af unge under 18 år. I maj 2006 er der i alt 24 unge under 18 år i behandling, svarende til 1 % af samtlige.

Københavns Kommune har - sammenlignet med landet som helhed - en ældre population af stofmisbrugere i behandling (brugere i behandling i Københavns Kommune er gennemsnitligt ca. 10 år ældre 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 højere gennemsnitsalder blandt stofmisbrugere 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 %) af stofmisbrugere i behandling 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 stofmisbrugere 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.

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. Undersøgelsen viste, at ud af alle levendefødte børn født af kvindelige stofmisbrugere i perioden 1996-2001 i hele landet blev 21 % (i alt 518 børn) født med abstinenssymptomer. I halvdelen af tilfældene var moderen kendt i behandlingssystemet.

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, hvoraf langt de fleste burde være forebygget.

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.

Familieambulatoriet arbejder ud fra den præmis, at det er positivt, hvis mange børn kan forblive i hjemmet med støtte på trods af familiernes sårbarhed. En anden præmis er, at det er positivt, hvis anbringelser sker med familiens samtykke og efter forældrenes ønske og at forældrene er indstillet på at samarbejde omkring anbringelsen. Akutte anbringelser bør altid forsøges undgået, idet disse foranstaltninger ofte er de mest belastende for barn og forældre. Hyppig dialog med familien har derfor høj prioritet, så man kan afdække behovet for hjælpeforanstaltninger der kan imødegå behovet for en akutanbringelse. Anbringelser uden samtykke ses som tvivlsomme resultatmæssigt set, men kan være at nødvendige at gennemføre. De vil endvidere være at foretrække frem for anbringelser med samtykke, hvor samtykket gives halvhjertet og uden forståelse for foranstaltningens nødvendighed.

I forhold til gravide stofmisbrugere er målet med indsatsen at sikre, at børnene fødes uden abstinenser. Familieambulatoriet har gjort denne indsats til et fokusområde, da man efter at have overvåget 19 graviditeter i 2003- 2004 fandt, at 14 af børnene blev født med abstinenser. Efter fødslen blev flere af disse børn anbragt.

Den Sociale Ankestyrelse har i 2006 etableret et centralt anbringelsesregister, hvor kommunerne registrerer alle børn, der er anbragt uden for hjemmet. I registret oplyses bl.a. om anbringelsen er sket med eller uden samtykke, samt hvad der har været udslagsgivende for anbringelsen. Det er muligt at angive forældrenes misbrug blandt flere forhold. I maj 2006 har Københavns Kommune indberettet 174 anbragte børn, heraf er der i 6 tilfælde angivet forældres misbrug som ét af de udslagsgivende forhold og i 3 tilfælde, var der tale om en tvangsanbringelse. Der er formodentlig tale om en stor underrapportering, såvel af antallet af anbringelser, men også af i hvilket omfang forældres misbrug var medvirkende årsag til anbringelsen. Når der udvikles en bedre registreringspraksis vil registret kunne anvendes til at følge udviklingen på området. Indtil da, må man anvende lokalt indsamlede data.

### ***Prostitution***

En stor andel af de kvindelige stofmisbrugere i behandling har prostitutionserfaringer. Dette gælder formentlig også flere mandlige stofmisbrugere, men dette er mindre synligt og er i mindre grad omtalt som et problem i behandlingssystemet. De kvindelige stofmisbrugeres prostitution forbindes typisk med gadeprostitution, og det er da også kendt, at de fleste danske kvinder i gadeprostitution er stofmisbrugere (Redegørelse om prostitution, VFC Socialt Udsatte 2004).

De stofmisbrugende prostituerede er i langt højere grad end andre prostituerede udsat for vold, har haft en svær opvækst og lider af svære skadevirkninger af prostitutionen. En undersøgelse fra 2000 (Ishøy og Bent Hansen) viste, at omsorgssvigt, fysiske, psykiske og seksuelle overgreb er gennemgående i de kvindelige stofmisbrugeres tilværelse.

VFC-Udsatte har påbegyndt en undersøgelse blandt personalet på misbrugsbehandlingsinstitutioner om de kvindelige stofmisbrugeres situation og følgerne af prostitutionen.

Reden, som er en del af KFUK's sociale arbejde, har i en årrække haft et åbent værested med en række tilbud til stofmisbrugende kvinder der er gadeprostituerede. Socialforvaltningen har et samarbejde med Reden, bl.a. gennem støtte til en række konkrete initiativer såsom sundhedsfremme og forebyggelse af udbredelse af smitsomme sygdomme, forebyggelse uønskede graviditeter blandt de prostituerede, som kommer i Reden.

Rådgivning over for de prostituerede, som er i kontakt med behandlingssystemet, varetages af brugernes kontaktpersoner på institutioner og rådgivningscentre.

### ***Etnisk baggrund***

Hovedparten af brugerne i behandling i Københavns Kommune har en dansk baggrund. 11 % har en anden etnisk baggrund end dansk. Blandt de flygtninge/indvandrere, der er i behandling, er 90 % 1. generationsindvandrere. Blandt nye i behandling i 2005 har 15 % 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. 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 samtlige i behandling i 2005 angav 70 % et opiat (såsom heroin eller metadon) som hovedstof ved seneste indskrivning, 3 % angav kokain som hovedstof og 11 % angav hash (tabel 3). Igennem en årrække var det foretrukne stof blandt stofmisbrugerne opiater og en meget stor andel af stofmisbrugerne blev tilbudt substitutionsunderstøttet behandling. Dette mønster er gradvist ved at ændres. Hash og kokain synes nu at være de foretrukne stoffer blandt de nye brugere, der søger behandling. Blandt de nye brugere, der søgte behandling i 2005, angav 50 % hash som hovedstof og kun 22 % opiater. 17 % angav kokain som hovedstof.

**Tabel 3. Hovedstof oplyst ved seneste indskrivning blandt hhv. nye brugere i behandling i 2005 og samtlige i behandling i 2005. Procent.**

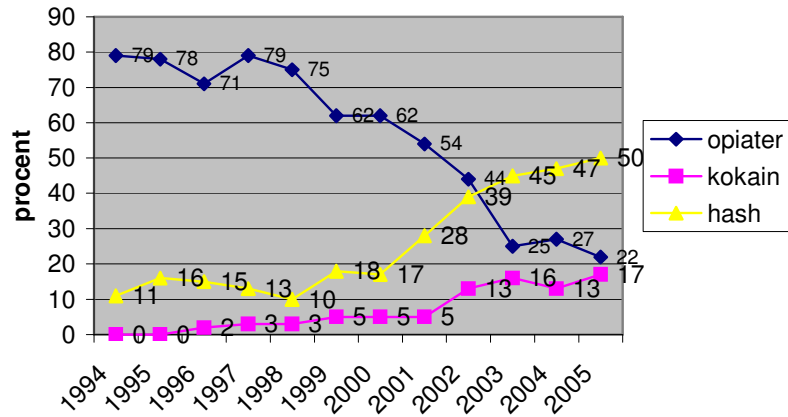
	Nye brugere	Samtlige brugere
Hovedstof:	procent	procent
HASH	50	11
KOKAIN	17	3
OPIAT	22	70
UOPLYST	1	3
Andet	9	12
i alt	100	100
N	277	2834

Kilde: Status-forskningssystemet maj 2006.

Årligt indskrives mellem 150 og 300 brugere i behandling, som ikke tidligere har været i behandling. Nytilgangen de seneste år (figur 8) viser en tendens, som i de kommende år vil påvirke sammensætningen af behandlingspopulationen.

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 ambulans 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 nye brugere i behandling 1994-2005



Kilde: Status-forskningssystemet maj 2006

## **6. STATUS OVER INDSATSEN OVER FOR STOFMISBRUGERE**

### **6.1 Udvikling af den ambulante behandling**

Den ambulante behandling skal rumme brugere, som er i behandling over meget lang tid og nye brugere, som henvender sig om behandling, og som kan have behov for en kortere eller længerevarende indsats.

Siden metadonloven blev vedtaget i 1996, og Københavns Kommune fik ansvaret for at iværksætte og yde substitutionsbehandling for stofafhængige, har behandlingssystemet haft ansvaret for en stor gruppe brugere i længerevarende substitutionsbehandling, som er forblevet i samme behandlingstilbud over mange år, uanset at deres behov for ydelser har ændret sig. Denne udvikling medførte en række problemer og udfordringer for behandlingssystemet, herunder at behandlingssystemets ressourcer ikke blev anvendt optimalt.

#### ***Kvalitetsudviklingsprojektet 2003-2005***

Kvalitetsudviklingsprojektet blev udviklet for løse ovennævnte problemer. Projektet havde til formål at udvide antallet af pladser i det ambulante behandlingssystem, at variere tilbuddene gennem differentiering og specialisering, skabe mobilitet og modvirke flaskehalse i behandlingssystemet og endelig at tydeliggøre rammer og indhold i ydelserne. Evalueringen af projektet (SUD 171/2006) viste, at der var en række organisatoriske og samarbejds-mæssige barrierer, som resulterede i, at de forventede mål ikke blev realiseret.

#### ***Ny struktur i det ambulante behandlingssystem 2006***

For at skabe forudsætninger for en optimal anvendelse af ressourcerne i det ambulante behandlingssystem har Socialforvaltningen iværksat en ny struktur i behandlingssystemet, der realiseres den 1. september 2006 (SUD 106/2006).

I den nye struktur tilpasses ydelserne i højere udstrækning brugerne, ligesom der tages højde for en række visitations-, samarbejds-, og kvalitetsproblemer i den eksisterende struktur. Det vægtes særligt at:

- forbedre tilbuddet til nye misbrugergrupper (hash og kokain)
- tilpasse behandlingen til de svage og ældre misbrugere i længerevarende substitutionsmedicin
- udvikle resultatmål, indikatorer og målinger

I den nye struktur samles de ambulante tilbud i rådgivningscentre og byambulatorier under ledelse af en centerchef for hvert rådgivningscenter og daglig ledelse af teamchefer på hhv. modtageenheder og behandlingsenheder. Der oprettes følgende enheder:

- 4 modtageenheder, der skal være den professionelle og attraktive indgang til behandling for alle stofmisbrugere. Modtageenheden udreder, visiterer, og yder korterevarende behandling.
- 4 behandlingsenheder, der skal være det professionelle behandlingssted for den store gruppe af brugere med længerevarende stofmisbrug. Behandlingsenheden skal – suppleret med lægekliniker m.m. – stå for en højt kvalificeret skadesreducerende behandling til denne gruppe.

- 2 dagcentre i hhv. Byambulatoriet Stærens lokalitet og Byambulatoriet Enghavens lokalitet. Dagcentrenes målgruppe er brugere, der har behov for et rummeligt dagcentertilbud med vægt på omsorg og aktiviteter. Dagcentrenes brugere visiteres til dagcentret.
- På dagcentret Stæren tilbydes udgående funktioner, udlevering af metadon, og der vil være adgang til læge, sygeplejerske og socialrådgiver, ligesom der vil blive mulighed for injektion af metadon for de brugere, der hidtil har fået denne ydelse.

## 6.2 Seneste status over behandlingsforløb 1994 -2006

**Tabel 4: Seneste udskrivningsoplysning maj 2006) for alle, der har været indskrevet i behandling i Københavns Kommune siden 1994 (n=5325 i 2006)**

	Maj 2006
Fortsat i behandling	42 %
Færdigbehandlede	14 %
Døde (udskrivningsstatus)	10 %
Udskrevet til fængsel	3 %
Udskrevet til hospital/egen læge	1 %
Fraflyttet kommunen	5 %
Bortvist fra behandling	2 %
Forladt behandlingen i utide	18 %
Uoplyst udskrivningsstatus	5 %
Antal registrerede personer i behandlingssystemet 1994-2004	100 % (n=5325)

Kilde: Status-forskningssystemet 21-07-04.

I alt har 5325 borgere i Københavns Kommune været indskrevet i stofmisbrugsbehandling i perioden fra 1994 til 2006, svarende til ca. 1 promille af den københavnske befolkning. 42 %, lidt under halvdelen er fortsat i behandling. 10 % er udskrevet som døde. Blandt de 18 %, 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 heraf fraflyttet kommunen, 10 % er døde, nogle er formentlig fortsat stoffri, men det må forventes, at størstedelen er aktive stofmisbrugere, som vil søge behandling igen.

I alt 14 % af samtlige, der har været indskrevet i behandling, er i følge seneste oplyste status, 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 2001-2005*

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 (fra 26 % i 2001 til 51 % i 2005), mens visitationer til substitutionsbehandling relativt set falder (fra 70 % til 49 %). Dette skal formodentlig ses som en følge af det nye misbrugsmønster blandt nyindskrevne.

**Tabel 5: Visitationer 2001-2005 fordelt efter behandlingstype i procent**

	2001	2002	2003	2004	2005
sub: metadon	63	60	51	46	43
sub: buprenorphin	7	6	6	5	6

stoffri behandling	26	30	41	48	51
Uoplyst	4	4	3	1	0
I alt	100	100	100	100	100
antal	1423	1792	2001	2006	1939

Kilde: Status-forskningsystemet maj 2006

### 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 stofmisbrugerene. 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 brugere opfattes som kontrol, som 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.

Forskellige undersøgelser viser da også, 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.

Udfordringen er således at sikre samarbejde med misbrugerne samtidig med at kontrolkravene overholdes. Hertil kræves udvikling af pædagogiske metoder, hvor der fx lægges vægt på belønning frem for straf, hvor der er tydelige konsekvenser, således at konflikter kan forebygges.

#### *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.

#### *Indkaldsperioder*

Faste jævnlige perioder af afgrænset varighed, såkaldte ”indkaldsperioder”, 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.

#### *Samarbejde med politiet*

For yderligere at begrænse den illegale handel med metadon, er der med politiet indgået en aftale om at Socialforvaltningen orienteres om sager der omhandler køb og salg af metadon, med angivelse af de involverede brugeres navn og personnummer. Når en bruger har været involveret i en sag om salg af metadon, indkaldes den pågældende til en samtale med ledelsen på den institution hvor han/hun er i behandling, og det indskræpes, at salg af metadon ikke kan accepteres. Normalt vil reaktionen overfor en bruger der har videresolgt sin metadon være skærpet overvågning af indtagelsen, og/eller reduktion af dosis.

#### *Evidensbaseret faglig udvikling af substitutionsbehandlingen*

Projekt X-felt har udviklet standarder for substitutionsbehandlingen, herunder for individuel rådgivning, for behandlingsplaner/behandlingsmøder, for hepatitis og hiv program og graviditetsforebyggelse (Mål, midler og kvalitet, Petersen, 2005).

#### *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. Evalueringen af projektet viste, at interessen for denne administrationsform blandt brugerne er begrænset, men at de brugere der blev i projektet i begrænset omfang profiterede af det. Behandlingsformen er nu godkendt af Sundhedsstyrelsen, som vil udsende retningslinier for indikationer, behandlingens udførelse og monitorering. Støren skal forsætte behandlingen med intravenøst administreret metadon, også efter at det i den ny struktur har fået status som dagcenter, og også Specialinstitutionen Forchhammersvej skal kunne tilbyde denne behandling.



### *Fastholdelse (retention) i behandlingen*

At fastholde brugerne i behandling er 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 kan være en kvalitet i sig selv, skaber det også problemer, fordi der sker en ophobning af brugerne i behandlingssystemet, og brugerne 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) kan således være 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 buprenorfin indregistreret til substitutionsbehandling af opioidafhængige, og det anvendes i dag til ca. 10 % af brugerne i substitutionsbehandling. Buprenorfin er dyrere end metadon, svarende til 5 x prisen på metadon. Imidlertid har buprenorfin i mange henseender en mere hensigtsmæssig farmakologisk profil end metadon. Det har en meget lang virkningstid, og man kan i stabil buprenorfinbehandling nøjes med dosering 3 gange ugentlig. Det er mindre potent, men også mindre giftigt, mindre sløvende og formentlig mindre vanedannende. Det intravenøse sidemisbrug af buprenorfin er på grund af stoffets særlige farmakologiske struktur yderst begrænset, og præparatet har hidtil også kun haft et yderst begrænset misbrugspotentiale. Hidtil har der ikke været registreret buprenorfin i de retskemiske undersøgelser ved stofrelaterede dødsfald i Danmark.

I overensstemmelse med principperne om den trinvis behandling anbefales buprenorfin 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 buprenorfin også til de mere tunge og kaotiske blandingsmisbrugere aktuelle, specielt med fokus på den større sikkerhed i buprenorfinbehandlingen 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 kost-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 (Heroinafhængige i Metadonbehandling, Pedersen 2005) har påvist, at kriminalitet reduceres med mere end 50 %, men ellers er det sparsomt med dansk dokumentation. Resultaterne fra Projekt X-felt dokumenterede ligeledes en et markant kriminalitetsfald hos brugere i behandling – faldet var

på 82 % målt ved antallet af kriminalitetsdage, og faldet i heroinbrug var af en tilsvarende størrelsesorden. Der var en mere moderat effekt på social funktion og psykisk velbefindende.

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 sin konklusion skriver Embedslægeinstitutionen:

*"Det kan konkluderes, at der i København var en mellemløjt 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 2004. 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	2004
København	90	66	82	61	64	53	68
Danmark	251	239	247	258	252	245	275
Kbh. i pct. af DK	36 %	28 %	33 %	24 %	25 %	22 %	25 %

Kilde: Politiets narkotikastatistik 2004.

## 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 stort set været opfyldt. I det seneste år er gennemsnitligt 30 % af brugere i stoffri behandling blevet udskrevet som færdigbehandlede og stoffri.

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 32 % i 2001 og 19 % i 2004.

Center for Rusmiddelforskning har fulgt op på en række undersøgelser af stoffri døgnbehandling med henblik på at undersøge om brugerne kunne opretholde stoffrihed efter udskrivning af behandling. Opfølgningen viste, 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 (Mads Uffe Pedersen: *Stofmisbrugere, før, under, efter døgnbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, 2000).

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.

#### *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 (Pedersen 2000):

*"...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 effekt målet 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 bruger karakteristika, 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.

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

### *Stoffrihed – en udvikling på flere livsområder*

Man peger fra behandlerens 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.

### *Social rehabilitering i den stoffrie behandling*

Den sociale rehabilitering synes prioriteret lavere end stoffrihed som mål for den stoffrie behandling. Under halvdelen, 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 rådgivningscentrene ikke fungerer optimalt. Der kan næppe gives et entydigt svar på dette.

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 indskrevne i den ambulante efterbehandling.

### *Samarbejde med frivillige*

Københavns Kommune har et samarbejde med to væresteder til stoffri brugere, der drives af frivillige: Clean House og Linie 14. Disse væresteder er åbne for alle inden for målgruppen. Dog begrænses adgangen, hvis brugernes adfærd skønnes problematisk for værestedernes funktion.

## **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 (se figur 8).

### *Alder*

Hash- og kokainbrugerne er gennemgående yngre end opiatbrugerne, når de søger behandling. 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 det 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 altså gennemsnitligt flere ressourcer. I forhold til tal for den alderssvarende befolkning som helhed er de nye brugergrupper dog (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.

En undersøgelse (Social profil på unge cannabismisbrugere i behandling, Fjorback et al.2006) af den sociale profil på yngre hashmisbrugere, der søgte behandling i perioden 2003-2004, viste, at en stor del udviste problemer længe før, de søgte behandling for deres misbrug. Deres opvækst havde for over halvdelen vedkommende været belastet af forældrenes misbrug, en tredjedel havde været udsat for vold, 70 % havde flere skoleskift og halvdelen havde haft en skolegang præget af indlæringsproblemer. Næsten halvdelen havde oplevet at blive bortvist fra skolen og halvdelen havde været henvist til skolepsykolog. Undersøgelsen peger på, at *"tidligere identificerede risikofaktorer for stofafhængighed også korrelerer til det at komme i behandling for cannabismisbrug"*.

## *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 at 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 Rådgivningscentre blandt andet med henvisninger fra socialcentre. 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 det ved 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.

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

Unge med et misbrugsproblem har et kompleks af sociale og personlige problemer. Udfordringen er, at de unge ikke betragter sig selv som misbrugere. Derfor skal problematikken anskues med en speciel synsvinkel, og de unge kan ikke blot tilbydes behandling på samme måde som i "voksenbehandlingssystemet".

### ***U-turns målgruppe og aktiviteter***

Som følge heraf har Københavns Kommune oprettet et rådgivnings- og behandlingstilbud "U-turn", som åbnede 1. maj 2004. U-turn er et bredt rådgivningstilbud, og et fleksibelt behandlingstilbud med individuel behandling og gruppebehandling for unge mellem 15-23 år. 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, aftenoggruppebehandling for de ældste, og individuel samtalebehandling for de unge som ikke ønsker gruppebehandling. U-turn er normeret til 36 behandlingspladser, svarende til ca. 80 behandlingsforløb årligt.

Målgruppen for rådgivningen er foruden de unge, deres forældre og professionelle, der har brug for rådgivning i relation til unge og misbrug. Der har i U-turns rådgivning været i alt 559 henvendelser

(heraf 333 unge) siden etableringen i 2004. Heraf har de 307 været telefoniske og de 252 personlige. U-turn har udover rådgivningen afholdt oplysningsmøder og varetaget en række konsulentfunktioner.

Det vigtigste mål i arbejdet med de unge er, at de unge ophører/reducerer deres stofbrug, og at de kommer i uddannelse eller arbejde (eller fastholder igangværende uddannelse/arbejde). Men det skal pointeres, at U-turn arbejder med alle den unges problematikker.

### ***Hvem er de unge, og hvordan er det gået dem***

Tabel 6 viser tal for hvor mange unge, som U-turn har haft i behandling i de forskellige tilbud i 2005. I starten af 2006 steg tilgangen til U-turns behandlingstilbud og 1. maj 2006 var der 56 unge indskrevne. Det er endnu for tidligt at sige, om det er en udvikling, som vil være permanent, eller om efterspørgslen vil falde i efteråret, sådan som det skete i 2004.

**Tabel 6. Antal unge i behandling i U-Turn 2005**

	<i>Antal unge</i>
Daggruppe	33
Aftengruppe	38
Individuel	25
Behandling i alt	<b>96</b>

Kilde: U-turn, maj 2006.

Aldersmæssigt fordeler de unge sig med ca. 50 % under 18 år og 50 % over 18 år.

De unge, der har været indskrevet i daggrupperne (i alt 38 fra maj 2004 til maj 2006), er i gennemsnit 16 år. De er alle socialt udsatte unge, hvor ingen af dem gik i skole på indskrivningstidspunktet. Eksempelvis har 24 unge oplevet mere end 3 skoleskift. 27 unge er blevet smidt ud af skolen en eller flere gange. 15 unge har været anbragte 1-2 gange, og 10 af de unge 3 gange eller mere. De har alle et stort hashbrug, heraf har 8 unge prøvet hash første gang, før de var 11 år. 23 af de unge har prøvet kokain.

Af de 38 unge er 25 unge udskrevet eller i efterbehandling 1. maj 2006. De 10 unge er i lønnet arbejde eller arbejdspraktik og de 8 unge er i uddannelse. Af de 25 unge, som er udskrevet og enten er helt ophørt eller forsat i efterbehandling (måling 2-3 måneder efter ophør i daggruppe), er 7 unge helt stoppet med at bruge hash, 9 unge har reduceret deres hashforbrug med over 75 %, og 6 unge har reduceret forbruget med minimum 50 %.

Aftengrupperne henvender sig både til unge, fortrinsvist mellem 17 og 23 år, som har sociale sager, og til unge som er i gang med arbejde og uddannelse, men som er i fare for social udstødelse (disse unge får ingen social sag ved at blive behandlet i U-turn).

Af de 21 første unge, som er færdigbehandlet ultimo 2005, var 75 % af de unge ophørt med at ryge hash. Alle øvrige deltagende unge havde reduceret deres forbrug. Ved visitationen var 2 unge i aktivering og 6 unge under uddannelse. Efter behandlingen var 3 i aktivering, 7 under uddannelse, 1 i anden behandling og 9 i arbejde, og kun én lavede ingenting.

### ***Styrkelse af indsatsen over for udsatte unge***

I forbindelse med etablering af behandlingsgaranti for unge stofafhængige under 18 år har Socialudvalget besluttet at styrke behandlingsindsatsen overfor ungegruppen. Forvaltningen vurderer, at behandlingskapaciteten til unge er tilstrækkelig indtil videre, men at der er behov for at supplere med særlige tilbud til de mest belastede unge for at sikre at behandlingsgarantien kan opfyldes. Derudover vurderes det, at der er behov for at styrke forældre- og pårørendearbejdet i ungeindsatsen.

## **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. 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 været sat fokus på at forbedre arbejdet med sociale handleplaner på rådgivningscentre og institutioner, som har resulteret i, at der har været en markant stigning i antallet af oprettede handleplaner. Status i maj 2006 er, at ca. 70 % har fået tilbudt at få udarbejdet en social handleplan, og 46 % har fået udarbejdet en plan, resten har ikke ønsket det. 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.

### ***Pårørende til stofmisbrugere***

De fleste stofmisbrugere har kontakt til deres nærmeste familie, forældre, søskende, bedsteforældre, partnere og børn. Denne kontakt kan dog være af meget forskellig karakter, den kan være belastet, og der kan både være fordele og ulemper ved at inddrage pårørende i behandlingen af stofmisbrugerne. Inddragelse af pårørende i behandlingen sker derfor ikke automatisk, men på basis af en individuel vurdering, ligesom det altid sker i samarbejde med brugeren og efter brugerens ønske.

Blandt unge i behandling i Ungetilbuddet U-turn giver hovedparten udtryk for, at de på trods af svære opvækstvilkår føler sig meget tætte på deres forældre. Denne tilknytning og kontakt er vigtig for den unge i kampen mod misbruget.

Misbrugernes nærmeste pårørende, forældre, partnere og børn er også ”ramt” af misbruget. Der er dannet flere pårørendeforeninger, hvor det typisk er forældre til misbrugere, der dominerer. I tilknytning til Behandlingsinstitutionen Netværket er der dannet en forening af pårørende, som fungerer som en selvhjælpsgruppe, dog med professionel støtte og opbakning fra institutionens side. Forældrene vejledes bl.a. i hvordan deres rolle overfor deres misbrugende børn kan udvikles, således at de styrker forælderrollen. De støttes i, at de ikke er alene, at det ikke er deres skyld. De får et forum, hvor de kan tale åbent om deres situation, deres angst, magtesløshed, frustration, skyld og skam.

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

Hovedparten af indskrevne i behandling lever af overførselsindkomster. Ca. en tredjedel har fået tilkendt førtidspension, knap halvdelen modtager kontanthjælp eller revalideringsydelse. Blandt de øvrige er dagpengemodtagere og personer under uddannelse samt personer i ordinære jobs. En optælling i 2004 viste, at knap 10 % af brugere i substitutionsbehandling er selvforsørgende. Blandt i brugere i stoffri behandling er det tilsvarende tal ca. 20 %.

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 i stofmisbrugsbehandling var der i 2005 i alt en aktiveringsgrad på 12 % svingende fra 8 % til 17 % mellem rådgivningscentre. Til sammenligning kan nævnes, at aktiveringsgraden for samtlige kontanthjælpsmodtagere (såvel uden som med andre problemer end ledighed) i Københavns Kommune var 41 %.

Der var stor variation mellem centrene indbyrdes. Forskelle i indsatsen vil ofte være udslagsgivende. Derudover er succesen 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 beskæftigelsesfremmende indsats*

Fra 1. januar 2006 varetages ansvaret for Lov om aktiv Beskæftigelsesindsats af Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Fremover skal jobcentre varetage kontaktsamtaler, vurdere arbejdsevne og give tilbud i henhold til Lov om aktiv beskæftigelsesindsats til stofmisbrugere i behandling. Rådgivningscentre har til opgave at koordinere den behandlende indsats i relation til den beskæftigelsesfremmende indsats og til at samarbejde med jobcentret som centrale aktør på beskæftigelsesområdet. Rådgivningscentre har ansvaret for at koordinere med jobcentret i forbindelse med udarbejdelse af den sociale handleplan, såfremt handleplanen omhandler ændringer på kortere sigt i brugerens beskæftigelsesmæssige eller forsørgelsesmæssige situation samt ved ændringer i brugerens situation, der kan have betydning for den fremtidige beskæftigelse eller forsørgelse. Dette skal ske i samarbejde med den enkelte bruger.

Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen vil sikre, at der udarbejdes samarbejdsaftaler med det formål at sikre, at den sociale indsats og den beskæftigelsesfremmende indsats i den fremtidige struktur understøtter hinanden.

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

Rådgivningscentrenes modtageenheder og behandlingenheder og specialinstitutionerne har til opgave at motivere brugerne for at tage skridt til at komme ud af misbruget, blive selvhjulpne og blive en aktiv deltager i samfundet uden for misbrugsmiljøet. Dette handler blandt andet om motivation til at afprøve sig selv og sine muligheder på

#### *Projekt "Arbejdsbasen"*

På byambulatoriet Bellahøj (et behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsunderstøttet behandling fra 1997-2006) 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 var, at uanset at brugerne tilhørte 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.

### *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), i Revacentret, (Skiftesporet" oprettet i 2004) og i behandlingsinstitutionen Netværket (Hotellet, etableret i 2000), som tilbyder afklaring og særlig tilrettelagt beskæftigelse. Alle tre tilbud er fortsat i 2006. Efter 1.januar 2006 visiteres brugerne til disse tilbud via jobcentret.

### *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 er meget langt fra arbejdsmarkedet, men som heller ikke er berettigede til førtidspension eller naturligt kommer i betragtning til job på særlige vilkår. 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.

Der iværksættes på denne baggrund i 2006 et flerårigt forsøgsprojekt i Københavns Kommune om social aktivering af socialt udsatte stofmisbrugere og hjemløse, som langvarigt har været på passiv kontanthjælp. Formålet med projektet er at tilbyde en struktur og indhold i hverdagen til denne gruppe mennesker, som kan øge deres livskvalitet og sundhed. Projektet er finansieret af satspuljemidler.

## ***Hjemløshed***

### *Med stigende alder falder hjemløsheden*

Hovedparten af brugere i behandling (72 %) oplyser ved indskrivningen, 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 af stofmisbrugerne bor periodevis under midlertidige forhold, på lejet værelse, hos familier og venner. Mange stofafhængige, der har egen bolig, kan have svært ved at bo i den og tilpasse sig 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 boligen, i at få en hverdag til at fungere og indgå i et samliv med mennesker uden for misbrugsmiljøet.

Blandt samtlige i behandling er (maj 2006) 8 % (171 personer) reelt hjemløse. Heraf opholder 52, svarende til 2 % af samtlige i behandling sig på en hjemløseinstitution (jfr. Hjemløseregistret) og 119 har ingen fast bopæl jfr. Folkeregistret. Der er relativt flere hjemløse blandt de københavnske stofmisbrugere i behandling end i resten af landet (8 % i København mod 5 % på landsplan). Dette kan tilskrives storbyeffekten. De hjemløse stofmisbrugere har ofte brug for et særligt botilbud med støtte, da hjemløsheden oftest skyldes både psykiske, sociale og helbredsmæssige problemer.

### *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 selvhjulpenhed. Der er tale om udslusningsboliger (halvvejshuse) til brugere i stoffri behandling, Midlertidige botilbud til helbredsmæssigt svækkede misbrugere med fokus på pleje og omsorg, 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 døgndekning 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.

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

Københavns Kommune har gennem de seneste år gennemført flere projekter (Retssikkerhedsprojektet, Sundhedsprojektet og Kontaktstedet Mændenes Hjem/Forchhammersvej) der har været målrettet til bl.a. hjemløse stofmisbrugere, der ikke formår at benytte de hjælpetilbud, der allerede findes. Hensigten med den opsøgende indsats har været, dels at kortlægge gruppens sociale, misbrugsmæssige og helbredsmæssige tilstand og dels at medvirke til, at brugerne anvender de eksisterende hjælpetilbud.

Erfaringerne fra projekterne er nu forankret i en gadeplansindsats, der dækker hele byen, og som rummer både en social og en sundhedsfaglig del.

### ***Kriminalitet***

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

Det drejer sig primært om stofrelateret kriminalitet og 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 iværksat en række motivationsfremmende programmer og behandlingstilbud i Kriminalforsorgens regi. 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 straffuldbyrdelsesloven) været anvendt i stigende grad og med et positivt resultat (Hagemann et al., 2001). Tilsvarende kan man anvende "normaliseringsmuligheden" i straffuldbyrdelsen 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 kriminel adfærdsmønster og tankegang.

Københavns Kommune samarbejder med Kris Danmark om et program, der omfatter motivation til stoffri behandling, program for ændring af kriminel tankegang, behandling, og udslusning i halvvejshuse med henblik på permanent bolig og uddannelse og beskæftigelse. Der er tale om eks-misbrugere, som er stoffrie og som har gennemgået en uddannelse som undervisere i programmet. De laver bl.a. opsøgende arbejde i fængslerne og motiverer her stofmisbrugere til at blive stoffri og til at indgå i et undervisningsprogram og en social rehabiliteringsproces. I august 2005 havde Kris Danmark kontakt til 83 indsatte, og havde aftaler med 12 danske fængsler. Man skønnede på daværende tidspunkt at ca. en tredjedel af de indsatte, som man havde kontakt med ville indgå i programmet efterfølgende. Det skønnes, at gennemførelsesgraden i projektet er på mellem 45 og 65 % (Oxford Research 2005). Dette svarer til, at mellem 15 og 20 af de 83 vil gennemføre programmet.

Kris Danmark er et delprojekt i den selvejende institution "The Clean House", hvis aktiviteter støtter stoffri brugere i at fastholde stoffrihed, skabe netværk og normalisere tilværelsen.

## **6.8 Den sundhedsfaglige indsats**

### *Psykisk sygdom/dobbelt-diagnoser*

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 (Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere, 2002).

### *Behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere*

Det forhold, at misbrug og psykisk lidelse ofte optræder sammen, burde resultere i, at der var et tæt samarbejde mellem psykiatrien og misbrugssystemet. Dette har imidlertid ikke været tilfældet, idet samarbejdet generelt har været sporadisk og ad hoc-præget, specielt i forhold til gruppen af psykotiske med et heroinmisbrug og/eller et blandingsmisbrug. De psykotiske misbrugere har behov for en dobbelt indsats, men har fået mindre end den halve og ofte slet ingen. De er blevet afvist 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 har fået relevant behandling, er de oftest så dårlige, at heller ikke socialpsykiatrien (botilbud, mv.) kan rumme dem (Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere, 2002).

Men 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 er opgjort til ca. 100. 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 relevant og tilstrækkelig behandling. Når der alligevel har været indskrevet så relativt mange (ca. 5 % af

samtligte indskrevne) psykotiske stofmisbrugere, skyldes det, at nogle trods alt er kommet 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 af hospitalerne.

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 ligeledes 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.

For at sikre de dårligste dobbeltdiagnosepatienter et adækvat behandlingstilbud og løse samarbejdsproblemerne mellem behandlingsinstitutionerne for stofmisbrugere og behandlingspsykiatrien, har der været gennemført forhandlinger mellem Københavns Kommune og H:S, som resulterede i nedsættelsen af en arbejdsgruppe med deltagelse af H:S og Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Dette har ført til vedtagelsen af en række forslag som skal gennemføres i løbet af 2006 – 2007:

- Oprettelse af et opspøgende psykoseteam i tilslutning til Specialambulatoriet med 80 pladser (årlig udgift 5,7 mio. kr.)
- Styrkelse af distriktpsychiatrien med 4,1 mio. kr. således at distriktpsychiatrien bliver i stand til at rumme de stofmisbrugere, hvor substitutionsbehandling kan administreres fra apotek.
- Nedsættelse af et fælles visitationsudvalg mellem Socialforvaltningen og H:S, med kompetence til at foretage en behandlingsmæssig placering i de tilfælde, hvor der ikke umiddelbart er klarhed over, om patienten skal placeres i psykiatrien eller i behandlingssystemet for stofmisbrugere.
- Styrket misbrugsrelateret psykiaterbetjening af de socialpsykiatriske bcentre. (1 mio. kr. årligt).

Endelig har Københavns Kommune afsat 40 mio. kr. til modernisering af botilbudene til handikappede og psykisk syge.

Der kommer således en væsentligt øget kapacitet i psykiatrien, og dette, sammenholdt med nedsættelsen af et fælles visitationsudvalg, må forventes at sikre patienter med dobbeltdiagnoser en væsentlig bedre behandling end den de hidtil har kunnet tilbydes.

Det må forventes, at de aftaler, der er indgået med H:S, videreføres i Region Hovedstaden efter 1. januar 2007.

### *Misbrug på de socialpsykiatriske bcentre*

Et særligt problem udgør de mange psykisk syge med et misbrug på de socialpsykiatriske bcentre. Blandt de brugere, der visiteres til bcentrene, 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 bcentrene 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 bcentrene i de tilfælde, hvor misbruget hos en bruger er kombineret med svære udadreagerende personlighedsforstyrrelser.

Der er udarbejdet en politik for, hvordan bcentrene skal håndtere beboernes misbrug. Denne politik baseres på følgende elementer:

- Etablering af misbrugsfri afdelinger på bcentre, hvor der er behov for det
- Udarbejdelse af en misbrugspolitik på bcentrene.
- Iværksættelse af en række initiativer som led i en henholdsvis kortsigtet og langsigtet handleplan mod misbrug på de socialpsykiatriske bcentre.

### ***Alkoholmisbrug***

Blandt stofmisbrugere er der også en udbredt brug af alkohol. Skønsmæssigt drejer det sig ca. om 20 % af stofmisbrugerne i behandling, der også har et alkoholmisbrug.

Stofmisbrugere indskrevet i behandlingssystemet tilbydes også behandling for deres alkoholmisbrug, således at alkoholmisbruget bliver behandlet i sammenhæng med behandlingen for stofmisbruget.

Der er dog også mulighed for at stofmisbrugeren kan søge behandling i de almindelige alkoholbehandlingstilbud såsom alkoholambulatorierne på hospitalerne eller de privatre alkoholambulatorier.

Både evaluering fra Center for Rusmiddelforskning (Pedersen, 2005, Heroinafhængige i metadonbehandling) og Evaluering af Sundhedsprojektet og kontaktstedet fra 2005 peger på, at nogle af de mest belastede stofmisbrugere, er dem der også har et alkoholmisbrug.

Denne gruppe vil ofte trække på en lang række forskellige tilbud foruden behandlingssystemet for stofafhængige. Det kan være alkoholambulatoriernes tilbud, hjemløseinstitutioner, gadeplansmedarbejdere med flere. Der vil således være behov for en omfattende koordination af de forskellige indsatser.

Koordinationen sker i dag primært i forhold til den enkelte bruger, og der er i den alkoholpolitiske handleplan peget på behov for i højere grad at styrke denne koordination. I den alkoholpolitiske handleplan er der således forslag om etablering af et opsøgende og koordinerende team. Derudover bliver ansvaret for stofmisbrugs- og alkoholbehandlingen samlet samme sted fra 2007, hvilket endvidere vil styrke koordinationen på et mere overordnet niveau.



### ***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 Specialinstitutionen Forchammersvej, sygeplejeklinikkerne på hjemløseinstitutionerne og Det opsøgende sundhedsteam. 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 af 22 % af de indskrevne brugere (Evalueringsrapporten af Sundhedsprojektet mv., 2005). Resultaterne viser, at hjemløse misbrugere generelt har en dårlig almen tilstand som følge af langvarigt misbrug, stresstilstande og fejlnæring. 70 % har problemer med søvn, 64 % mener ikke, at de får nok at spise og 72 % oplever, at 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.

#### *Alternative plejetilbud*

Stofmisbrugere med svære helbredsmæssige problemer og kroniske plejebehov har svært ved at passe ind på de plejehjem, der er oprettet til den ældre plejekrævende del af befolkningen. De afviger dels aldersmæssigt, men også med deres adfærd og præferencer, herunder et varierende sidemisbrug, fra den øvrige plejegruppe.

Til de sygestofmisbrugere er der oprettet et alternativt plejehjemslignende tilbud, der kan rumme målgruppen, samarbejde med dem om behandling og pleje og dermed tilbyde et værdigt plejeophold i den sidste del af livet (De står til de falder, Socialforvaltningen 2006).

## **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, og derfor stilles der store krav til den enkelte medarbejders kompetencer.

I behandlingssystemet er der en bred repræsentation af forskellige faggrupper og deraf kompetencer; pædagoger, sygeplejersker, 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 desillusionerede, og endelig kan en tredje forklaring være, at medarbejderne ikke har de nødvendige redskaber og kompetencer.

Der er og har været problemer med at håndtere trusler om vold og konflikter i hverdagen, og årsagerne hertil er komplekse. Brugernes dyssociale opvækst og manglende sociale kompetencer, stofmisbruget, de fysiske rammer, institutionernes regelsæt og administrationen af det, arbejdsmiljøet, uddannelse og supervision af medarbejderne, medarbejdernes kompetencer og menneskelige egenskaber i øvrigt.

Behandlingssystemet for stofmisbrugere har været målgruppe for en voldsforebyggende indsats. 2 medarbejdere fra hver institution har gennemgået et uddannelsesprogram med titlen ”Voldsforebyggelse en faglig kompetence”. Uddannelsesprogrammet havde fokus på konflikt og kommunikation. Som led i uddannelsesprogrammet blev der lagt op til at der skulle udarbejdes en voldspolitik på arbejdspladsen.

Der følges op på voldsforebyggelsen bl.a. gennem Arbejdspladsvurderinger (APV), der udarbejdes regelmæssigt og ved en procedure, hvor der i tilfælde af anmeldte arbejdspladsulykker og anmeldte episoder med vold eller trusler om vold, skal udarbejdes analyser af situationerne med henblik på læring og forebyggelse af fremtidige episoder. En sådan dynamisk forebyggende håndtering af voldelig adfærd ses som en betydningsfuld kompetenceudvikling i behandlingssystemet.

I tilknytning til etablering af ny struktur i behandlingssystemet planlægger forvaltningen en række kurser for medarbejderne i samarbejde med institutionerne.

## 8. UDFORDRINGER

### 8.1 Den forebyggende indsats

#### *Styrkelse af indsatsen over for unge – forebyggelse og behandling*

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 over for 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.

#### *Folkesundhed København*

Der er i 2003 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 iværksat en række initiativer, der har til formål at begrænse unges misbrug og skader i relation hertil. Man benytter sig af ung - til yngre dialog, faglig formidling om rusmidler og skoleundervisning. Der er derudover indsatser, der retter sig mod særlige målgrupper, f.eks. unge på tekniske skoler og forældre til elever i 7.klasse. Endelig bidrager man til hjemmesiden Netstof.dk. Der er tale om en primært forebyggende indsats, der retter sig mod den brede gruppe af unge.

#### *Socialforvaltningen*

I regi af Socialforvaltningen bedrives opsøgende arbejde over for truede unge/ unge i risiko. "Tjekpunkt" arbejder især på gaden på Vesterbro og på Christiania. "Pigegruppen" på Vesterbro er opsøgende arbejde, der bygger på kontakt til målgruppen, og hvor kontakten formidles fra mund til mund. SSP (samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi) går på tværs af de forebyggende indsatser og bidrager dels i forhold til den brede gruppe af unge, dels overfor unge i risiko.

Socialforvaltningen driver U-turn, som 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 tilpasset til de unge, så de får lyst til at opsøge stedet. 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.

#### *Koordinering på tværs af forvaltninger*

Et tværgående udvalg "vedrørende rusmidler og seksuelt overførbare sygdomme" mellem Sundhedsforvaltningen, Socialforvaltningen, Børne- og Ungeforvaltningen, Kultur- og Fritidsforvaltningen, Embedslægeinstitutionen, SSP-sekretariatet, Københavns Politi, Ungdomspsykiatrien, almen praksis og apotekerne. Forebyggelsesudvalget har bl.a. til formål at koordinere forebyggelse af stofmisbrug.

Der er en udfordring i at koordinere den forebyggende indsats over for hhv. den brede gruppe af unge og unge i risiko og behandlingsindsatsen.

Det gælder ikke mindst i forhold til de ca. 450 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 ikke udvikler et egentlig misbrug. Samtidig bør det sikres, at alle unge, der skønnes at have et behandlingskrævende misbrug, får et tilbud, der opleves attraktivt og gives på et relevant tidspunkt, og at behandlingsgarantiens bestemmelser om tidsfrister m.v. overholdes.

Socialforvaltningen har oplevet et stigende behov for rådgivning og behandling af unge med misbrugsproblemer af varierende karakter. Det skal derfor sikres, at den forebyggende og behandlende indsats koordineres, og at behandlingsindsatsen differentieres i forhold til de unges problematikker. Den forebyggende og opfølgende indsats vil medføre opmærksomhed på unge med misbrug af rusmidler. Det må derfor forventes, at unge med misbrugsproblemer i højere grad vil søge råd, vejledning og behandling.

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

### *Handleplan*

- 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 og deres forældre.
- U-turn udbygger samarbejdet med socialcentrenes børne-familieteams om problematikken unge og rusmidler i udarbejdelsen af handleplaner for de unge. U-turn tilbyder, at "flyvende medarbejdere" kan opsøge unge, der er svære at motivere for selv at opsøge "U-turn".
- Der etableres en projektafdeling i tilknytning til en døgninstitution, med speciale i unge med massive misbrugsproblemer, der arbejder med individuelt tilrettelagte døgnforløb.
- Forældrearbejdet styrkes, såvel overfor forældre, hvis unge er i behandling i U-turn, som overfor forældre, hvis børn har et problematisk forhold til rusmidler.
- Der udvikles hjemmeside for bekymrede forældre i regi af "U-turn".
- 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.
- Der skal udarbejdes en model for en koordineret forebyggende indsats over for socialt udsatte familier med psykiske lidelser eller misbrug

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

### *Handleplan*

Forvaltningen har i 2005 iværksat 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 gade prostituerede stofmisbrugere med henblik på at forebygge uønskede graviditeter og udbredelse af smitsomme sygdomme søges permanentgjort og integreret i et fælles kvalitetsudviklingsprojekt på området.

### *Forebyggelse af skader på børn af stofmisbrugere*

Børn af stofmisbrugere er en gruppe, som er i risiko for fysiske, psykiske og sociale skader tidligt i livet. Opgaven er at sikre, at stofmisbrugernes børn udvikler sig så optimalt som muligt under hensyn til de vilkår, som er deres. Der er i Københavns Kommune et samarbejde mellem Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital, Familieambulatoriet Thoravej, der behandler stofmisbrugende forældre og lokalcentrenes børne-familieteams om at varetage stofmisbrugende forældres og deres børns problemer og søge at begrænse skaderne på stofmisbrugernes børn og sikre deres trivsel bedst muligt.

<b>Målsætning</b>	Gravide stofmisbrugere skal ydes en tidlig indsats og følges gennem graviditeten for at sikre, at graviditeten gennemføres med færrest mulige komplikationer samt færrest mulige konsekvenser for barnet, samt at forældrene til det kommende barn forberedes så godt som muligt på
-------------------	---

	forældreopgaven.
<b>Resultat- og Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gravide kvindelige stofmisbrugere i behandling henvises til Hvidovre hospital og til Familieambulatoriet på Thoravej</li> <li>• Ingen børn af stofmisbrugere bør fødes med abstinenssymptomer</li> <li>• 75 % af anbringelser af børn af stofmisbrugere skal ske med forældrenes samtykke</li> </ul>

### *Handleplan*

Rådgivningscentre skal sikre, at alle gravide stofmisbrugere henvises til Familieambulatoriet på hhv. Thoravej og Hvidovre Hospital.

Familieambulatoriet sikrer samarbejde med såvel rådgivningscentre som børne-familieteams om udredning af forældrenes situation og støtte til børnene og forældrene. Når anbringelser er påkrævet, motiverer Familieambulatoriet forældrene til at give samtykke.

Familieambulatoriet fokuserer behandlingen af gravide stofmisbrugere med henblik på at undgå abstinenser hos de nyfødte. Familieambulatoriet registrerer alle graviditetsforløb for at vurdere målopfyldelsen og justere indsatsen.

## **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>Målsætning</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.
-------------------	--

<b>Resultatmål – ambulant behandling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimum 50 % af brugerne, der modtager behandling i modtage- og behandlingsenheden, nedsætter deres misbrug af illegale stoffer og alkohol med minimum 30 % (i forhold til forbrug ved indskrivning).</li> <li>• Minimum 50 % af de brugere, der er kriminelle, mindsker deres kriminalitet med minimum 30 % (i forhold til kriminalitet ved indskrivning).</li> <li>• Minimum 50 % af brugerne reducerer deres psykiske problemer med minimum 30 % (i forhold til problemer ved indskrivning).</li> </ul>
--	---



Med mindre der tilføres ressourcer til etablering af 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.

### *Handleplan*

#### *Trinbehandling*

Gennem reorganisering af behandlingssystemet (opdeling i modtageenheder, behandlingsenheder, dagcentre og specialinstitutioner) er der skabt forudsætning for, at misbrugsbehandlingen kan udvikles efter princippet om "trinbehandling".

Trin 1. Den indledende/ motiverende/ evt. korte intervention/ behandling forventes at skulle varetages af modtageenhederne.

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

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

#### *Længerevarende substitutionsbehandling*

Antallet af opiatmisbrugere forventes at være stabilt fremover. Der vil der være en lille tilgang af nye brugere, der modsvarer afgang i form af fraflytninger og død.

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 om en tilpasning af ydelserne til målgruppernes bæhov, herunder differentierede bæhov for pleje og omsorg.

#### *Brobygning*

Socialforvaltningen 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. Socialforvaltningen vil med henblik på at understøtte samarbejdspartneres arbejde med stofmisbrugerne tilbyde vejledning og rådgivning af samarbejdspartnere om stofmisbrug og behandlingen heraf.

#### *Alternative plejetilbud*

Socialforvaltningen vil undersøge bæhovet for alternative pleje- og omsorgstilbud, dvs. pleje - og omsorgsbæhov, der ikke kan dækkes af de tilbud, der er til befolkningen generelt, herunder hvordan bæhovene mest hensigtsmæssigt opfyldes.

#### *Støtte- kontaktpersoner*

Hidtil har der været gode erfaringer med støtte-kontaktpersoner til gruppen af psykisk syge. Der har været forsøg med at udvide SKP-ordningen til andre udsatte grupper, herunder stofmisbrugerne, som viste god effekt (Zeeberg, Lautrup 2005). Som en konsekvens heraf er det besluttet at udvide ordningen til at omfatte også stofmisbrugere fra 2006.

Socialforvaltningen vil afdække, hvordan støtte-kontaktpersonerne bedst muligt kan indgå som et tilbud til stofmisbrugere i behandling.

#### *Dagcentre*

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. Der oprettes 2 dagcentre, hvor brugerne skal visiteres til. Socialforvaltningen skønner, at 2 dagcentre ikke vil være tilstrækkelig kapacitet til at dække behovet, og vil monitorere efterspørgslen med henblik på at dokumentere behovet.

#### *Redegørelse over behandlingsbehov og serviceniveau*

Socialforvaltningen vil følge efterspørgslen efter behandling og udarbejde en årlig redegørelse over behandlingsbehov og serviceniveauet til brug for Socialudvalgets budgetlægning og for revision af kvalitetsstandarden for stofmisbrugsbehandling.

### **8.3 Udvikling af behandlingen**

#### *Målstyring af behandlingsindsatsen*

I den nye struktur vægtes målstyring af behandlingsindsatsen. Der skal udvikles indsats-specifikke ydelsesmål og resultatmål og indikatorer for graden af målopfyldelse, som skal kunne følges op af indsatsområderne i den daglige praksis. Målene skal være baseret på en viden om, hvilken behandlingsindsats, der har effekt på behandlingsresultatet, dvs. de skal være baseret på en forandrings-teori. Indsatsen skal i videst mulig omfang være evidensbaseret.

Dokumentation af indsatsen skal integreres i behandlingen. Det skal være muligt at følge dels det individuelle behandlingsforløb over tid, dels institutionens samlede indsats i forhold til ændringer i brugernes status. Det skal være muligt for institutionerne at se resultatet af indsatsen.

Det netop afsluttede forsøgsprojekt om psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen, der blev gennemført i projekt X-felt i Københavns Kommune, udviklede en metode til at følge behandlingsforløbet over tid, såvel for den enkelte bruger som for den samlede brugergruppe på institutionen. Man afprøvede forskellige standardiserede redskaber, Addiction Severity Indeks (ASI) og et redskab til at vurdere selvvurderet helbred (SF36), som kan danne model for den fremtidige målstyring på institutionsniveau.

Erfaringerne fra X-felt implementeres i den nye struktur på misbrugsområdet. Forvaltningen er således ved at udarbejde en samlet plan for mål, registrering og – i forlængelse heraf – målstyring for den nye struktur. Planen vil være færdig – og for så vidt muligt implementeret – når den nye struktur træder i kraft.

Erfaringerne fra X-felt implementeres i den nye struktur på misbrugsområdet. Forvaltningen er således ved at udarbejde en samlet plan for mål, registrering og – i forlængelse heraf – målstyring for den nye struktur. Planen vil være færdig – og for så vidt muligt implementeret – når den nye struktur træder i kraft.

Der udvikles et ledelsesinformationsredskab, baseret på data fra Status- og forskningssystemet, der er Københavns Kommunes behandlingsregister for stofmisbrugere i behandling.

Ledelsesinformationen opdateres løbende og dokumenterer sektorplanens resultat – og ydelsesmål, i det omfang, der er registermæssig basis for dette.

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

### ***Handleplan***

#### ***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 også forholde sig til socialt integrerende tilbud.

### *Ny struktur*

Modtageenhederne skal motivere til behandling, udrede og afklare behandlingsbehovet og den sociale intervention samt sikre en differentieret visitation. Tidsstrukturen i behandlingen defineres i behandlingsplanen i samarbejdet med brugeren

Den nye struktur implementerer 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)

### *Inddragelse af pårørende*

De stoffri behandlingstilbud har NA-bevægelsen og tilsvarende selvhjælpsgrupper samt pårørende som naturlige dialogpartnere - og samarbejdspartnere. Tilbud til pårørende er integreret som en del af behandlingstilbuddet.

### *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. Behovet for at etablere tilsvarende tilbud i de andre rådgivningscentres regi følges løbende.

### ***Substitutionsbehandling - øget selvhjulpnehed- og kvalitetsudvikling af indsatsen.***

Det er en udfordring for substitutionsbehandling at opretholde og udvikle en behandlingsmæssig alliance med brugerne, støtte brugerne i øget selvhjulpnehed og social integration, udøve en rimelig kontrol med substitutionsbehandling 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>Målsætning</b>	Substitutionsbehandling skal kvalitetsudvikles gennem udvikling af faglige standarder, der skal sikre, at mål for behandlingen understøttes af en hensigtsmæssig medicinsk behandling (herunder ordinationspraksis og valg af substitutionspræparat), og at risikoen for overdosisdødsfald og videresalg af medicin begrænses.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicinsk audit gennemføres en gang årligt</li><li>• Alle nye brugere, hvor der er indikation for substitutionsbehandling, tilbydes buprenorfin som førstepræparat</li><li>• Mindst 80 % af alle nye brugere i substitutionsbehandling, sættes i buprenorfinbehandling</li></ul>

### *Handleplan*

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 behandlingstilknytning.

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

Årlig medicinsk audit (monitorering) af dosisniveau og udleveringspraksis på institutionsniveau med henblik på analyse og justering 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.

Buprenorphin tilbydes som præparat til alle nye brugere i substitutionsbehandling i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

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

Behandlingsinstitutionerne skal i højere grad være i stand til at tiltrække de relevante medarbejdere til området, skabe et sikkert og attraktivt arbejdsmiljø og sikre den relevante kompetenceudvikling af disse.

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

### ***Handleplan***

Socialforvaltningen etablerer et introduktionskursus for alle nye medarbejdere. Indholdet vil være en indføring i metoder: motiverende samtale, stofedukation samt relevante psykoterapeutiske tilgange samt introduktion til behandlingssystemet, samarbejdspartnere og de mål og rammer, som behandlingssystemet virker under.

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

Socialforvaltningen understøtter behandlingsinstitutionerne i, at der udarbejdes en voldspolitik, og at der løbende arbejdes med at forebygge vold og konflikt i hverdagen.

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

## 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 skal der udarbejdes fælles handleplaner for brugere i behandling, der er i kontakt med Kriminalforsorgen.

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

### *Handleplan*

Rådgivningscentre (modtageenheder og behandlingsenheder) har ansvaret for at videreudvikle arbejdet med de sociale handleplaner med fokus på:

- Samordning af behandlingsplanen og den sociale handleplan
- Samarbejde med brugerne
- Koordinering og samarbejde med eksterne aktører (herunder Kriminalforsorgen)
- Dialog om erfaringer og metoder med det øvrige behandlingssystem og eksterne samarbejdspartnere

### *Koordination af behandling og beskæftigelsesindsatsen*

Socialforvaltningen har ansvaret for misbrugsbehandlingen og Beskæftigelses- og integrationsforvaltningen har ansvaret for beskæftigelsesindsatsen og afklaring af stofmisbrugernes fremtidige forsørgelse.

Opdelingen af behandlingsindsatsen og beskæftigelsesindsatsen i to selvstændige forvaltningsområder betyder, at helhedsorienteringen i indsatsen skal sikres gennem en særlig koordinering.

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

### *Handleplan*

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

Forvaltningerne fastlægger procedure for koordination af de to indsatsområder, ligesom der arbejdes for, at Beskæftigelses- og Integrationsudvalget og Socialudvalget kan opstille fælles resultatmål for beskæftigelsesgraden (aktiveringsgraden for de udsatte grupper) og for afklaring af de udsatte gruppers forsørgelsessituation.

### *Parallellindsats*

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.

### *Social aktivering*

Socialforvaltningen iværksætter et forsøg med social aktivering, som skal afdække muligheder og effekter af en sådan indsats overfor socialt udsatte stofmisbrugere, der har været langvarige kontanthjælpsmodtagere. Projektet skal afsluttes i 2008 med en indstilling til Socialudvalget.

### *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 at 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.

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

#### *Handleplan*

##### *Boligplanen*

Udbygning af botilbud til særligt udsatte grupper, herunder stofmisbrugerne, er behandlet i Socialforvaltningens Boligplan, som beskriver det specifikke udbygningsbehov for de forskellige typer af botilbud til forskellige målgrupper.

##### *Pædagogisk støtte i eget miljø*

Opsøgende gadeplansmedarbejdere, det opsøgende sundhedsteam, støtte-kontaktpersoner samt medarbejdere ved behandlingsenheder, dagcentre og specialinstitutioner skal sikre, at den socialpædagogiske indsats bredes ud til at støtte brugernes hverdag og livssituation uden for institutionen.

##### *Samarbejde mellem boligorganisationerne og behandlingssystemet om botræning*

Der er iværksat et uddannelsesprogram med deltagelse af medarbejdere fra behandlingssystemet og viceværter og beboerrådgivere, som skal samarbejde i hverdagen om at støtte brugere i at fastholde egen bolig og fungere i et almindeligt boligmiljø.

##### *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>Målsætning</b>	Gennem en struktureret og koordineret samarbejde med Kriminalforsorgen vedr. enkelte brugeres løsladelsessituation skal brugernes tilbagefald til ny kriminalitet begrænses.
<b>Ydelsesmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At alle brugere, der er klienter begge steder, får udarbejdet en fælles</li> </ul>



social handleplan.

- At behandling, der er påbegyndt, mens brugeren er i Kriminalforsorgens regi, fortsættes efter en struktureret plan i behandlingssystemets regi.

#### *Handleplan*

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

Der skal udvikles en procedure for sammenhængende behandlingsforløb mellem Kriminalforsorgen og behandlingssystemet. Al påbegyndt behandling i Kriminalforsorgens regi bør følges af enten fortsat behandling eller efterbehandling ved løsladelsen.

## **8.5 Den sundhedsfaglige indsats.**

### *Psykotiske stofmisbrugere*

Det fastslås i Psykiertiaftalen, og også i Regeringens Handlingsplan mod narkotikamisbrug, at psykiatrien har det primære ansvar for behandlingen af denne gruppe. Der er besluttet en række initiativer i forhold til denne gruppe.

Ifølge en aftale indgået mellem det daværende Familie- og Arbejdsmarkedsudvalg og H:S skal der i perioden 2006-2007 iværksættes en udvidelse af indsatsen overfor psykisk syge stofmisbrugere. Implementeringen af disse initiativer sker således delvist samtidig med H:S ophør og regionens etablering. Det forventes imidlertid, at aftalen videreføres efter 1. januar 2007.

Aftalen er beskrevet nærmere i afsnit 6.8. Den omfatter et opsøgende psykoseteam, styrkelse af distriktskykiatrien, et fælles visitationsudvalg mellem H:S og Socialforvaltningen, styrket misbrugsrelateret psykiaterbetjening af de psykiatriske bcentre og modernisering af botilbuddene bl.a. til psykisk syge.

#### *Handleplan*

Socialforvaltningen samarbejder med H:S om etablering af et fælles visitationsudvalg, herunder udvalgets sammensætning, kompetencer og evaluering. Visitationsudvalget forventes nedsat august 2006.

### *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. 75 % 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 gennem en rettidig behandlingsmæssig og social indsats og i et tværsektorielt samarbejde.

<b>Målsætning</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>Ydelses- og resultatmål</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*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udmeldt en pulje, der skal anvendes til bekæmpelse af hepatitis C. Der bør nedsættes en arbejdsgruppe i Socialforvaltningen, hvor det besluttet hvilke initiativer der skal tages for at begrænse udbredelsen af hepatitis C.

Socialforvaltningen vil i et samarbejde med Hvidovre Hospital udarbejde retningslinier for behandlingen af stofmisbrugere med kronisk hepatitis C.

Gratis uddeling af sprøjter og kanyler videreføres. Der vil blive gjort forsøg med uddeling af sikkerhedssprøjter juni 2006.

#### *På gadeplan*

Sundhedsprojektet (Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Københavns Kommune 2005) videreføres som en selvstændig enhed, Sundhedsteamet. Det opsøgende Sundhedsteam er tilknyttet Aktivitetscentret på Sundholm og har ansvaret for at koordinere indsatsen med hjemløseinstitutionerne og deres sygeplejeklinikker, behandlingssystemet for stofmisbrugere, lokalcentre og sundhedsvæsenet, her specielt distriktspsykiatrien og de opsøgende psykoseteam. Det opsøgende Sundhedsteam har til opgave at være brobygger mellem brugere, der har svært ved at bruge de ordinere sundhedstilbud, men som alligevel har behov for behandling og social- og sundhedsvæsenets tilbud.

#### *Fixerum (sundhedsrum)*

Både beboere på Vesterbro, Brugerforeningen og politikere (BR 696/2005) og (SUD 151/2006) 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet og Rigsadvokaten har udtalt, at der bør etableres udtrykkelig lovhjemmel 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. Socialforvaltningen deler denne opfattelse. 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. Københavns Borgerrepræsentation har på sin side vedtaget en udtalelse, hvor man anbefaler etableringen af sundhedsrum, såfremt (når) det lovgivningsmæssige grundlag gør dette muligt.

## 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 2003, 2005, Sundhedsstyrelsen 2003 og 2005.

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

Sundhedsprofil for unge i København 2005, Sundheds- og omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune 2005.

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

Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark, ALS Research APS, 2005.

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.

Mads Uffe Pedersen, Heroinafhængige i metadonbehandling, Center for Rusmiddelforskning, Århus 2005.

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 26.08.03. Bekendtgørelse nr. 398 af 26.05.04.

Udviklingsplan for Familieambulatoriet Thoravej, specialinstitution i Københavns Kommune 2005-2006.

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

Redegørelse om prostitution i Danmark, Vfc Socialt Udsatte, 2004.

Fjorback et. Al, Socialprofil på unge cannabisbrugere i behandling, ugeskrift for læger 168/6, februar 2006.

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

Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002

Helle Petersen, Mål og midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune 2005.

Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet, Mændenes hjem og Kontaktstedet Forchammersvej, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns kommune 2005.

De står til de falder, en evaluering af Plejekollektivet – et pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere, Socialforvaltningen, Københavns kommune 2006.

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.

Henriette Zeeberg og Carrie Lautrup, Støtte til Udstødte: forsøg med SKP ordning til isolerede misbrugere og hjemløse, VFC Socialt Udsatte, 2005.

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.