

BEHANDLINGSGARANTI OG YDELSER I DANSK STOFMISBRUGSBEHANDLING

INDHOLD

1. KORT SAMMENFATNING	3
2. METODEN	9
3. REPRÆSENTATIVITET	11
4. INDSKRIVNINGSBAGGRUND	13
5. BEHANDLINGSGARANTIENS 14-DAGES KRAV	15
5.1 Er behandlingsgarantiens 14-dages krav realistisk?	16
5.2 Kontakt/anmodningsdato og første afklarende samtale(r)	20
5.3 Fra visitation til igangsættelse af behandlingstilbud	25
5.4 Sammenfatning – interview versus cases	30
6. BRUGERINDDRAGELSE: HVORDAN INVOLVERES KLIENTEN I VALG AF BEHANDLINGSTILBUD?	33
7. BEHANDLINGEN SOM TILBYDES	36
7.1 Ydelser tilbudt de 443 klienter	41
7.2 Afbrydelse/gennemførelse af behandlingen	48
7.3 Indskrivningslængde for udskrevne	51
7.4 Tilbud og udskrivning	52
7.5 Findes der nogen sammenhæng mellem de ydelser, der tilbydes, og overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav?	54
7.6 Sammenfatning	55
8. SOCIALE OG AKTIVERENDE YDELSER	58

9. BILAG	60
Bilag 1. Emner i interviewguiden	60
Bilag 2. Behandlingsgarantien: Paragraf 85 i serviceloven	61
Bilag 3. VBGS (Venteliste BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere).	62
Bilag 4. Vejledning til indberetning til VBGS	65
Bilag 5. Notatpligten	68
Bilag 6. Døgnbehandling og DanRIS.	70

1. KORT SAMMENFATNING

Denne rapport er en evaluering af og status over behandlingsgarantien for stofmisbrugere og en opgørelse over, hvilke ydelser denne specifikke gruppe får tilbudt af det offentlige. Der er alene tale om en undersøgelse af behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling før strukturreformen. Dette er altså ikke en evaluering af de nye kommuners varetagelse af denne opgave.

I det følgende skal nogle af de mest centrale resultater gennemgås. Samtlige af disse resultater vil blive uddybet inde i teksten. Sammenfatningen opdeles i følgende overskrifter: *metoden*, *garantien*, *ydelserne*, *udskrivningen* og *brugerinddragelse*. I rapporten vil man ligeledes finde beskrevet en række andre resultater, som der ikke er fundet plads til i denne sammenfatning.

Metode: Undersøgelsen er delt op i en kvalitativ og en kvantitativ del. Den kvalitative del består i interview med centerledere (og i nogle tilfælde også behandlingsledere) fra 13 amter og 5 kommuner, mens den kvantitative del består i en analyse af 443 tilfældigt udvalgte klientcases fra 12 amter og 4 kommuner. De udvalgte cases synes i acceptabel grad at udgøre et repræsentativt billede af stofmisbrugere indskrevet i det offentlige misbrugsbehandlingssystem (se kapitel 3).

Garantien: I stort set alle amter/kommuner, der deltager i undersøgelsen, er det en udpræget opfattelse, at behandlingsgarantiens 14-dages krav overholdes. Dette er i ikke ringe grad et produkt af en fejlfortolkning eller mangel på kendskab til vejledningen (se <http://147.29.53.54/vbgs/>). Der findes således fire udbredte fejlfortolkninger af vejledningen.

1. Nogle forlanger, at klienten skal møde op på misbrugscentret, før det anses som en anmodning om behandling.
2. Nogle anser anmodningsdatoen for at være lig med den første samtale.
3. Nogle misbrugscentre anser første samtale som påbegyndelse af behandling.
4. Nogle betragter visitationsforløbet som behandling.

Disse fejlfortolkninger medfører større eller mindre fejl i indberetningen til VBGS (Ventetid for BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere). Af denne indberetning fremgår det, at behandlingsgarantiens 14-dages krav blev overskredet i 227 tilfælde i 2006, hvilket svarer til, at 14-dages kravet blev

overtrådt for mindre end 5% af de nyindskrevnes vedkommende. I denne undersøgelse, med dens fastholdelse i vejledningen som udgangspunkt, er 14-dages kravet overholdt for betydeligt færre, hvilket ses nedenfor.

1. Behandlingsgarantien overholdt	58,5%
2. Fra 1-30 dage over behandlingsgarantiens krav	22,6%
3. Fra 30-60 dage over behandlingsgarantiens krav	10,9%
4. Mere end 60 dage over behandlingsgarantiens krav	8,0%

Det indberettes altså til VBGS, at behandlingsgarantien ikke overholdes for under 5% af klienterne. Ifølge denne undersøgelse overholdes behandlingsgarantien ikke for 41,5% af klienterne, hvilket forklares med manglende viden om- eller fejlfortolkning af vejledningen.

I rapporten vises det, hvordan disse resultater fremkommer.

Det skal fremhæves, at overholdelsen af behandlingsgarantien er meget ujævnt fordelt. Fem af de undersøgte amter/kommuner overholder således garantien. For de resterende undersøgelsesdeltagere er garantiens 14-dages krav overholdt for mellem 30 og 80% af klienternes vedkommende.

Center- og behandlingsledere blev i interviewene spurgt, om de mente behandlingsgarantiens 14-dages krav var rimelige. Generelt kan man sige, at der er en vis forvirring over, hvorvidt garantien skal ses som en ventelistegaranti eller kvalitetsgaranti. De, der ser garantien som en ventelistegaranti, oplever ikke 14-dages kravet som vanskeligt at overholde eller 14-dages kravet som urimeligt, mens de, der finder den vanskelig at overholde, begrundet det ud fra forskellige kvalitetsbetragtninger. De fleste mener ikke, det er noget problem at overholde 14-dages kravet, men at dette ikke har det fjerneste med kvalitet at gøre – snarere tværtimod.

Konklusionen ud fra interviewene er, at det sædvanligvis ikke anses for specielt vanskeligt at implementere procedurer, der sikrer overholdelse af 14-dages kravet. Det er dog ofte de interviewedes opfattelse, at overholdelse af behandlingsgarantien kan være medvirkende til en reduktion af den tilbudte ydelses kvalitet.

I forlængelse af dette må det dog konstateres, at der ikke kan identificeres nogen sammenhæng mellem på den ene side overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav og på den anden side intensiteten af den ydelse, der tilbydes efter visitationsforløbets afslutning. Dette udfordrer umiddelbart antagelsen om, at overholdelse af garantiens 14-dages krav svækker behandlingstilbudets kvalitet.

Ydelserne: I rapporten opdeles ydelserne i a) forskellige kategorier af indsatser (behandlingsydelser, sociale og aktiverende ydelser og specialydelser) og b) behandlingsintensiteter. Det er den sidste, der i det følgende kort skal gennemgås.

Ydelserne kan opdeles i de i tabellen viste intensiteter. Det er nødvendigt at skelne mellem en første og anden fase i behandlingen. Dette ses i tabel 1 (symbolet \geq betyder større end eller lig med, mens \leq betyder mindre end eller lig med).

Tabel 1. Udvikling i behandlingsintensiteten

Tilbud	Første måned	2 til ca. 5 måneder
1. Udebliver, overdraget m.m.	13,5%*	25,5%**
2. Ad hoc (tilbudt højst 1 samtale pr. måned)	12,0%	9,3%
3. Ambulant (≥ 2 samtaler/md ≤ 2 samtaler/uge)	46,5%	34,1%
4. Dag (≥ 3 samtaler/uge i ambulant regi)	8,8%	7,2%
5. Døgn/afgiftning (næsten altid stoffri)	8,1%	16,5%
6. Metadon uden registrerede samtaler	11,1%	7,4%
7. Stoffri behandling	Ca. 27%	Ca. 34%
8. Metadon (ikke umiddelbart defineret som afgiftning)	34,1%	25,5%

* Første måned, resten af kolonnen ligeledes første måned.

** 2 måneder efter behandlingens igangsættelse. Resten af kolonne 2-5 måneder efter start.

I tabellen ses det, at 13,5% af klienterne afslutter behandlingen indenfor den første måned efter behandlingsstart sædvanligvis ved at udeblive eller blive overført til andet (andet amt, anden behandlingsenhed, fængsel...).

Man kan sige, at behandlingsintensiteten udvikles i to modsatrettede retninger. På den ene side reduceres intensiteten for en større gruppe af klienterne – nemlig for dem, der ophører med behandlingen før planlagt, og som får meget korte forløb. Denne gruppe vokser. På den anden side vokser også den gruppe, for hvem behandlingen intensiveres. Det er den gruppe, som forbliver i behandlingen. Ikke mindst kommer flere af dem, der tidligere fik ad hoc og ambulante samtaler, i stoffri døgnbehandling, hvilket kan være udtryk for, at visitatorer mener, der var brug for en lidt længere visitationsproces. I mellemtiden er der så givet et andet tilbud af mindre intensiv karakter.

Følgende fordeling kan hermed opstilles:

Ingenting eller lav intensitet	42,2%	(1, 2 og 6 i tabel 1)
Mellem intensitet	34,1%	(3 i tabel 1)
Høj intensitet	23,7%	(4 og 5 i tabel 1)

Én ting er, hvad der blev tilbudt, noget andet hvad der egentlig blev modtaget. Således modtager klienterne betydeligt mindre, end der bliver tilbudt. For eksempel fik 53 klienter tilbudt én samtale den første måned af behandlingsforløbet (ad hoc samtaler), men 13 udeblev fra denne ene samtale. Det samme billede ses i den ambulante behandling. De 206 klienter, der fik dette tilbud som start-tilbud, fik tilbudt i gennemsnit 3,4 samtaler den første måned, men de modtog i gennemsnit 2,5 samtaler. Udeblivelser fra mindst 25% af samtalerne er almindeligt. Ikke sjældent ser vi derfor, at klienter, der får tilbudt ambulante behandling, kun modtager ad hoc samtaler (30 af de 206) eller slet ingen samtaler (15 af de 206). Det er derfor uden tvivl over 50% af de 443, der modtager ingenting eller lav intensitet (højst én samtale om måneden/sædvanligvis mindre).

Udskrivning: De 443 klienter er alle blevet indskrevet i behandling mellem 1/7 2005 og 30/6 2006 og de er herefter blevet fulgt indtil 1/1 2007. 228 af de 443 klienter udskrives i dette tidsrum (52%). De, der hurtigst udskrives, er de klienter, som *ikke* er i substitutionsbehandling, altså typisk klienter der som hovedstof har centralstimulerende stoffer og/eller hash. Der er flere opiatafhængige blandt de ældre, og derfor ser det også ud til, at ældre forbliver indskrevet i længere tid. Sidstnævnte skyldes tilsyneladende alene, at der her er en overvægt af metadonmodtagere. I det hele taget synes det at være substitutionsbehandlingen, der fastholder klienterne i behandling. Således er opiatbrugere, der ikke er i substitutionsbehandling, ikke længere tid indskrevet end andre klienter uanset alder, køn og hovedstof. Dette er i overensstemmelse med følgende udtalelse fra en leder.

”...hvis et misbrugscenter vil skræmme en opioidbruger væk – så kan man indkalde til samtale, hvor der ikke er en læge”

Blandt metadonmodtagerne synes dog også rådgivende/støttende samtaler at være væsentlige for fastholdelse.

74,5% af de 47 udskrevne kvinder er udskrevet enten på grund af udeblivelse/mod givet råd, eller fordi de er afgang ved døden. Det samme er tilfældet for 62,9% af mændene. Mændene overflyttes derimod hyppigere end kvinderne til anden kommune eller lignende (12,7% versus 6,4%) – ikke mindst overflyttes de hyppigere til Kriminalforsorgen (7,2% versus 2,1%). Til gengæld er andelen af mænd og kvinder, der færdigbehandles, den samme.

Mellem 20-30% af de 443, der deltager i undersøgelsen, kan forventes at blive udskrevet med betegnelsen færdigbehandlet. De resterende enten udebliver, dør, overflyttes til anden behandlingsinstans, overføres til Kriminalforsorgen eller lignende.

Brugerinddragelse: Standardsvaret til dette spørgsmål er ”så meget som muligt”. En centerleder formulerer sit svar på denne måde: ”Det korte af det lange er, at vi ikke kan ret meget uden klienten”. I forlængelse af dette svar kommer centerlederen ind på, at det ofte er et hårdt arbejde, som skal køres meget tæt sammen med klienten. Der er andre, der svarer mere i retning af, hvad lovgivningen fordrer, nemlig at klienten *skal* involveres. Her påpeges det, at der i handleplanen er punkter, som specifikt drejer sig om klientens ønsker. Nok understreger mange, at dialog mellem sagsbehandler og bruger om ønsker og muligheder er vejen frem, og at der skal tages udgangspunkt i, hvad den enkelte ønsker, samtidigt påpeges det dog, at det er umuligt at ”skræddersy tilbud til hver enkelt borger”. Derfor er man nødt til at have nogle standardtilbud. Sammenfattende er det udsagn som ”relation” og ”dialog”, der går igen i besvarelserne. Udsagn som ”Klienterne tages meget seriøst”, ”Klienterne har ejerskab i hele processen” og ”100% - vi sætter ikke noget i værk, som han ikke vil have” er hyppige i materialet. I 16 af de 443 cases er det direkte anført, at klientens ønsker ikke er blevet imødekommet. Dette svarer til 3,6% og er uden tvivl i underkanten. For det første registreres det som nævnt ikke altid, og for det andet kunne man jo tænke sig, at kritik i visse tilfælde nedtones (uden det nødvendigvis er særligt bevidst).

De fleste af de ønsker, der ikke er imødekommet, handler om stoffri døgnbehandling. 8 af de 16 ønsker, der ikke blev imødekommet, var således ønske om at komme i stoffri døgnbehandling. Af disse førstnævnte 8 handler 2 om forbehandling; én af disse udeblev og fik ikke lov til at komme i stoffri døgnbehandling, og for én blev der krævet en forbehandling vedkommende ikke ønskede. I ét tilfælde vurderede personalet, at der ikke var behov for stoffri døgnbehandling; i ét tilfælde var der uenighed om, hvilken døgninstitution klienten måtte blive indskrevet på, og i ét tilfælde imødekommes klientens ønske om at komme i stoffri behandling sammen med sin kæreste ikke. I de sidste 3 tilfælde var uenigheden ikke beskrevet. Af de øvrige 8 eksempler, som ikke har noget med stoffri døgnbehandling at gøre, drejer ét eksempel sig om en klient, som ønsker at blive afgiftet. Efter samråd med klientens bosted vælger man at tilbyde ambulante samtaler i første omgang i 3 måneder og herefter at revurdere sagen. 4 klienters ønske om substitutionsbehandling imødekommes ikke. Én begrundes med, at klienten allerede har været ude af substitutionsbehandling i et kortere tidsrum, og man ønsker ikke at genoptage det. Ét andet afslag begrundes med, at klienten er tysk statsborger (som arbejder i Danmark) og derfor ikke kan komme i substitutionsbehandling i Danmark. De sidste to ønsker om substitutionsbehandling, som ikke imødekommes, forklares ikke. Andre

ønsker, der ikke imødekommes, er ønsker om psykologsamtaler og et ønske om at komme i behandling på et bestemt dagcenter.

Endelig er der i materialet følgende tankevækkende begrundelser for udskrivning. Én lyder ”har ikke flere tilbud til ham”, en anden ”takker nej til et bestemt tilbud” og en tredje ”ikke behandlingseget”.

Sammenfatningen kan passende afsluttes med den målformulering med behandlingen, som alle de interviewede synes at være enige om.

Det overordnede mål er at lave en indsats, således at den enkelte får mulighed for at få kontrol over sit misbrug samt får stoppet den psykiske, sociale og helbreds-mæssige deroute, hvorved livskvaliteten for den enkelte øges.

2. METODEN

Kvalitative interview: Centerledere og i nogle tilfælde behandlingsledere, fra 13 amter og 5 kommuner har deltaget i undersøgelsen. Interviewene har været i ca. 1 til 1½ time. Interviewene er blevet lavet lokalt på centrene bortset fra et enkelt, som blev lavet som et telefoninterview. Interviewene er blevet optaget, overført til computer og udskrevet som referat. Interviewene har været strukturerede i den forstand, at en spørgeguide har dannet baggrund for alle interviewene (se bilag 1). Følgende har bidraget til dataindsamlingen: Torsten Kolind (etnograf, ph.d.), Dorte Hecksher (psykolog, ph.d.), Sébastien Tutenges (antropolog), Morten Hesse (psykolog), Marie Konge Nielsen (etnograf, ph.d.), Mads Uffe Pedersen (psykolog, ph.d.), Vibeke Marie Asmussen (etnograf, ph.d.), og Stine Grotkjær (psykolog). Alle ansat på Center for Rusmiddelforskning.

Gennemgang af cases: I alt 443 cases fra 12 amter og 4 store kommuner er blevet gennemgået.

Vi bad amtet/kommunen om en liste over alle klienter indskrevet i tidsrummet 1/7 2005 og 30/6 2006. Der var tale om en bruttoliste, hvor såvel førstegangsindskrevne som nyindskrevne gengangere og overflyttede var inkluderet. Fra denne liste blev 20-30 cases fra hver amt/kommune vilkårligt udvalgt. De 443 cases er blevet fulgt frem til 1/1 2007.

Undersøgelsen blev påbegyndt i december 2006. Nogle amter havde således allerede opsplittet deres database i de kommuner, der ville overtage behandlingsansvaret fra januar 2007. Hvor dette var tilfældet, valgte vi, hvor det var muligt, den største og mest repræsentative kommune fra amtet. Hvis ikke muligt, blev den næststørste/næst mest repræsentative kommune valgt.

Man kunne selvfølgelig påstå, at amterne/kommuner havde selekteret den liste, vi valgte vilkårligt ud fra, og måske trukket dem ud, de ikke brød sig om. I så fald skulle de have gennemgået sædvanligvis flere hundrede cases på meget kort tid, og samtidig troet, de vidste, hvilke oplysninger vi ville fokusere på. Det har naturligvis ikke været tilfældet. I et enkelt amt fik vi udleveret de 20-30 cases, som vi måtte analysere. Vi bad her om en bruttoliste, hvilket man ikke mente at have tid til at give os. Det var klart utilfredsstillende. Ikke hermed påstået, at de cases, der blev givet os fra dette amt, var specielt udvalgt – det havde de næppe haft tid eller ressourcer til. Resultaterne fra dette amt er da heller ikke mere fordelagtige end resultaterne fra andre amter, så noget forsøg på manipulation har næppe fundet sted. Eftersom der er tale om under 30 cases, som ikke adskiller sig specielt fra andre amter, inddrages de i denne analyse.

I forbindelse med bearbejdningen af materialet har Marie Konge Nielsen taget sig af den kvalitative bearbejdelse af interviewene. Mads Uffe Pedersen har taget sig af journalgennemgangen og den kvantitative bearbejdning.

Opbygning af rapporten: Gennemgangen af undersøgelsen starter i kapitel 3, hvor det vurderes, i hvor høj grad de 443 cases kan betragtes som repræsentative. I kapitel 4 beskrives de 443 klienters indskrivningsbaggrund, herunder om de er nyoprettede eller gengangere, om de selv henvender sig, kommer fra et andet amt med mere. I kapitel 5 er der fokus på, hvorvidt behandlingsgarantiens 14-dages krav overholdes. Første del af kapitlet bygger på oplysninger fra de kvalitative interview, mens anden del af kapitlet bygger på case-gennemgangen. I kapitel 6 er det brugerinddragelsen, der er i fokus. Igen deles kapitlet op i oplysninger fra de kvalitative interview og oplysninger fra case-gennemgangen. Endelig gennemgås den behandling, der tilbydes klienterne, i kapitel 7. Den samme opdeling i oplysninger fra interview og fra de 443 cases anvendes også her. Endelig afsluttes rapporten med en kort gennemgang af de sociale og aktiverende ydelser, der tilbydes klienterne. Disse sociale og aktiverende ydelser anses ikke som værende behandling i sig selv.

3. REPRÆSENTATIVITET

De 443 klienter, der indgår i analysen, er alle indskrevet i tidsrummet 1/7 2005 til 30/6 2006. Til at vurdere repræsentativiteten af denne gruppe skal den sættes i forhold til stofmisbrugere indskrevet i offentlig behandling i 2005 (se SIB¹: http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/).

I alt 13.723 personer blev behandlet for deres stofmisbrug i 2005. Af disse blev 5.331 indskrevet i 2005. Det er denne gruppe, de 443 personer i her-værende undersøgelse, skal sammenlignes med.

I 2005 blev 4.036 mænd og 1.295 kvinder indskrevet i behandling, svarende til 24,3% kvinder. Af de 443 undersøgelsesdeltagere var 20,4% kvinder – altså lidt færre. Dette uanset om der tages hensyn til de enkelte amters respektive andel af de nyindskrevne.

Nedenfor er vist, hvor repræsentative undersøgelsesgruppen er, hvad angår alder.

Tabel 2. Sammenligning af alder: SIB og undersøgelsen

	Sundhedsstyrelsen/SIB Indskrevet 2005	Undersøgelsen 1/7 2005 – 30/6 2006
18 – 24 år	24,1%	27,6%
25 – 34 år	38,9%	37,1%
35 – 65 år	37,1%	35,3%

Som det ses i tabellen, er aldersfordelingen i de tre kategorier, som Sundhedsstyrelsen anvender, ikke meget forskellig fra undersøgelsesgruppen.

Af de 5.331, der i SIB blev registreret som indskrevet i 2005, kom 28,0% i metadonbehandling. I denne undersøgelse er det 34,1%, som kommer i metadonbehandling. Altså lidt flere end i SIB.

Af de 5.331 nyindskrevne fra SIB-registret blev 501 henvist til døgnbehandling, svarende til 9,4%. Af de 443 fra denne undersøgelse var det 8,1%, som blev henvist til døgnbehandling. Her skal det pointeres, at der er tale om henvisning indenfor de første 1-2 måneder, efter behandlingen igangsættelse. Senere – indenfor det første år – kommer betydeligt flere af de nyindskrevne i døgnbehandling, hvilket er helt i overensstemmelse med

¹ SIB = Stofmisbrugere I Behandling

tallene fra DanRIS (www.danris.dk). I SIB registreres ændringer i behandlingsmodalitet indenfor det samme år næppe (i hvert fald fremgår det ikke i registreringen, at en klient kan have flere tilbud indenfor samme år). Se uddybende forklaring i note 3.

Med visse mindre afvigelser synes undersøgelsesgruppen altså i rimelig grad at kunne sammenlignes med stofmisbrugere indskrevet i 2005, hvad angår køn, alder, andel i metadonbehandling og andel i døgnbehandling (det sidste når der tages hensyn til visse registreringsmæssige betingelser).

4. INDSKRIVNINGSBAGGRUND

Det er kun nyindskrevne, der er med i denne undersøgelse. Disse blev opdelt i følgende kategorier:

- 1) nyoprettet
- 2) overtaget (f.eks. har man overtaget behandlingsjournaler fra andet sted)
- 3) genganger
- 4) ved ikke (ikke mulig at læse ud af skriftligt materiale).

52% af de 443 (n=229) er førstegangsyndskrevne, 9% (n=41) er overtaget typisk fra andet amt, mens 31% (n=138) er nyindskrevne gengangere. Endelig har det ikke ud fra det skriftlige materiale været muligt ud fra ovenstående at identificere, hvor 8% kommer fra (n=34).

Hvis vi forudsætter, at de 443 i rimelig grad repræsenterer stofmisbrugere indskrevet på danske misbrugsbehandlingscentre i undersøgelsesperioden, så er – når der tages hensyn til amternes/kommunernes forskellige størrelse – ca. 47% førstegangsyndskrevne, 15% overtaget og 37% nyindskrevne gengangere. Det skal samtidig pointeres, at de nyindskrevne – hvad enten det er første gang, de er overtaget, eller de er gengangere – kun udgør 39% af behandlingspopulationen (se www.sygehuskvalitet.dk). Det har ikke givet mening at inddrage allerede indskrevne i en undersøgelse af behandlingsgarantien.

Udover ovenstående tre kategorier kan gruppen – i forbindelse med anmodningen om at komme i behandling – opdeles i følgende hovedkategorier:

- 1) Selvhenvendere
- 2) Andet amt
- 3) Kriminalforsorgen/fængsel
- 4) Psykiatrien
- 5) Andet
- 6) Uoplyst/ved ikke (kan ikke identificeres).

61% henvender sig selv mere eller mindre på eget initiativ. Nogle gange møder de dog op sammen med kæreste eller anden hjælpende person, men det er stadig primært på eget initiativ. 4% kommer fra misbrugsbehandling i et andet amt, mens 11% kommer fra Kriminalforsorgen. De er ikke nødvendigvis henvist af Kriminalforsorgen, men enten var de op til indskrivningen i fængsel eller også på anden måde knyttet til Kriminalforsorgen.

5% kommer fra psykiatrien, mens 12% kommer fra andet. Andet er typisk fra døgnbehandling, hvor behandlingen er blevet afbrudt. Det kan også være efter stærk opfordring af sagsbehandler, kæreste eller forældre, socialforvaltning, bosted, forsorgshjem, værested, støttekontaktperson, egen læge, psykolog eller af alkoholbehandlingscenter. Et par stykker ser ud til at komme i misbrugsbehandling via sygehusystemet, men ellers spiller sygehuse overraskende ikke nogen rolle, hvad angår opfordring eller henvisning til indskrivning i stofmisbrugsbehandling.

I de senere analyser vil det blandt andet blive vist, hvorledes behandlingsgarantien bliver forvaltet i forhold til ovenstående kategorier.

5. BEHANDLINGSGARANTIENS 14-DAGES KRAV

I det følgende skal det vises, hvor mange klienter som fik tilbudt et behandlingsforløb indenfor de 14 dage, som behandlingsgarantien foreskriver. I første omgang skal der ikke fokuseres på hvilket behandlingstilbud og tilbudets karakter. Det skal der vendes tilbage til i kapitel 7.

Den væsentligste paragraf i behandlingsgarantien er § 85. Til denne knytter der sig et ret kortfattet vejledning. § 85 og vejledningen ses nedenfor.

§ 85. Amtskommunen sørger for tilbud om behandling af stofmisbrugere.

Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen.

Stk. 3. En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1.

Stk. 4. Fristen efter stk. 2 kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud end det, amtskommunen har visiteret til efter stk. 1.

Stk. 5. Retten til at vælge efter stk. 3 kan begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor.

Vejledningen (se <http://147.29.53.54/vbgs/>)

Første henvendelse: Datoen for første henvendelse skal betragtes som den dato, hvor klienten første gang henvendte sig med ønske om behandling, hvad enten dette foregik:

- telefonisk , eller
- fysisk

Det er således *ikke* datoen for første samtale, såfremt der tidligere har været eksempelvis telefonisk eller anden henvendelse.

Der er også tale om første henvendelse, hvis stofmisbrugeren tidligere har været behandlet, og behandlingsforløbet blev afsluttet.

Hvis stofmisbrugeren har henvendt sig anonymt og først senere er blevet registreret (eksempelvis ved første samtale), er datoen for første henvendelse den dato, hvor stofmisbrugeren henvendte sig første gang som anonym.

Iværksættelse af behandling: Kræver en udredning og en visitationsbeslutning. Med andre ord et struktureret tilbud. Stofmisbrugeren er således ikke i behandling, så snart første samtale er gennemført.

Datoen for iværksættelse af behandling kan tidligst være dagen efter, at evt. tidligere behandling er afsluttet.

Hvis en borger er i et behandlingsforløb, der starter med ambulante behandling, men senere ændres til døgnbehandling, så er det i forhold til behandlingsgarantien alene afgørende, hvornår den første behandling påbegyndes. Det er således ikke afgørende, hvornår der visiteres til døgnbehandling, og hvornår denne påbegyndes, når blot den indgår i et samlet behandlingsforløb.

5.1 Er behandlingsgarantiens 14-dages krav realistisk?

I dette afsnit skal der alene inddrages udtalelser fra centerledere og behandlingslederne fra de deltagende amter/kommuner. Det er altså i første omgang de interviewedes perspektiv, der er i fokus. Senere skal disse udtalelser indgå i den samlede analyse af 14-dages kravet.

På spørgsmålet om hvorvidt de synes, 14-dages kravet er realistisk, kommer der meget forskellige svar. Der er svar, som peger på, at behandlingsgarantien blev overholdt allerede inden, den blev indført, idet man havde implementeret procedurer, som skulle sikre, at der kun skulle gå en uge, inden man havde lavet en behandlingsplan eller havde givet et tilbud til brugeren. Derfor er der også centerledere, der fortæller, at det slet ikke er nødvendigt med 14 dage for at give et behandlingstilbud til klienten. Som én af de interviewede siger:

”Hele verden skal ikke være ordnet indenfor de 14 dage. Den [behandlingsgarantien] er der, og den er nem at overholde. Der skal være påbegyndt et ”struktureret forløb” indenfor de 14 dage. Vi har fået økonomi til det fra stat og kommune. At starte en behandlingsplan op efter 14 dage er ikke noget problem”.

En anden erfaring med behandlingsgarantien står noget i modsætning til ovenstående. Her opleves 14-dages garantien ikke som realistisk. Her fremføres det, at det ikke kun er et spørgsmål om, at der kan være tale om alvorlige vanskeligheder ved at motivere brugeren, men også at sagerne kan være så komplicerede, at det ikke er muligt at komme med et tilbud inden fristens udløb. Det kan være praktiske problemer såsom kontanthjælp, børn, boligforhold etc.

Nogle svar placerer sig et sted midt imellem de to yderpunkter. Her fremhæves det, at det ikke altid er tilfældet, at behandlingsgarantien overholdes, men under normale omstændigheder er det muligt at lave en ”realistisk og reel behandlingsplan” på en ny klient i løbet af de 14 dage.

En realistisk og reel behandlingsplan rejser igen spørgsmålet, hvad det er, man forstår ved en behandlingsplan? I den sammenhæng svarer en centerleder på spørgsmålet, hvorvidt de 14 dage er realistiske:

”Det kommer an på, hvordan man ser på det. Hvis man ser på, der skal ligge en fin og færdig behandlingsplan, så er det ”dybt godnat”, at det kan lade sig gøre på 14 dage. Det er fuldstændigt urealistisk”.

Én af grundene til, at behandlingsgarantiens 14 dage anses som en realistisk deadline, er, fordi der anvendes den såkaldte nulstillings strategi. Med dette menes der, at hvis klienten udebliver fra det første møde, lukkes sagen. Udeblivelsen tolkes som et udtryk for, at brugeren ikke ønskede at

komme i behandling. Dette lille ”krumspring”, som det kaldes i interview-citatet, gør det nemmere at nå at lave et tilbud indenfor de 14 dage, og den interviewede fortsætter :

”Hvis borgeren så ringer dagen efter, så laves der et nyt møde, og sagen åbnes igen, og tidsforløbet nulstilles så at sige. Det her system har den ulempe, at en række sager åbnes og lukkes gentagne gange for at kunne overholde behandlingsgarantien.....”

Til sidst fremføres det også, at unge klienterne kan have brug for mere tid. Det kan skyldes, at det er nødvendigt at inddrage forældrene og/eller psykolog. Endvidere kan de unge være mere vægelsindede end ældre klienter, og de skal ofte have en del tid, førend de finder ud af, om de vil i behandling i det hele taget. Ældre klienter kan i højere grad trække på deres erfaringer med misbrug og den behandling, som de tidligere har modtaget. Ældre klienter kommer noget hurtigere i behandling, hvilket også betyder, at 14-dages garantien ikke overholdes i samme grad for unge som for ældre.

Positive aspekter af behandlingsgarantien: Det fremhæves af flere, at behandlingsgarantien har haft den positive virkning, at man nu har fået fokus på, at der er en tidsfrist, der skal overholdes. På det organisatoriske plan betyder det, at arbejdsgange og arbejdsdeling tydeliggøres. Dette hænger sammen med både en evt. nytænkning af fordeling af arbejdsopgaver og ansvar, og med en skriftliggørelse af selve behandlingen. Man opfordres til at være mere stringent i forhold til skriftlige procedurer, ikke kun for at sikre brugers rettigheder, men også for at sikre, at behandler og institution ikke får problemer med administration af lovgivningen. Derfor har behandlingsgarantien for nogle misbrugscentre haft den effekt, at der er blevet tilrettelagt mere eksplicite arbejdsgange, og dermed har man også fået ryddet op i nogle administrative procedurer.

En anden positiv effekt, som fremføres, er, at brugerne opnår en forbedret retssikkerhed og samtidig også en øget opmærksomhed omkring, hvilke krav de kan stille til systemet. Behandlingsgarantien nævnes også som gunstig for samarbejdet med pårørende og opfattes her som en støtte til pårørende i relation til at få sat hjælpen og behandlingen i gang inden for en overskuelig tidshorisont.

Det fremhæves også, at det er godt, at garantien har afviklet de ventelister, som fandtes nogle steder, før loven blev indført. Samtidig vurderes det også som af det gode, at der med behandlingsgarantien er blevet tilført flere ressourcer til området. Det vurderes også positivt af en enkelt, at når ”folk” får at vide, at der er en behandlingsgaranti, så opsøger ”de” os, og så er der kontakt med ”dem”. Det er også værdifuldt for selve organisationen, at man signalerer, at man kan komme til med det samme.

Endelig skal det nævnes, at en enkelt finder det konstruktivt, at der med behandlingsgarantien er kommet en god diskussion i det offentlige rum om behandlingsgarantien.

De dårlige eller mindre gode effekter af behandlingsgarantien: Det anses for negativt, at det er vanskeligt at vide, hvad behandlingsgarantien overhovedet handler om. Et sted havde man tolket loven på den måde, at der skulle være et færdigt tilbud til klienten indenfor 14-dages fristen. Imidlertid har de efterfølgende fundet frem til, at denne opfattelse af garantien ikke er korrekt forstået. Der er flere af de interviewede, der bemærker, at loven er uklar, og at der mangler definitioner af termer, som anvendes i lovparagraffen.

En af de interviewede siger i den sammenhæng, at

”.....Frontmedarbejderne, der forvalter loven, har ikke en chance for at gennemskue f.eks., hvad der menes med et tilbud. Når de spørger op i systemet, vil de heller ikke få et klart svar. For loven er uklar”.

En anden negativ effekt af behandlingsgarantien er, at den anses for at have skabt et unødvendigt pres i organisationen. F.eks. er en centerleder inde på, at garantien ”stresser systemet”, hvorfor den kan være med til at fremme stressrelateret sygefravær.

Behandlingsgarantien bliver også fremstillet som en garanti, der mere er i myndigheders og pårørendes interesse. Der bliver i den sammenhæng peget på, at mange misbrugere ønsker at vente med at komme i behandling. Således fremføres det, at stofmisbrugeres virkelighedsopfattelse kan være ”rimeligt ødelagt” og det største arbejde er derfor at motivere til, at brugeren får taget hånd om sit misbrug.

I forbindelse med, at der skal ligge et behandlingstilbud indenfor de 14 dage, nævnes det, at en konsekvens kan være, at flere kommer i ambulante behandling. Det er ikke nødvendigvis negativt, men blandt politikere, lægfolk og ligeledes misbrugere forstås behandling som det samme som stoffri behandling, forlyder det fra en af centerlederne.

Behandlingsgarantien kan også være med til at behandlingsplanerne nogle gange bliver overfladiske. En anden mindre heldig konsekvens af behandlingsgarantien er, at der fokuseres på tidsaspektet frem for på de behandlingsfaglige aspekter. Det påpeges i den sammenhæng, at før januar 2006 var der ikke nogen definition af behandlingsstart eller af, hvad der konkret skulle forstås ved, at behandlingen var igangsat. Dette kom først med VBGS, forkortelsen for det centrale indberetningssystem.

En anden leder fremfører det synspunkt, at man ”laver noget lort, fordi man skal skynde sig”. Det er også derfor, at det negative i forbindelse med

behandlingsgarantien i virkeligheden kan opsummeres i et spørgsmål, ifølge en af de interviewede, nemlig *”Hvad er det, folk får?”*. Det dårlige ved garantien er således dens uklarhed. Vedkommende besvarer selv sit spørgsmål som følger: *”De får noget medicin, og så får de en samtale. Mere er det jo ikke. Det siger jo ikke noget om kvaliteten”*.

En anden, som er endnu mere kritisk overfor garantien, mener at: *”Det allerdårligste er, at det har en signalværdi, der dækker over ingenting. Vi ved ikke, hvad der gives garanti for. Den er så uklar i sin formulering..... kort sagt, ingen ved, hvad det egentlig er, borgeren har retskrav på”*.

Administrativt kan loven også være problematisk. Et eksempel, som nævnes, er, hvis en klient ikke møder op på 13. dagen til det sidste møde inden, de 14 dage er gået. Her går overvejelserne på, om man skal lukke sagen, eller man skal risikere, at behandlingsgarantien overskrides og holde sagen åben. Et andet eksempel er, hvis du er indskrevet og har været det i en måned eller to, og du så anmoder om at komme i døgnbehandling. Her kan forvaltningen holde brugeren hen i månedsvis med en afgørelse. Der gælder behandlingsgarantien ikke. Borgere kan så skrive sig ud og skrive sig ind igen og lave en ny-henvendelse. Kun ved ny-henvendelser gælder behandlingsgarantien, og det er et kæmpe problem, ifølge én af de interviewede. I dette interview tilføjes også, hvordan man som center kan undgå, at misbrugere møder op: *”En anden finte er, hvis et misbrugscenter vil skræmme en opioidbruger væk – så kan man indkalde til samtale, hvor der ikke er en læge. Så vil der ikke være udlevering af metadon o.l., og borgeren bliver væk fra samtalen – derved annulleres behandlingsgarantien”*.

Ud over at det for nogle synes vanskeligt at lave en forsvarlig udredning på 14 dage, er det ikke kun behandleren og systemet, som kan føle et pres. Klienten kan også føle sig presset, fordi der er en tidsfaktor, som tæller, hvilket påpeges ikke er befordrende for den gensidige tillid og velvilje behandler og klient imellem.

En af de interviewede refererer til andre ledere, som *”får kærnemælk i øjnene”*. Han mener, behandlingsgarantien er blevet praktiseret *”virkeligt forskelligt”* rundt om i landet – fx så siger man, at bare man har henvendt sig, så er man i behandling. Vi har savnet nogle anvisninger fra Socialministeriet. Når man spørger, så siger de, at de ikke ønsker, at centrene lægger sig fast på nogle bestemte metoder”.

5.2 Kontakt/anmodningsdato og første afklarende samtale(r)

I det følgende skal de enkelte afsnit deles op i informationer, som kommer fra de kvalitative interview, og de mere kvantitative informationer, som kommer fra case-gennemgangene.

a) Interviewene

Kontakt/anmodning: Fra interviewene fremgår, det at henvendelse ofte sker på centrene i en form for åben rådgivning. Det er ofte en sekretær, som klienten henvender sig til. Alternativt kontaktes et center per telefon, hvor vedkommende får tid til en samtale. Her vil det være behandlere, såsom socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker og andre faggrupper, som gennemfører samtalen. Der er dog også eksempler på, at det er sekretærer, som foretager denne første udredende samtale på baggrund af standardiserede skemaer eller såkaldte henvendelsesskemaer. Ved sådanne samtaler fås også rådgivning om de tilbud, der er. Et af disse steder fremhæver, at ”sekretærene er meget erfarne”.

Generelt veksler det, hvor meget man noterer ned ved denne første henvendelse. Samtidigt er det også et gråzoneområde, hvor det kan være vanskeligt at afgøre, om der er tale om en anmodning om at komme i behandling, eller der er tale om f.eks. en forespørgsel eller rådgivning, som ikke kan defineres som en anmodning. Netop i forbindelse med denne gråzone er det ikke sikkert, at alle samtaler registreres. Henvender man sig selv eller henvender pårørende eller andre sig for at få oplysninger og rådgivning på et misbrugscenter, noteres det som regel ikke. Denne form for rådgivning kan ske både per telefon og ved, at man møder op til de tider, hvor der er åben rådgivning på centret.

Mange steder kan man komme anonymt i rådgivningen. Her foretages der ikke nogen form for registrering. Der kan dog være tale om en intern registrering, hvor enkelte stamoplysninger og en kort problembeskrivelse noteres ned, men derudover er det kun, hvis personen ønsker at komme i behandling, at der foretages yderligere registrering. Der er også centre, hvor alle henvendelser registreres, og hvor der svares, ”at der bør ikke findes ikke-registrerede samtaler”, ligegyldigt om det er af rådgivende eller behandlingsorienteret karakter.

Det er ikke muligt at fortsætte med at modtage anonym rådgivning og vejledning i det uendelige. Flere centre har indført regler for, hvor mange anonyme og rådgivende samtaler/telefonsamtaler, man tilbyder, førend der nødvendigvis skal tages en beslutning om, hvorvidt man ønsker at komme i behandling. Det kan variere, hvor mange samtaler man tilbyder. Et enkelt sted går grænsen ved en, et andet ved to og et tredje sted ved tre samtaler.

I tilfælde af anonym henvendelse synes vejledningen ofte ikke overholdt, og datoen for anonym henvendelse vil her mange steder ikke indgå som anmodningsdato. Det betragtes simpelthen ikke som en anmodning, før klienten accepterer at lade sig ”officielt” indskrive.

1. Nogle steder forlanger misbrugscentret, at klienten skal møde op på misbrugscentret, før det anses som en anmodning om behandling.
2. Nogle anser anmodningsdatoen for at være den første samtale.

Ovenstående fejlfortolkninger af vejledningen kan udgøre et mindre eller et større problem. Hvis der findes en åben rådgivning, som klienten kan komme hen til med det samme, betyder det måske slet ikke nogen forsinkelse, hvis det kun er fysisk fremmøde, der accepteres som anmodning. Hvis der derimod skal aftales tid, hvor klienten først kan komme om en uge (eller senere), så står behandlingsgarantien i fare for at blive overtrådt. Det samme kan være tilfældet, hvis første samtale betragtes som anmodningen. Hvis denne samtale er placeret indenfor få dage efter f.eks. telefonisk henvendelse, så udgør det ikke nødvendigvis noget problem. Hvis der derimod går to uger, så er behandlingsgarantien allerede overtrådt inden anmodningsdatoen (som her defineres som første samtale).

Under alle omstændigheder betyder disse to ret udbredte eksempler på fejlfortolkning af vejledningen, at man må forvente, at andelen af klienter, for hvem overholdelsen af behandlingsgarantien er overholdt, er mindre end rapporteret til Socialministeriet (for under 5% af ny-indskrivningerne har der ifølge amternes indberetning fundet en overskridelse af 14-dages kravet sted). Dette skal der vendes tilbage til

Første samtaler(r): Et eksempel på forholdet mellem første kontakt/anmodning og første samtale(r) kan være, at klienten efter anmodningen ved førstkommende visitationsmøde herefter tildeles en visitator. Denne visitator gennemfører så to-tre samtaler i løbet af de første 14 dage. Dette munder ud i forslag til en behandlingsplan, som drøftes på et visitationsmøde, som afholdes en-to gange om ugen. Det er på disse møder, at det endelige behandlingstilbud besluttet. Dette kunne kaldes for ”det gode” eksempel, idet der her ikke finder nogen overskridelse af vejledningen sted.

Den første samtale er ofte registreret med følgende ordlyd (hovedkategorier der indimellem sammensættes på forskellig måde): Samtale; afklaring; udredning; anamnese; visitation; arbejde med behandlingsplanen; samtykke; ASI; lægesamtale; forbesøg; netværksmøde. I denne rapport skal det i det følgende kaldes for *visitation*. Visitations samtalen er ikke nødvendigvis kun én samtale, men kan været et længere visitationsforløb.

Fra interviewene fremgår det, at der typiske er tale om ca. to afklarende samtaler. Mange har således besvaret spørgsmålet med to-tre samtaler. Der er også flere, der er inde på, at spørgsmålet vanskeligt lader sig besvare, fordi det kan variere fra en samtale og helt op til 10 samtaler. Gennemgangen af de 443 cases skal senere forholdes til disse estimater.

Antallet af samtaler afhænger af, hvor komplicerede sagerne er, og hvad der skal løses, inden man kan gå videre med det egentlige behandlingsarbejde. Det fremhæves også, at brugerne ofte er påvirkede under disse afklarende samtaler, hvilket er med til at forhale udredningsarbejdet og antallet af møder.

På nogle af centrene har man en fast regel om, at der skal være afgivet et behandlingstilbud, eller at behandlingen skal være gået i gang indenfor fem eller syv dage. Imidlertid ønsker man ikke disse steder at besvare spørgsmålet om antallet af samtaler fra første kontakt til man visiteres til behandling, men henviser til, at man har en praksis, hvor man ikke engang behøver at bruge de 14 dage, som behandlingsgarantien tillader. Det må dog alligevel konstateres at der, hvad angår den første samtale/de første samtaler, findes mindst to fejlfortolkninger af vejledningen.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">3. Nogle misbrugscentre anser første samtale som påbegyndelse af behandling.4. Nogle betragter visitationsforløbet som behandling. |
|---|

Men fortolkning 3) helt klart er i modstrid med vejledningen, så er 4) mere problematisk. Hos nogle amter betragter man således visitationsforløbet som behandling. Disse amter mener, de straffes for et godt og samvittighedsfyldt stykke arbejde. De kunne således godt overholde behandlingsgarantien, hvis de nøjedes med én afklarende samtale og så herefter startede et behandlingstilbud, men ikke hvis de mener, der skal tre eller flere samtaler til for at formulere en gennemtænkt plan. Desuden mener de, at visitationsforløbet udmærket kan anses som et behandlingsforløb. Det må da også medgives disse amter, at visitationsforløbet for mange af klienternes vedkommende er betydeligt mere intensivt og struktureret end det, de senere kommer til at modtage i det samme amt/den samme kommune og som senere defineres som behandling.

Ikke desto mindre kan det være vanskeligt at betragte samtaler/aktiviteter, der defineres som udredning, afklaring, visitation, forbesøg, lægeudredning med mere, som selve behandlingsforløbet. Desuden kan man nok diskutere, om der nødvendigvis skal fire-seks samtaler til for at igangsætte et første behandlingstilbud, som udmærket kan have en afklarende karakter (det er jo indeholdt i næsten al psykosocial indsats generelt).

b) Case-gennemgangen

For de 443 cases er der registreret en anmodningsdato for 424. For de resterende 19 (4,3%) kan der ikke findes nogen anmodningsdato. Notatpligten er for denne gruppe ikke overholdt², for de fleste af de 19, hvor der ikke kan identificeres nogen anmodningsdato, er afklarende samtaler, og behandlings påbegyndelse noteret. For enkelte er der slet ikke registreret nogle datoer, og der kan her være tale om udeblivelser (hvilket dog ikke fremgår).

I den følgende analyse tages der ikke hensyn til de forskellige fortolkninger i de forskellige amter/kommuner. Efter vejledningen er anmodningsdato første henvendelse, hvad enten denne er telefonisk eller ved fremmøde, eller om vedkommende i første omgang ønsker sig registreret anonymt.

Kontakten kan være telefonisk eller ved fysisk henvendelse. Det noteres dog ikke altid, om der er tale om telefonisk eller fysisk henvendelse, hvorfor der ikke her kan vises nogen statistik for dette.

Telefonisk henvendelse synes ikke altid at blive registreret. Dette kan der ikke tages højde for i denne undersøgelse, men det kan betyde, at behandlingsgarantien overholdes for færre, end der i det følgende vil blive angivet.

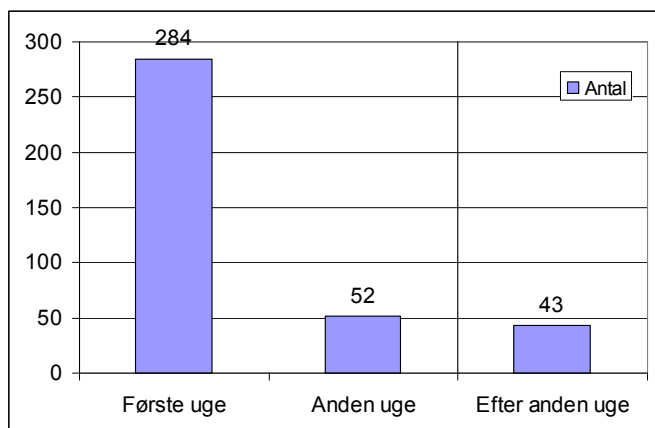
I mange amter registreres alle tilbud om samtaler, også selvom de evt. ikke fandt sted. Dette for at sikre, at alt, hvad klienten tilbydes, registreres. Hvis klienten ikke møder frem, kan man ikke umiddelbart bebrejde behandlingenheden for, at behandlingsgarantien blev overtrådt. Spørgsmålet om fremmøde/udeblivelse er centralt i stofmisbrugsbehandling. Det skal der senere mere indgående vendes tilbage til i afsnit 7.1.

I nogle tilfælde findes dato for første tilbudte samtale ikke (selvom vi kan se, den faktisk har fundet sted), mens datoen for anden samtale derimod fremgår. I andre tilfælde er der slet ikke registreret afklarende samtaler. Her er den første dato, der er registreret efter første kontakt, datoen for behandlingstilbudets påbegyndelse. Her kan det være, at man mener første samtale er det samme som behandlingens påbegyndelse. Der ses også eksempler på, at den første dato, der er registreret efter kontaktdatoen, er datoen for påbegyndelse af stoffri døgnbehandling. I så fald er det noget mystisk, at der slet ikke synes at finde en visitation sted. Der kan også være tale om manglende registrering. I så fald er notatpligten ikke overholdt.

For 64 af de 443 klienters vedkommende er der enten ikke registreret nogen første kontakt, eller det kan ikke identificeres, at der er tilbudt nogen afklarende samtale. For nogle af disse 64 er der dog som nævnt registreret en dato for start på behandlingstilbud. I første omgang er det tiden fra før

² Jfr. offentlighedslovens § 6, stk. 1 (lov nr. 572 af 19/12/1985). Se bilag 5.

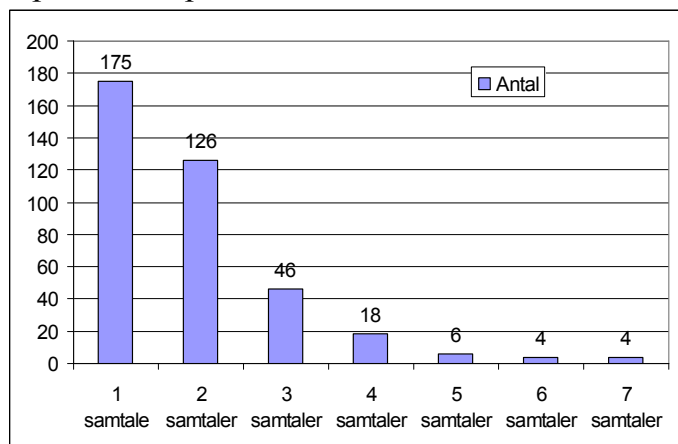
ste kontakt til første registrerede afklarende samtale, der skal vises. Dette ses nedenfor.



Figur 1. Tiden fra første kontakt til første samtale

Af de 379, hvor der kan identificeres et tidsinterval fra første kontakt til tilbud om afklarende samtale, (altså eksklusive de 64) er behandlingsgarantiens frist på 14 dage overtrådt for 43 klienters vedkommende svarende til 11% af de 379. Behandlingsgarantien for disse 11% vil, uanset hvordan det senere ser ud, være overskredet, idet den dato, de fik tilbudt, allerede havde overskredet behandlingsgarantiens krav. For en ikke defineret andel af de 11%, vil behandlingscentret ikke selv se behandlingsgarantien overskredet på dette tidspunkt, idet de fejlagtig oplever første samtale som anmodningsdato. Nogle af disse vil påstå, at den første kontakt ikke var en anmodning. Det er dog en påstand, der slet ikke går igen hos alle amter/kommuner.

Af de 379, hvor der såvel er registreret en kontaktdato som datoer for afklarende samtaler kan nedenstående opgørelse over antal tilbudte afklarende samtaler pr. klient opstilles.



Figur 2. Antal afklarende samtaler før behandlingens påbegyndelse

Som det ses, får 175 (46%) tilbudt én afklarende samtale inden behandlingstilbudet, 126 (33%) får tilbudt to, 46 (12%) får tilbudt 3 og så videre. Fire personer får tilbudt *mindst* syv samtaler. Dette giver et gennemsnit på knap to samtaler pr klient. Når det af de kvalitative interview fremgår, at klienterne modtager mellem 1-10 afklarende samtaler, og at det er omkring to i gennemsnit, er dette i overensstemmelse med journalnotaterne.

Anden samtale defineres journalerne ikke meget anderledes end første samtale, dog synes lægen i højere grad inddraget her. I senere samtaler nævnes ordet behandlingsplan, informationsmøde, forsamtaler/besøg og igen lægesamtale hyppigere.

I ovenstående har der været tale om tilbudte afklarende samtaler. I det følgende skal det vises, hvor mange der så rent faktisk fandt sted.

Af i alt 738 tilbudte afklarende samtaler fordelt på de ovenfor nævnte 379 klienter, mødte klienterne ikke frem til 112 af samtalerne, altså omkring 15% udeblivelser. Udeblivelserne vokser med antallet af afklarende samtaler og med tiden fra første kontakt til den afklarende samtale. Således er der 8% udeblivelse ved første afklarende samtale, 19% ved anden samtale, 23% ved tredje samtale, 29% ved fjerde samtale, hvorefter billedet bliver mere uigennemskueligt (fordi der er så få, der får tilbudt så mange samtaler). Tallet er antageligt i virkeligheden højere, fordi ikke alle amter/kommuner ser ud til at registrere alle de samtaler, der blev tilbudt, men alligevel ikke blev til noget. F.eks. ses der slet ingen udeblivelser i enkelte behandlingscentre, hvilket synes usandsynligt.

5.3 Fra visitation til igangsættelse af behandlingstilbud

a) Interviewene

Hovedparten af centrene bruger (Europ)ASI eller ASI-lignende skemaer i visitationssarbejdet. På ét misbrugscenter bruger man, udover ASI, en metode til at spørge ind til, hvilke ressourcer unge stofmisbrugere er i besiddelse af. På enkelte centre har man udarbejdet sin helt egen visitationssmetode, mens man på andre anvender forskellige mere personlighedsorienterede redskaber i afklaringsarbejdet såsom MCMI, AUI og DIP-Q.

Som oftest har man en ugentlig ”visitationskonference”, ”behandlingskonference” eller ”teammøde”. Det varierer, hvem der er til stede ved disse ugentlige visitationskonferencer. I materialet nævnes behandlere, læge, psykolog, centerleder og lægekonsulent.

Det er enten centerleder/rådgiver, souschef/visitationsudvalg eller centerleder/det socialfaglige personale, som har bemyndigelsen til at træffe den endelige afgørelse i relation til, hvilket behandlingstilbud der skal visiteres til.

Der skelnes ofte i visitationen mellem visitation til døgnbehandling og visitation til dagbehandling. Et eksempel er, at man i forbindelse med visitation til døgnbehandling kan have et visitationsudvalg, mens man ved ambulante behandling har, hvad man benævner, selvvisitation. Denne opdeling er parallel til et andet amt, hvor visitation til dagbehandling foregår ved en ”snak mellem dagbehandler, stofmisbrugskonsulent og bruger”. Handler det om visitation til døgnbehandling, har man derimod en klientkonference, hvor man matcher institution og bruger; en matchning, som bl.a. er baseret på misbrugscentrets erfaring med institutionen.

I et enkelt amt/kommune nævnes, at man anvender, hvad der kan kaldes for ”trinbehandling”. Denne form for behandling følger princippet om mindst mulig indgriben. I udgangspunktet giver man den mindst mulige behandling, og såfremt det skønnes nødvendigt, forøges behandlingsniveauet (en metode også kaldet for minimalintervention). Det pågældende sted tales der hverken om visitationsmøde, behandlingskonference eller lignende.

Sidst skal nævnes, at der i materialet er et eksempel på, at klienten har mulighed for at være med til selve visitationsmødet til døgnbehandling.

Det kan ud fra interviewene etc. være vanskeligt at gennemskue de forskellige modeller for igangsættelse af behandling i de deltagende amter/kommuner. Der tales således nogle steder om, at behandlingen sættes i gang, så snart klienten anmoder herom. Her må der være tale om, at de afklarende samtaler betragtes som behandling, uden dette fremgår. Andre steder tales der om, at klienten skal have en samtale indenfor 14 dage efter henvendelse. Hvis vedkommende kommer til denne samtale plus en efterfølgende aftalt samtale, formuleres der en behandlingsplan. I denne sidste model anes konturerne af den såkaldte *nulstillingsstrategi*, som man flere steder bekender sig til på forskellig måde (se side 14). Hvis en klient udebliver fra en afklarende samtale, nulstilles vedkommende. Hvis klienten henvender sig igen, betragtes det som en ny henvendelse. Nogle amter/kommuner efterlever denne nulstilling strengt, mens andre giver flere forsøg (ét enkelt eksempel ses på 10 udeblivelser inden nulstilling). Atter andre sætter behandlingen i gang indenfor en uge eller indenfor fem dage og oplever ikke at have noget problem med dette. Endelig er der eksempler på praksis, hvor klienten først møder op og udfylder et spørgeskema og dernæst får en tid til et nyt møde, som senest er indenfor de 14 dage. Herefter får klienten tildelt en konsulent, en lægesamtale og medicin, hvorved behandlingsgarantien betragtes som overholdt.

Ud fra de kvalitative interview får man det indtryk, at der ikke er noget problem med at overholde behandlingsgarantien, og at dette gøres næsten uden undtagelse. Dette er i overensstemmelse med de oplysninger, der rapporteres til Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service. Her fremgår det som tidligere nævnt, at behandlingsgarantien kun overskrides for mindre end 5% af klienternes vedkommende. Hvis man går stringent ud fra vejledningen, er billedet imidlertid noget anderledes, hvilket kunne indikere fortolkningsproblemer. Dette skal vises i det følgende.

b) Case-gennemgangen

Iværksættelse af behandling defineres som den dato behandling iværksættes i henhold til kriterierne i "Vejledning til indberetning... ". Dvs. efter *visitationen* (nogle steder kaldet udredningen, afklaringen eller andet). Der ses forskellige mønstre i registreringen af Kontakt (K) – Visitation (V) – Behandling (B). Disse er følgende:

Fuld registrering af KVB	325	73,4%
Registrering af K og V	55	12,4%
Registrering af K og B	30	6,7%
Ingen K	19	4,3%
Registrering af K (intet herefter)	14	3,2%

Hvorvidt behandlingsgarantien er overholdt, kan af gode grunde ikke afgøres for de to sidste, med andre ord for 33 svarende til 7,5%. På den anden side er registrering af K (og intet herefter) ofte et udtryk for, at klienten er udeblevet. Dette skal ikke komme behandlingsenhederne til skade, hvorfor det i denne opgørelse bliver tolket som overholdelse af behandlingsgarantien.

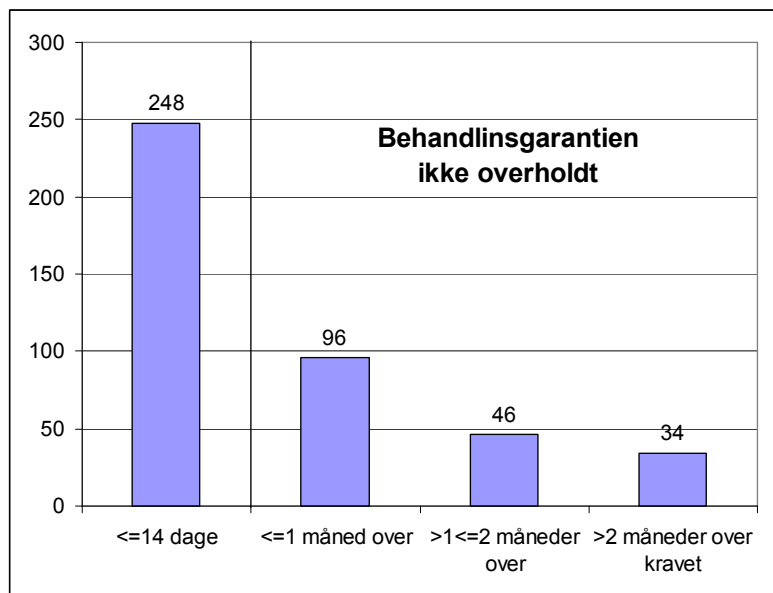
Den manglende kontaktdato ses i nogle cases sammen med manglende datoer i det hele taget, men oftest er der datoer – nogle gange for V, men ikke B, andre gange kun for B og endelig i en del tilfælde for V og B. I det sidste tilfælde kunne man jo tage antal dage mellem V og B, men det ville, i forhold til vejledningen, ikke være retvisende, idet det er fra K de 14 dage begynder at tælle).

I de tilfælde, hvor K er registreret (3,2%) men intet herefter, er der som nævnt oftest tale om, at klienten udebliver fra den aftalte samtale. Når alene K og V er registreret (men ikke B), er dette også ofte et udtryk for udeblivelse.

I det følgende skal det vises, i hvor høj grad behandlingsgarantien på 14 dage er overholdt for de undersøgte cases. Først skal der kort gøres rede for nogle betingelser for udregningen:

- Hvor tiden fra K til B er registreret, danner denne grundlag for udregningen (n=355, 80,1%).
- Hvor kun K og V er registreret, danner denne grundlag for vurderingen. Dette begrundes med, at der oftest ikke er nogen B dato, fordi klienten er udeblevet. Dette kommer dog ikke behandlingsenhedernes skade. Hvis tiden fra K til V ikke er over 14 dage, regnes behandlingsgarantien således for overholdt (n=55, 12,4%).
- Hvor kun K er registreret, vurderes dette som overholdelse af behandlingsgarantien. Dette er liberal vurdering, som begrundes med, at der ofte ikke findes datoer for V og B, fordi klienten er udeblevet (n=14, 3,2%).
- De 19 cases, hvor der ikke findes nogen K dato, indgår ikke i analysen. Her er notatpligten klart ikke overholdt (n=19, 4,3%).

På baggrund af ovenstående kriterier kan følgende histogram opstilles.



Figur 3. Overholdelse af behandlingsgarantien for 424 cases eksklusiv 19 cases med manglende kontaktdato

De 248 svarer til, at behandlingsgarantien kan betragtes som overholdt for 58,5% af de 424, hvor den er mulig er udregne. 96, svarende til 22%, har ventet i under en måned *over* garantikravet på at komme i behandling. For omkring halvdelen af disse (n=46) går der under én uge over kravet. For yderlige 29 under to uger over og for yderligere 21 under tre uger over. 19% (n=80) af klienterne venter en måned eller mere over garantikravet på

at komme i gang med et behandlingstilbud. 8% venter mere end to måneder over kravet – til tider over 3-4 måneder.

For de 19, hvor der ikke findes kontaktdato, er der slet ingen datoer på 2, kun behandlingsdato for 3, for 1 er det registreret, at vedkommende aldrig kommer i gang med behandling, men vedkommende har dog været til en afklarende samtale, hos 1 er der fejl i angivelsen af dato. Endelig går der højst 14 dage fra V til B for 8, mens der for 4 går længere tid end 14 dage fra V til B. De 19 indgår som nævnt ikke i ovenstående analyse.

Køn og overholdelse af behandlingsgarantien

Behandlingsgarantien overholdes i samme grad for mænd og kvinder. Således overholdes den for 58% af kvinderne og for 59% af mændene. Såvel for mænd og kvinder er det 18-19%, der må vente i mere end én måned ud over kravet på 14 dage på at starte et behandlingstilbud (altså over 1½ måned fra første kontakt).

Alder og overholdelse af behandlingsgarantien

Der er en tendens til, at jo ældre desto kortere tid går der fra første kontakt til behandlingstilbudets iværksættelse. Dermed ses det også, at jo ældre desto hyppigere overholdes behandlingsgarantien. For de 18-24-årige overholdes garantien for 51%, for de 25-34-årige for 57%, mens den for de 35+ år overholdes for 64%. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Denne tendens har dog antageligt ikke meget med alder at gøre. Således hører de fleste klienter i substitutionsbehandling til 35+ kategorien, og netop substitutionsbehandling er stærkt medvirkende til at forlænge indskrivningslængden.

Nyoprettet – overtaget (amt, fængsel, psykiatri mm) – genganger

Det er gengangerne, der hurtigst får et behandlingstilbud. For denne gruppe overholdes behandlingsgarantien for 69% vedkommende. For de nyoprettede 51% og for dem, der overtages, 60% (p.007). Dette kan måske forklares med, at behandlerne kender gengangerne og dermed hurtigere kan få dem igennem et afklaringsforløb, mens det tager længere tid at afklare de nyoprettede.

Kommer fra

De klienter, der overføres fra et andet amt, får tilbudt et behandlingsforløb indenfor 14 dage for 71% vedkommende. Dette kan måske også forklares med, at afklaringen her ikke er så påtrængende som for f.eks. den nyoprettede klient. Udover dette ses der ingen sammenhænge.

Forbrugstyper

De 443 klienter er blevet opdelt i fire hoved forbrugsgrupper:

- 1) Opiater (heroin, ketogan, illegal metadon med mere).
- 2) Centralstimulerende/CS stoffer (amfetamin, kokain, speed).
- 3) Hallucinogener (Ecstasy, Fantasy, LSD),
- 4) Hash,
- 5) Uoplyst.

Klienten kan kun tilhøre én gruppe. Hvis vedkommende har et opiatforbrug, placeres klienten altid i denne gruppe – dog med mindre der er tale om et sjældent opiatforbrug, men et jævnlige CS forbrug. Hvis der er et forbrug af CS stoffer, men ikke/stort set ikke af opiat, vil klienten blive placeret i gruppe 2. Et jævnlige/dagligt hashforbrug uden nævneværdigt forbrug af andre stoffer placerer personen i gruppe 4. Hvis klienten jævnlige har et forbrug af hallucinogener med eller uden hash, placeres vedkommende i gruppe 3. Ved uoplyst har forbruget ikke været mulig at identificere i det skriftlige materiale.

Hovedkategorierne har været opiat (n=215), CS (n=96) og hash (n=114). 14 er uoplyste, 2 hallucinogener og 2 er kategoriseret som benzodiazepinmisbrugere. Opiatforbrugerne kommer hurtigst i behandling (for 66% overholdes behandlingsgarantien), herefter følger CS gruppen (for 53% overholdes behandlingsgarantien) og sidst hash-gruppen (for 50% overholdes behandlingsgarantien)(p.01).

5.4 Sammenfatning – interview versus cases

Ud fra vejledningskriterierne overholdes behandlingsgarantien for 58,5% af klienternes vedkommende. Bedst er det for ældre opiatforbrugende gengangere (for 69% overholdes behandlingsgarantien, n=45), mens det er mindre godt at være en ung nyoprettet hashforbruger (for 38% overholdes behandlingsgarantien, n=34).

Overholdelsen af behandlingsgarantien er blevet strengt vurderet ud fra de kriterier, der er formuleret i vejledningen. Forskellige fortolkninger af 14-dages reglen kan uden tvivl give bedre resultater. F.eks. vil garantien uden tvivl blive overholdt for flere, hvis datoen for første samtale anses som anmodningsdatoen. Ligeledes hvis afklaringsforløbet i sig selv ses som behandling. Hvis begge fejltolkninger af vejledningen anvendes, overholdes behandlingsgarantien således for 80-90%. Vejledningen siger dog klart, at første samtale ikke er anmodningsdatoen, og at behandlingen ikke er iværksat, så snart første samtale er gennemført. Der skal være tale om igangsættelse af et struktureret forløb/tilbud, og det er vanskeligt at betragte

en række afklarende samtaler som et behandlingsforløb. Det sidste er dog ikke uproblematisk. Visse afklaringsforløb kan således, som tidligere nævnt, betragtes som det mest intensive ”behandlings”-forløb pågældende klient vil modtage gennem indskrivningsforløbet.

Udeblivelser er et stort problem indenfor misbrugsbehandlingsområdet. Man kan udmærket forestille sig, at udeblivelser medfører en forlængelse af visitationsforløbet, hvorved behandlingsgarantiens krav overskrides. Generelt er det således mindst 15%, der udebliver fra samtalerne. Ved 3. og 4. afklarende samtale er det oppe på mindst hver fjerde samtale, der ikke bliver til noget.

I denne behandlingsgaranti-opgørelse er det dog ikke blevet til behandlingsenhedernes skade, hvis klienten helt er udeblevet efter første eller senere afklarende samtale(r). I så fald er behandlingsgarantien blevet anset for overholdt. En metode, som misbrugscentrene anvender til at undgå at udeblivelser får negativ indflydelse på 14-dages kravet i behandlingsgarantien, er den såkaldte nulstillings-strategi, med hvilket der menes, at klienten anses som havende udskrevet sig selv, hvis de udebliver fra en visitations-samtale.

Generelt oplever misbrugscentrene ikke, de har de store problemer med teknisk set at overholde behandlingsgarantiens 14-dages krav. Dette ses også i deres rapportering til Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service. Til gengæld oplever de en række andre problemer ved garantien, som i ikke ringe grad kan knyttes til spørgsmålet om kvaliteten af behandlingen. Gennemgangen af de 443 cases viser dog også, at overholdelse af 14-dages kravet er noget mere kompliceret, end der gives udtryk for. Den positive vurdering af overholdelsen af behandlingsgarantien synes således i vid udstrækning af bygge på en fejlfortolkning af vejledningen (hvilket flere centerledere også er inde på). Fire gennemgående fejlfortolkninger er følgende:

1. Nogle forlanger, at klienten skal møde op på misbrugscentret, før det anses som en anmodning om behandling.
2. Nogle anser anmodningsdatoen for at være den første samtale.
3. Nogle misbrugscentre anser første samtale som påbegyndelse af behandling.
4. Nogle betragter visitationsforløbet som behandling.

Den manglende overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav synes helt overvejende at være et organisatorisk problem, som i nogen udstrækning bygger på misforståelser (hvilket flere centerledere også erkender). Mange mener således godt, at de kan overholde 14-dages kravet, noget helt andet er derimod kvaliteten af de tilbud, der følger efter de 14 dages visita-

tionsperiode. Her må det konstateres, at behandlingsgarantien ikke er nogen kvalitetsgaranti, men snarere en ventelistegaranti og i nogen udstrækning (måske) også en frit valgs garanti. Disse spørgsmål skal der vendes tilbage til.

6. BRUGERINDDRAGELSE: HVORDAN INVOLVERES KLIENTEN I VALG AF BEHANDLINGSTILBUD?

a) Interviewene

Standardsvaret til dette spørgsmål er ”så meget som muligt”. En centerleder formulerer sit svar på denne måde: ”Det korte af det lange er, at vi ikke kan ret meget uden klienten”. I forlængelse af dette svar kommer centerlederen ind på, at det ofte er et hårdt arbejde, som skal køres meget tæt sammen med klienten. På dette behandlingscenter er der en stor grad af brugerinddragelse i den forstand, at der er et stort samspil mellem frivillige, professionelle og semiprofessionelle. Forskellige aktiviteter, såsom måltider, festlige begivenheder og sociale aktiviteter foregår tæt på klienten.

Der er andre, der svarer mere i retning af, hvad lovgivningen fordrer, nemlig at klienten *skal* involveres. Her påpeges det, at der i handleplanen er punkter, som specifikt drejer sig om klientens ønsker.

Der er også behandlingsmetoder, som vægtlægger det procesorienterede arbejde. Her kan klienten være i en gruppe, hvor ønskerne for behandling noteres løbende. Disse ønsker bliver siden en del af den endelige behandlingsplan.

Heroverfor står enkelte amter/kommuner, hvor man ikke i så høj grad betoner, at det handler om dialog og klientens egne ønsker. Disse steder fortæller man, at man informerer brugeren om mulige behandlingstilbud såvel interne som eksterne, hvorpå brugeren efter et vist antal samtaler så får mulighed for at overveje behandlingsønsker.

Nok understreger mange, at dialog mellem sagsbehandler og bruger om ønsker og muligheder er vejen frem, og at der skal tages udgangspunkt i, hvad den enkelte ønsker. Samtidigt påpeges det dog, at det er umuligt at ”skræddersy tilbud til hver enkelt borger”. Derfor er man nødt til at have nogle standardtilbud.

De økonomiske og professionelle hensyn kan kollidere med brugerens ønske. Enkelte påpeger f.eks., at man ikke kan sende alle, der ønsker det, i døgnbehandling, fordi dette ikke er muligt økonomisk. Ligeledes fremføres det, at der kan være uenighed om, hvilken døgninstitution klienten skal visiteres til. I forlængelse af dette er der nogle centerledere, der i deres svar nedtoner brugerinddragelse og medbestemmelsesretten og i stedet nævner, at de som institution har bemyndigelse til at vurdere, hvilket døgntilbud der er det bedste til den pågældende klient.

Sammenfattende er det udsagn som ”relation” og ”dialog”, der går igen i besvarelserne. Udsagn som ”Klienterne tages meget seriøst”, ”Klienterne har ejerskab i hele processen” og ”100% - vi sætter ikke noget i værk, som han ikke vil have” er hyppige i materialet.

b) Case-gennemgangen

Klienternes ønsker kan ifølge journalnotaterne deles op i følgende tre hovedgrupper:

- a) *Få styr på sit misbrug*, hvilket ofte knyttes til ønsker om samtaler, ambulans behandling, støtte, komme i en gruppe og lignende. Ordet ”døgnbehandling” bruges ikke i denne sammenhæng, men om det er det, klienten til tider mener, kan ikke afgøres. 56% af klienterne giver udtryk for dette ønske.
- b) *Stoffri døgnbehandling*. Dette ønske kommer ikke mindst fra opiatbrugere og knyttes ikke sjældent til en bestemt institution. 18% giver direkte udtryk for ønske om stoffri døgnbehandling.
- c) *Substitutionsbehandling*. Oftest vedligeholdelsesbehandling, men også til tider med ønsket om stabilisering, som med tiden kan føre til et stoffrit forløb. 26% ønsker dette.

Hvorvidt ovenstående er repræsentativt for klienternes ønsker i dansk misbrugsbehandling er usikkert. For det første er beskrivelserne i det skriftlige materiale/journalerne ikke altid dækkende, og for det andet fremgår klientens ønsker ikke i 84 af journalerne (svarende til 19%). Af gode grunde kan man derfor heller ikke for disse afgøre, om klientens ønsker er blevet imødekommet.

I 16 af de 443 cases er det direkte anført, at klientens ønsker ikke er blevet imødekommet. Dette svarer til 3,6% og er uden tvivl i underkanten. For det første registreres det som nævnt ikke altid, og for det andet kunne man jo tænke sig, at kritik i visse tilfælde bevidst eller ubevidst nedtones.

De fleste af de ønsker, der ikke er imødekommet, handler om stoffri døgnbehandling. 8 af de 16 ønsker, der ikke blev imødekommet, var således ønske om at komme i stoffri døgnbehandling. Af disse førstnævnte 8 handler 2 om forbehandling; Én af disse udeblev og fik ikke lov til at komme i stoffri døgnbehandling, og for én blev der krævet en forbehandling, vedkommende ikke ønskede. I ét tilfælde vurderede personalet, at der ikke var behov for stoffri døgnbehandling; i ét tilfælde var der uenighed om, hvilken døgninstitution klienten måtte blive indskrevet på, og i ét tilfælde imødekommes klientens ønske om at komme i stoffri behandling sammen med sin kæreste ikke. I de sidste 3 tilfælde var uenigheden ikke beskrevet. Af de øvrige 8 eksempler, som ikke har noget med stoffri døgnbehandling at gøre, drejer ét eksempel sig om en klient, som ønsker at blive afgiftet. Efter samråd med klientens bosted vælger man at tilbyde ambulante samtaler i første omgang i 3 måneder og herefter revurdere sagen. 4 klienters ønske om substitutionsbehandling imødekommes ikke. Én begrundes med, at klienten allerede har været ude af substitutionsbehandling i et kortere tidsrum, og man ønsker ikke at genoptage det. Ét andet afslag begrun-

des med, at klienten er tysk statsborger (som arbejder i Danmark) og derfor ikke kan komme i substitutionsbehandling i Danmark. De sidste to ønsker om substitutionsbehandling, som ikke imødekommes, forklares ikke. Andre ønsker, der ikke imødekommes, er ønsker om psykologsamtaler og et ønske om at komme i behandling på et bestemt dagcenter.

Hvis 5% af ønskerne ikke imødekommes (hvilket synes rimeligt realistisk), svarer det til 250 om året for de ca. 5.000 ny-indskrevne. Derudover er der 8.000 klienter, der er indskrevet i behandling (ca. 13.000 i behandling i 2005). Også her er der ønsker, der ikke imødekommes. Et meget forsigtigt skøn kunne være 400 ønsker, der ikke imødekommes pr. år. Af disse kunne et ikke nærmere definerbart antal tænkes at ende i klager.

7. BEHANDLINGEN SOM TILBYDES

a) interviewene

Hvad er behandling? Til dette spørgsmål er der ingen konsensus i besvarelsenerne. Nok er man måske enige på det helt overordnede plan, og man synes også at være enige om målet med behandlingen, men dernæst kommer forskellige anskuelser ind, som dels afspejler refleksionsniveauet samt behandlingstilgangen og praksis på det pågældende behandlingssted.

At være rimeligt enige om målet synes at være en god begyndelse. Samlet kan målet formuleres som vist nedenfor:

Det overordnede mål er at lave en indsats, således at den enkelte får mulighed for at få kontrol over sit misbrug samt får stoppet den psykiske, sociale og helbreds-mæssige deroute, hvorved livskvaliteten for den enkelte øges.

For at opnå ovenstående skal der andre indsatser til end dem, man traditionelt anser for behandling, herunder udredning, socialrådgivning, omsorg med flere. Der findes i interviewene dog eksempler på, at udredning, socialrådgivning og omsorg også betragtes som behandling, og nogen fast grænse, for hvornår noget er behandling eller noget andet, kan næppe gives. Dette kan selvfølgelig give andre problemer. Hvis udredning således betragtes som behandling kan det give problemer med fortolkningen af vejledningen til behandlingsgarantien (og det er præcis, hvad der tidligere er beskrevet), og hvis omsorg i sig selv anses som behandling, kan man også betragte et værestedstilbud som behandling. Det giver nogle uklarheder, som vi har løst på en måde, der senere skal vises.

Nogle mener behandling er det, der tilbydes, når det indgår som en del af behandlingsplanen. Et behandlingstilbud er derfor et sammenhængende tilbud af ydelser, som er en del af en større plan – dette uanset om der er rekreative aktiviteter, omsorg, psykoterapi eller andet involveret. En sådan definition gør måske det hele lidt mere enkelt, idet man kan sige, at alle, der indskrives på et behandlingscenter, som får en behandlingsplan (hvilket de forhåbentlig altid får) modtager behandling. Hvis de kommer på et værested, og dette ikke indgår som en del af en behandlingsplan, så er det ikke behandling. På den anden side kan man også, ud fra denne model, diskutere om man overhovedet kan tale om en behandlingsplan, hvor der tilbydes (eller modtages) højst én samtale om måneden. Sådan en intensitet er måske mere støtte/omsorg end behandling.

Af andre forståelser af behandling, som der gives, kan nævnes følgende:

”Behandling er vel en proces, der gerne skulle føre til nogle forandringer i klientens liv. Og optimalt at blive stoffri. Det er en lidt dybere terapeutisk kontakt end rådgivning”.

”Det [behandling] kan man næsten vælge at definere, som man vil [...] Jeg vil godt plædere for, at behandlingen starter i samme sekund, som folk stikker næsen indenfor døren, uden at der overhovedet er nogen, der har åbnet munden [...] Andre vil mene, at behandling det er først noget, når der proppes noget medicin i en, eller der er en psykolog, der siger nogle vise ord til en [...] Grundlæggende må behandling vel være, at klienten viser vilje til forandring, og at vi som behandlingssystem er i stand til at understøtte det”.

Behandling er, når der er fokus på, at *”der sker en ændring ift klientens indre måde at forstå sig selv og sine problemstillinger på”.*

I den sidste forståelse fremhæves arbejdet med klienternes ressourcer og muligheder for at kunne håndtere eget liv.

En mere konkret måde at forstå behandling på, som én interviewpersoner tilskriver klienterne, er *”at blive behandlet godt”.* Dette brugerperspektiv er jo et noget andet, men ikke mindre interessant perspektiv.

Der er flere eksempler på, at der svares benægtende på spørgsmålet, hvorvidt der er nogle af centrets tilbud, som ikke forstås som egentlige behandlingstilbud? I disse tilfælde har spørgsmålet ikke foranlediget yderligere refleksion. En af de interviewede konkluderer endda, at alt betragtes som behandlingstilbud, og *”det hele hænger sammen som perler på en snor”.* I forlængelse af dette nævnes det også af enkelte, at løse rådgivende samtaler nok ikke kan betragtes som behandlingstilbud. Heller ikke et isoleret værestedstilbud kan betragtes som behandling. Dette er i overensstemmelse med ovenfor nævnte helhedsperspektiv, hvor tilbudet skal være indeholdt i en behandlingsplan, hvis det skal betragtes som behandling. Nogle går så vidt som til at betragte værestedstilbud som *”behandlingsfri zone”* og for nogle er det også tvivlsomt, om skadesreduktion kan betragtes som behandling.

I denne undersøgelse har vi valgt en empirisk afgrænsning af, hvad behandling er (de behandlingstilbud, man nævner som findes på misbrugscentret, udgør rammen for, hvad der er behandling). Dette er ikke mere rigtigt end ovenfor nævnte forståelser af, hvad der er behandling, men under de aktuelle betingelser måske mere praktisk. Den empiriske afgrænsning ses i tabel 4. Først opstilles der en bruttoliste over de ydelser, som vi har fået oplyst, eksisterer i de undersøgte amter og kommuner. Disse opdeles herefter i behandlingsydelser, sociale/sundhedsydelser, aktiverende ydelser, specialydelser og særlige målgrupper. Umiddelbart kan behandlingsydelserne og

flere af specialydelserne betragtes som behandlingstilbud, og anden definition skal ikke gives. Det betyder ikke, vi er uenige i den forståelse, at et tilbud først er et behandlingstilbud, når det er en del af en sammenhængende behandlingsplan. Ifølge denne forståelse kan man også udmærket forestille sig, at nogle af de ydelser, der benævnes sociale ydelser i tabel 4, kan blive betragtet som behandling.

Efter gennemgangen af og kategoriseringen af ydelserne skal det kort gennemgås, hvorvidt amterne/kommuner har anvendt særlige tilbud for at kunne overholde behandlingsgarantiens 14-dages krav.

Grundlaget for det følgende er alene de kvalitative interview med centerledere/behandlingsledere. Efter dette afsnit analyseres atter de 443 cases med fokus på, hvilken behandling de fik tilbudt efter visitationsforløbet.

Men først bruttolisten over de tilbud, der gives klienterne.

Tabel 3. Bruttoliste over ydelser der tilbydes stofmisbrugerne

<input type="checkbox"/> Substitutionsbehandling og rådgivning knyttet til udlevering/ ambulatorium	<input type="checkbox"/> Forbehandling	<input type="checkbox"/> Værestedstilbud uspecificeret (dog ofte brugt af ældre og nedslidte substitutionsklienter).
<input type="checkbox"/> Motivationsforløb	<input type="checkbox"/> Stoffri døgnbehandling	<input type="checkbox"/> Opsøgende teams
<input type="checkbox"/> Afklaringsforløb, udredningsfase	<input type="checkbox"/> Stabiliserende døgnbehandling	<input type="checkbox"/> Sundhedsgrupper
<input type="checkbox"/> Kursusforløb	<input type="checkbox"/> Efterbehandling	<input type="checkbox"/> Sygeplejerske (med forskellige måder at arbejde på)
<input type="checkbox"/> Åben rådgivning (komme ind fra gaden)	<input type="checkbox"/> Halvvejshus	<input type="checkbox"/> Særlige tilbud til gravide misbrugere.
<input type="checkbox"/> Ambulante samtaler, rådgivning, vejledning (varierende intensitet og indhold). Oftest af støttende karakter	<input type="checkbox"/> Botilbud	<input type="checkbox"/> Særlige tilbud til kvinder
<input type="checkbox"/> Gruppe-tilbud (en række forskellige tilbud)	<input type="checkbox"/> Støttebolig	<input type="checkbox"/> Ungebehandling
<input type="checkbox"/> Kost, ernæring, selvtillid, TBF, nedtrappingsstøtte, stabilisering, psykoedukation, med fokus på særlige stoffer, netværks-/ kammeratskabsgrupper	<input type="checkbox"/> Højskole	<input type="checkbox"/> Rådgivning uspecificeret
<input type="checkbox"/> Ambulant dagbehandling	<input type="checkbox"/> Familiepleje	<input type="checkbox"/> Ambulant
<input type="checkbox"/> Stoffri dagbehandling	<input type="checkbox"/> Psykoterapeutiske forløb	<input type="checkbox"/> Dagbehandling
<input type="checkbox"/> Stabiliserende dagbehandling	<input type="checkbox"/> SKP	<input type="checkbox"/> Hashbehandling
	<input type="checkbox"/> Aktiveringstilbud	<input type="checkbox"/> Familieinddragelse/rådgivning/behandling
	<input type="checkbox"/> Mentorordning	<input type="checkbox"/> Netværkstilbud
	<input type="checkbox"/> Ambulante omsorgsindsatser (ofte aktivitetsprægede)	<input type="checkbox"/> Særlige tilbud til pårørende
	<input type="checkbox"/> Skadesreducerende indsatser.	<input type="checkbox"/> Forældreklub
	<input type="checkbox"/> Mange forskellige aktivitetstilbud med ad hoc behandling (henover maden)	<input type="checkbox"/> Psykolog, psykoterapeut
	<input type="checkbox"/> Stoffri værestedstilbud.	<input type="checkbox"/> Læge, psykiater
	<input type="checkbox"/> Cafétilbud (som værestedstilbudene)	<input type="checkbox"/> NADA, massage, meditation

Ovenstående liste er ikke nødvendigvis dækkende. Der findes uden tvivl andre ydelser, med andre navne, men ovenstående antages at dække de forskellige kategorier af ydelser, som tilbydes. F.eks. kan man have forskellige navne for tilbud, som kan placeres under kursusforløb, ligesom forskellige navne på ydelser der kan placeres under efterbehandling. I den næste

tabel er ydelserne opdelt i fem kategorier, som på forskellige måder overlapper hinanden.

Tabel 4. Ydelserne opdelt i fem kategorier

Behandlings-ydelser	Sociale/sundheds-ydelser	Aktiverende ydelser	Special-ydelser	Særlige målgrupper
<ul style="list-style-type: none"> - Åben rådgivning - Afklaring - Motivation - Samtaler planlagt - Samtaler akut - Gruppetilbud - Stoffri dag - Kursusforløb - Stabiliserende dag - Stoffri døgn - Stabiliserende døgn - Efterbehandling - Samtaler opfølgn. - Halvvejshus (med beh. aktiviteter) - Psykoterapeutiske forløb - SKP - Akupunktur - Massage - Meditation 	<ul style="list-style-type: none"> - Værested for de mest belastede - Café - Sundhed - Sundhedsgrupper - Halvvejshus (uden beh. aktiviteter) - Botilbud - Støttebolig - Familiepleje - Aktiverende omsorgsindsatser (hen over maden) - Skadesreducerende indsatser - Opsøgende teams 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktiveringstilbud - Mentorordning - Højskole - Dykning - Stoffri værested - Edukation 	<ul style="list-style-type: none"> - Læge - Psykolog - Psykiater - Sygeplejerske (mobil eller fast) - Fysioterapeut - Telefonisk - Unrinkontrol 	<ul style="list-style-type: none"> - Unge - Gravide - Kvinder - Særligt belastede - Pårørende

Ydelserne opdeles i fire ydelseskategorier og én målgruppe-kategori. Igen skal de ikke ses som dækkende, og det kan selvfølgelig i et vist omfang diskuteres om nogle af behandlingsydelse burde kategoriseres som sociale ydelser (eller omvendt), og om visse af de aktiverende ydelser måske snarere er sociale ydelser. En klient kan modtage flere ydelser på samme tid (som kan være formuleret i behandlingsplanen). F.eks. kan en klient modtage samtaler fra en misbrugskonsulent samtidig med, at vedkommende også modtager forskellige sociale ydelser og jævnligt er i kontakt med en læge. De særlige målgrupper er ikke nogen ydelse, men derimod en gruppering som man i princippet kunne dele alle ydelserne op i (selvom dette ikke er i overensstemmelse med praksis).

Man kan altid diskutere, hvad der kan betragtes som behandling, hvilket ikke skal gøres her. Her lægges det blot åbent frem, hvordan det anvendes i denne undersøgelse. I princippet synes ideen om, at alle ydelser skal være led i en velbeskrevet behandlingsplan, før de kan betragtes som behandling, for hensigtsmæssig.

Anvendes nogle af ovenstående ydelser i særlig grad til at overholde behandlingsgarantiens 14-dages krav?: Lidt over halvdelen af de interviewede svarer nej. Andre svarer nej, men at der er tilbud, der kan startes øje-

blikkeligt. Enkelte betragter udrednings-/afklaringsforløbet som behandling, hvilket som nævnt teknisk set er problematisk, men ikke desto mindre i nogle sammenhænge forståeligt. Endelig har nogle etableret tilbud, som i særlig grad er anvendelige til at overholde 14-dages kravene. Der kan f.eks. være tale om motivationsforløb, afklaringsforløb, rådgivende samtaler, forbehandling og café/værested (det sidste for de mest ustabile, som måske er vanskelige at få til at møde op til egentlige samtaler). Disse særlige tilbud, som i særlig grad anvendes til at løse 14-dages kravet, er ikke mindst anvendelige, hvis klienten henvises til et tilbud, hvor der ikke er løbende indtag.

b) Case-gennemgang

For at forstå den følgende gennemgang skal der indledningsvist skelnes mellem intet mindre end 14 kategorier af forløb. Der er i første omgang alene tale om de første par måneder af behandlingsforløbet, og det skal pointeres, at der med den behandling, der nu kommer i fokus, er tale om de behandlingsydelser, der tilbydes klienterne *efter* visitationsforløbet. Den egentlige behandling kan altså nu betragtes som igangsat.

Inden de 14 kategorier opstilles, skal det kort defineres, hvad der menes med ad hoc samtaler, ambulant behandling, dagbehandling og døgnbehandling. Der skelnes således mellem nedenstående fire intensiteter i indsatsen.

Tabel 5. Forskellige intensiteter i den psykosociale indsats

1. Ad hoc samtaler	Tilbud om samtaler under hver 14. dag.
2. Ambulant behandling	Tilbud om samtale mindst 2 gange om måneden og højst 8 gange om måneden
3. Dagbehandling	Tilbud om samtaler mere end 8 gange om måneden i ambulant regi
4. Døgnbehandling	Stoffri døgnbehandling og stabiliserende døgnbehandling.

Som det ses, er de fire intensiteter ikke mindst defineret ved, hvor mange samtaler der tilbydes. Tilbud om en samtale på en måned vil blive betragtet som et ad hoc tilbud. Tilbud om en samtale om ugen vil blive betragtet som et ambulant tilbud. Tilbud om mere end to samtaler om ugen (udregnet til mere end otte på en måned) vil blive betragtet som dagbehandling. Hvorvidt der er tale om tilbud som gruppe- eller individuelle samtaler er uden betydning. Mens datoerne for ad hoc samtaler og ambulante samtaler ofte er registreret, mangler dette meget ofte, når der tilbydes dagbehandling. Ofte registreres det ikke, om klienterne kom til dagbehandlingen, hvilket

giver problemer med at vise, hvor meget klienterne så også modtog. Registrering af udeblivelser findes langt hyppigere for ad hoc og ambulante samtaler, hvilket der senere skal vendes tilbage til i dette kapitel.

Fællesskabsaktiviteter/aktiveringer inddrages i første omgang ikke i denne analyse. Ikke sjældent er dagbehandling en kombination af samtaler (individuel eller gruppe) og fællesskabsaktiviteter (men langt fra altid). Der skal senere vendes tilbage til fællesskabsaktiviteterne/aktiveringerne (kapitel 8).

7.1 Ydelser tilbudt de 443 klienter

Nedenfor ses de 14 kategorier, som klienterne er blevet opdelt i, og hvor mange der placerede sig i de enkelte kategorier. Kategorierne viser, hvad klienterne blev tilbudt som noget af det første efter visitationsperioden.

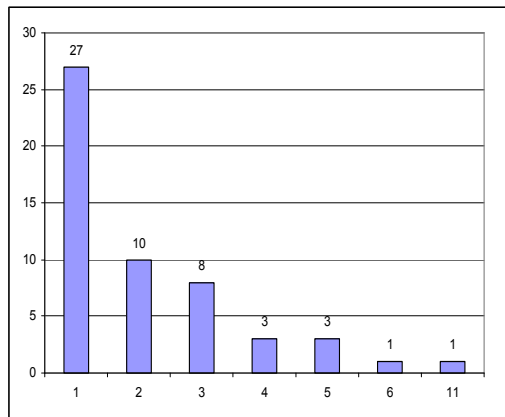
Tabel 6. Ydelser tilbudt 443 klienter indenfor den første måned efter behandlingens igangsættelse

1. Udeblivelse, udskrevet mod givet råd, manglende henvendelse, henlægges, indskrives i princippet aldrig (udskrives ofte 1-2 måneder efter første kontakt)	37	8,4%
2. Ad hoc samtaler u. metadon	19	4,3%
3. Ad hoc samtaler m. metadon	34	7,7%
4. Ambulant behandling/samtaler u. metadon	144	32,5%
5. Ambulant behandling/samtaler m. metadon	62	14,0%
6. Dagbehandling u. metadon	33	7,4%
7. Dagbehandling m. metadon	6	1,4%
8. Døgnbehandling	20	4,5%
9. Afgiftning	16	3,6%
10. Metadon uden andet tilbud registreret	49	11,1%
11. Andre overtager sagen (psykoseteam, Kriminalforsorgen e.a.), fraflyttet, nogle gange udskrevet til døgnophold	7	1,6%
12. Ingen notater inkl. færdigbehandlet uden notater (noget tyder på overflytning eller udskrivelse, men kan ikke afgøres)	14	1,8%
13. Døde inden behandling rigtigt kom i gang	1	0,2%
14. Kan ikke behandles i Danmark	1	0,2%
I alt	443	100%

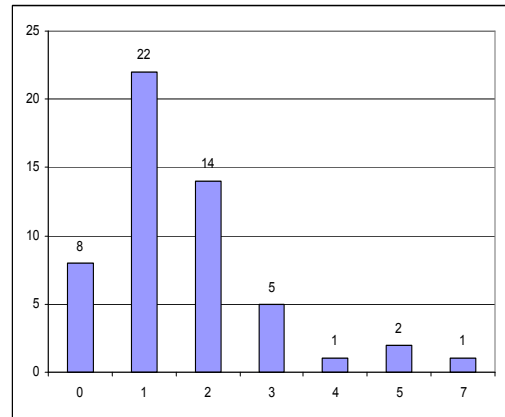
Som det ses, kom behandlingen aldrig rigtigt i gang for 37 klienters vedkommende (8,4%). Dertil skal lægges ovenstående punkter 11-14, hvor anden instans hurtigt overtager, eller hvor der er usikkerhed om, hvorvidt behandlingen overhovedet kom i gang. Ud fra denne opgørelse kan det estimeres, at ca. 10% aldrig rigtigt kommer i behandling på misbrugscentret. For de fleste er der dog gået én eller flere visitations-/afklaringsamtaler med mere forud for afbrydelsen/afvisningen af behandlingstilbudet.

Ad hoc samtaler: 53 klienter (12%) får tilbudt ad hoc samtaler (med eller uden metadon), hvilket betyder, at de tilbydes under en samtale hver 14. dag. Én ting er hvad klienterne fik tilbudt, noget andet hvad de egentlig modtog. Således modtog 13 af de 53 slet ikke nogen samtale den første måned, så vidt vi kan se, fordi de udebliver fra planlagte samtale.

Indenfor de første tre måneder af forløbet ser det ud, som vist nedenfor:



Figur 4. Tilbudt antal ad hoc samtaler første 3 måneder (n=53)



Figur 5. Modtog antal ad hoc samtaler første 3 måneder (n=53)

Som vist i den højre figur 5, er det 8 af klienterne, der aldrig får en samtale de første tre måneder. 3 af dem er i metadonbehandling. Kun 4 klienter får mere end én samtale om måneden i gennemsnit (4, 5 og 7 samtaler).

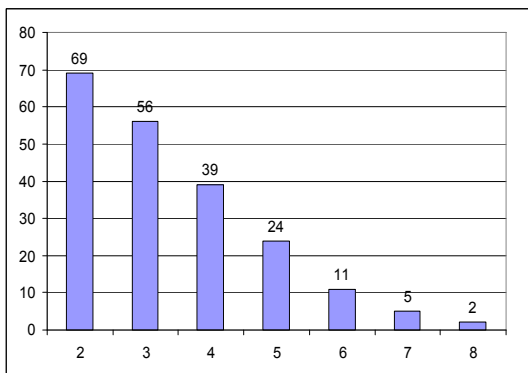
69,9% af de klienter, der får tilbudt ad hoc samtaler, har opiater som hovedstof, mens det er 48,5% generelt.

Der fandtes ingen sammenhænge mellem antal gennemførte samtaler og køn og alder.

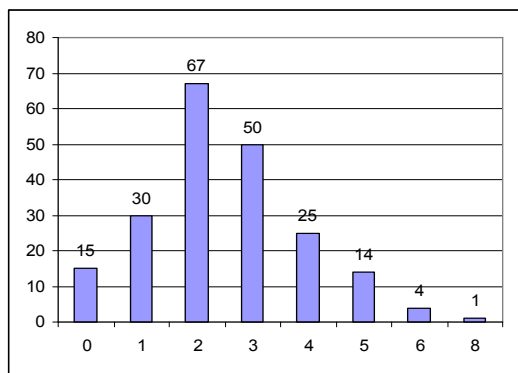
Generelt falder antal samtaler for hver måned, der går. Første måned modtog de 0,75 samtale i gennemsnit pr. måned, anden måned var det 0,51 samtaler og tredje måned 0,36 samtaler. Dette kan i nogen grad forklares med, at nogle fra denne gruppe overgår til et mere intensivt behandlingstilbud (f.eks. dag eller døgn). I så faldt ser det ud til, de ikke får flere samtaler den sidste del af de tre måneder, mens det i virkeligheden skyldes skift i behandlingstilbud (modalitet). Dette er faktisk tilfældet i 9 af de 53 cases. Således overgår 6 af de 53, der fik ad hoc samtaler de første måneder til døgnbehandling, og 3 overgår til en mere intensiv form for ambulante behandling.

Ambulant behandling: 206 klienter (46,5%) får tilbudt ambulante behandling (med eller uden metadon), hvilket betyder, at de får tilbudt mindst to sam-

taler den første måned af behandlingen. Der tales her om ”tilbudt” (ligesom det er tilfældet i ad hoc samtalerne). Noget helt andet er igen, om de også modtager tilbudene. Hvor mange samtaler de fik tilbudt, og hvor mange de modtog ses nedenfor.



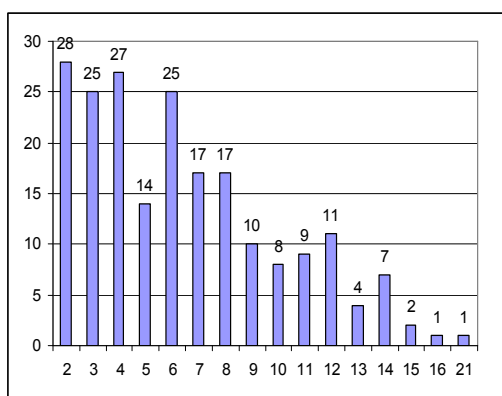
Figur 6. Tilbudt antal ambulante samtaler første måned (n=206)



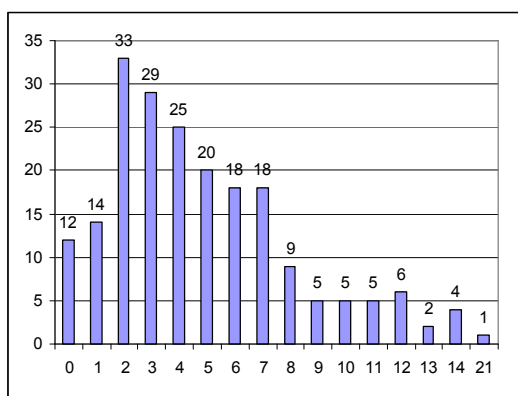
Figur 7. Modtog antal ambulante samtaler første måned (n=206)

Som det ses i figur 6 til venstre, får 69 af de 206 (33,4%) tilbudt to samtaler den første måned, de er i behandling, mens 31,2% får mindst en samtale om ugen (4-8 samtaler den første måned). I figur 7 til højre ses det, at 15 af klienterne slet ikke modtog nogen samtale den første måned. 44 af de 206 (21,4%) modtog mindst én samtale om ugen. Klienterne modtager altså betydeligt færre samtaler, end de får tilbudt.

I de næste to figurer ses det, hvor mange samtaler klienterne i ambulantly behandling fik tilbudt de første 3 måneder og hvor mange de modtog.



Figur 8. Tilbudt antal ambulante samtaler første 3 måneder (n=206)



Figur 9. Modtog antal ambulante samtaler første 3 måneder (n=206)

Som det ses i figur 9 til højre får 12 af klienterne slet ingen samtaler de tre første måneder (i hvert fald ikke samtaler der er registreret). Kun 13 af de 206 klienter (6%) får, hvad der svarer til en samtale om ugen

Også blandt klienterne i ambulans behandling ser vi en gradvis reduktion i samtaler måned for måned. Dette kan også i nogen grad forklares med, at nogle fra denne gruppe overgår til et mere intensivt behandlingstilbud (f.eks. dag eller døgn). Af de 206 klienter i ambulans behandling modtog 44 således et mere intensivt tilbud 2-5 måneder efter første kontakt. For 27 var der tale om døgnbehandling, for 10 om dagbehandling og for 7 om et mere intensivt ambulans behandlingstilbud.

Når ydelser analyseres, er det altså væsentligt at inddrage en fase to i behandlingen. Ofte vil nogle klienter således ret hurtigt (indenfor 2-5 måneder) skifte til et mere intensivt tilbud. Dette er i denne undersøgelse tilfældet for omkring 20% af de klienter, der får et lav-intensitetstilbud (ad hoc samtaler eller ambulans behandling). Man kan antageligt også betragte dette som udtryk for, at afklaringsfasen ikke var helt forbi, eller at man fik et lav-intensivt tilbud, så længe man ventede på at komme i den ønskede behandling. Måske har nogle klienter i denne periode heller ikke været specielt motiverede for samtaler, idet de blot ventede på det ”rigtige” tilbud kunne komme i gang.

Dagbehandling: 39 klienter (8,8%) får tilbudt dagbehandling (med eller uden metadon) indenfor den første måned af behandlingsforløbet. For 33 (7,4%) af disse er der antageligt tale om et egentligt stoffrit behandlingstilbud. Af de 33, der får tilbudt dagbehandling, har 12,1% opiatater som hovedstof, mens 81,8 har centralstimulerende stoffer og hash som hovedstof. Resten er uoplyste.

At skelne mellem, hvad klienterne fik tilbudt, og hvad de modtog, er ikke muligt, når der tales om dagbehandling. Ofte registreres tilstedeværelsen ikke, hvilket betyder, at et pålideligt billede af tilstedeværelse ikke kan gives.

Der ses ikke nogen stor ændring af andelen af klienter i dagbehandling i fase to. Indenfor 0-5 måneder efter første kontakt er det således 43, der er blevet registreret som værende i dagbehandling. Nogle af de første, der kom i dagbehandling, er gået videre til døgn (andre er udeblevet), mens nogle af dem, der tidligere fik ambulans behandling, nu er kommet i dagbehandling (n=8).

Stoffri døgnbehandling: 20 klienter (4,5%) får tilbudt stoffri døgnbehandling indenfor 1-2 måneder efter første kontakt. Hertil skal lægges de 16, der

er i afgiftning, hvilket stort set altid foregår i døgnregi (i to cases står der dog ambulant afgiftning). Under alle omstændigheder er det sædvanligvis indledningen til stoffri behandling. Altså i alt ca. 36 (8,1%) er i/på vej til stoffri døgnbehandling. Dette tal virker umiddelbart meget lille, men det skal her fremhæves, at det her gives som et tilbud indenfor ca. 1-2 måneder efter første kontakt. Igen tegnes der et noget andet billede, når fase to inddrages. Således er det nu 72 klienter, der indenfor ca. 0-5 måneder (enkelte over et halvt år) kommer i gang med et døgnophold. Nedenfor ses de institutioner, der er blevet anvendt.

Tabel 7. Anvendte døgnbehandlingsinstitutioner i case analysen

Afgiftningscenteret?	Marielundsvej	?	Svenstrupgaard	?
Alfa Fredensborg	Midtgården		Sæbyhus	
Betesda	Moesgård		Valhalla	
Bjørn Wain	?	Monbjerg	Vængegården	
Elmegården		Netværket		
Enghold	?	Nordgården	Majorgården	Alkohol
Freedom House		Opbygningsgården	Ringgården	Alkohol
Hjulsøgaard		Sct. Ols	Taarup	Alkohol
Højlykke		Shalom		
Klippen		Slusen	?	
Kongens Ø		Skovvang	?	
Kysten		Stop ung		
Lyngdal		Sundbogård		

3 af døgninstitutionerne er alkoholbehandlingsinstitutioner og derfor ikke med i DanRIS (de indrapporterer til NAB=Nationalt Alkohol-Behandlingsregister). 8 institutioner er markeret med et spørgsmålstegn. Dette er udtryk for, at institutionerne ikke er tilknyttet DanRIS, hvilket de ifølge bekendtgørelse nr. 413 af 03/06/2004 §49 skal være, hvis de modtager stofmisbrugere henvist fra det offentlige. I de fleste tilfælde er der tale om institutioner, der alene har til opgave at afgifte klienterne.

De 72 klienter, der indenfor ca. 0-5 måneder tilbydes døgnbehandling, svarer til 16,3% af de 443. Dette er ved hjælp af de nødvendige omregninger i overensstemmelse med oplysninger fra DanRIS³.

53,8% af de klienter, der kommer/er på vej i døgnbehandling, har heroin som hovedstof, 42,5% har centralstimulerende stoffer og hash som hovedstof, mens resten er uoplyst.

³ Ca. 13% af stofmisbrugere i behandling var ifølge DanRIS i døgnbehandling i 2005. Dette er af hele behandlingspopulationen. Andelen i døgnbehandling af nyindskrevne er noget større (også i Sundhedsstyrelsens tal). 16,3% er derfor et realistisk tal.

Metadon vedligeholdelse: 151 af de 443 (34,1%) nyindskrevne starter i metadonbehandling, her defineret som metadon-vedligeholdelse. Til dette knyttes forskellige grader af rådgivning eller mangel på samme. For 49 af de 151 er der ikke registreret nogen samtaler den første måned efter, de har påbegyndt behandlingen, hvilket altså betyder, at næsten hver tredje umiddelbart ikke får nogen rådgivning i sammenhæng med metadonbehandlingen. Nogle af disse får dog uden tvivl rådgivning/kontakt gennem et værested eller anden enhed, som ikke umiddelbart kan betragtes som en behandlingsenhed. Dette registreres sædvanligvis ikke og har nok mest karakter af her-og-nu støttende samtaler, som kommer nærmere omsorg end behandling. Andre er i aktivering, og enkelte udebliver efter et kort stykke tid i metadonbehandling (kommer ikke og henter deres metadon). Endelig skal nævnes, at en del metadonklienter slet ikke ønsker rådgivende samtaler. Hvor mange af de 49, der slet ikke får tilbudt noget, kan altså ikke afgøres, men det, de får tilbudt, er antagelig mere af støttende/omsorgsmæssig karakter end egentlig behandling.

Også for metadonklienterne kan der identificeres en mere intensiv fase to. Af de 49 klienter, der den første måned ikke fik (registrerede) samtaler, er 11 to-fem måneder efter nu kommet i en mere intensiv behandling (6 kommer i døgnbehandling, 1 i dagbehandling og 4 får mere intensiv ambulansbehandling). Af de 62, der fik metadon kombineret med ambulansbehandling, kommer 11 i døgnbehandling og 1 i dagbehandling indenfor de første 2-5 måneder efter behandlingens påbegyndelse. Af de 30, der fik metadon kombineret med ad hoc samtaler, kommer 3 i døgnbehandling og 1 i ambulansbehandling indenfor de første 2-5 måneder efter behandlingens påbegyndelse. Endelig – af de 6, der fik metadon kombineret med dagbehandling, kommer 1 i døgnbehandling de første 2-5 måneder efter behandlingens påbegyndelse.

Med andre ord: 21 af de 151 metadonklienter kommer i døgnbehandling 2-5 måneder efter behandlingens påbegyndelse. Man kunne måske kalde det en form for korttids-metadonbehandling, som ikke nødvendigvis var planlagt som egentlig afgang.

Stoffri behandling: Udover de 36, der startede i/var på vej til døgnbehandling (som vi antager alle skal i stoffri behandling, selvom der for enkelte kan være tale om stabilisering), er der også tale om stoffri behandling for de 33 i dagbehandling uden metadon. Målgrupperne for de to tilbud er forskellige, hvilket der vendes tilbage til. Dertil kommer de klienter, som får tilbudt ad hoc samtaler eller ambulansbehandling. Man kan til nød forestille sig 2 samtaler om ugen som et stoffrit behandlingsforløb, men 1 samtale om ugen eller mindre kan næppe betragtes som egentlig stoffri behandling.

Den ambulante stoffri behandling viser da også frem til et meget mere heterogent tilbud, som ikke mindst indeholder tilbagefaldsforebyggelse, korte tilbagefaldsbehandlinger, reduktion/kontrol af forbrug (som ikke nødvendigvis inkluderer ophør), særlige specialistsamtaler (psykolog, psykiater, læge), ikke sjældent en lav til mellem intensiv forberedelse til stoffri døgn/stoffri dagbehandling, og i enkelte tilfælde ser det ud, som om der er tale om forberedelse til metadonbehandling (eller videre afklaring i almindelighed). Den videre afklaring ses bl.a. hos klienter, der ikke ved, hvad de vil. Der ses også eksempler på, at klienterne bruger tilbudet som en generel støtte, og i enkelte tilfælde ser det ud til, der er tale om hjælp til at stoppe med tobaksrygning.

Ad hoc samtalerne og de ambulante samtaler uden tilknyttet substitution behandling kan altså ofte ikke bare defineres som stoffri behandling. Der er oftere tale om efterbehandling, tilbagefaldsforebyggelse, korte interventioner mod tilbagefald, forberedelse, yderligere afklaring med mere. Der til kommer dog også en del forsøg på at få kontrol over forbrug af hash og centralstimulerende stoffer. Dette kan måske betragtes som stoffri behandling. Behandling for centralstimulerende stoffer og hash med det formål at stoppe eller få kontrol over forbruget udgør ca. 50 af de 165 (31%) af dem, der får tilbudt ad hoc eller ambulante samtaler uden substitutionsbehandling.

Egentlig stoffri behandling som det første, der tilbydes – når ad hoc og ambulante behandling af hash og centralstimulerende stoffer med det formål at stoppe eller kontrollere forbruget tages med – udgør hermed 69 (døgn + dagbehandling) + ca. 50 = 119 klienter, hvilket svarer til ca. 27% af dem, der blev indskrevet fra juli 2005 til juli 2006.

Også her bør fase to (øget intensitet) inddrages. Døgn- og dagbehandlingsgruppen (den sidste uden metadon) tæller nu 72 + 28+1 i afgiftning. Hertil skal der lægges ca. 50, som modtager et ambulante stoffrit tilbud (ofte hash-kontrol). Tilsammen er det ca. 151, svarende til ca. 34%, som indenfor de første ca. 5 måneder kommer i en eller anden form for stoffri behandling.

Målgruppen for stoffri behandling i dag- eller ambulante regi er noget anderledes end for stoffri behandling i døgnregi. Således er det nu "kun" 12-16%, der har opiatater som hovedstof (i døgngruppen var det 53,8%), mens 70-80% har centralstimulerende stoffer, hash og et par enkelte med hallucinogener som hovedstof. Ofte ses det desuden, at klienterne i denne gruppe er inde i forskellige arbejdsforløb, herunder lærepladser.

I det næste afsnit er det afslutningen på behandlings- (eller visitations) forløbet, der skal være i fokus. Nogle af spørgsmålene, der vil blive besvaret er, hvor mange af dem, der udskrives, der defineres som færdigbehandlede, og hvor mange der udskrives, fordi de udebliver.

7.2 Afbrydelse/gennemførelse af behandlingen

Sædvanligvis angives en dato for klientens udskrivning, men det er ikke altid, den har været mulig at finde (selvom det er relativt sjældent). Antallet af klienter, der i det følgende angives som udskrevet, er derfor et minimumstal. Tallet er angiveligt en smule højere.

Klienterne er blevet fulgt fra indskrivning (mellem 1/7 2005 til 30/6 2006) og til 1/1 2007. Klienter, der er udskrevet mellem 1/7 2005 og 1/1 2007, inddrages derfor i den følgende analyse.

228 klienter svarende til 51,5% af de indskrevne er blevet udskrevet igen i ovenstående tidsrum (juli 2005 til og med december 2006). Enkelte nåede ikke rigtigt at komme i gang med den egentlige behandling, men der var registreret en kontakt/anmodningsdato, og de begyndte et visitationsforløb.

Udskrivningsårsagen falder generelt i følgende grupper:

- 1) Udeblivelse/manglende henvendelse.
- 2) Udskrevet mod givet råd/klienten vælger at afslutte behandlingen og lignende formuleringer.
- 3) Klienten er død.
- 4) Klienten er flyttet, udskrives til anden kommune, kommer i døgnbehandling (nogle udskriver til døgnbehandling, andre ikke) og lignende.
- 5) Klienten er færdigbehandlet, planmæssig udskrivelse og lignende.
- 6) Vides ikke.
- 7) Overgået til Kriminalforsorgen (sidder i fængsel).

Årsagen til, at de 228 er blevet udskrevet, ses nedenfor.

Tabel 8. Årsagen til udskrivelsen fordelt på mænd og kvinder

	Alle N=228	Mænd N=181	Kvinder N=47
Udeblivelse	52,2%	50,8%	57,4%
Udskrevet mod givet råd	10,5%	9,9%	12,8%
Død	2,6%	2,2%	4,3%
Overflyttet (psykiatri, kommune mm.)	11,4%	12,7%	6,4%
Færdigbehandlet	12,7%	12,7%	12,8%
Vides ikke eller andet	4,4%	4,4%	4,3%
Kriminalforsorgen/fængslet	6,1%	7,2%	2,1%

Umiddelbart er det overraskende, at kun 12,7% opnår at blive udskrevet som færdigbehandlede. Man skal dog være opmærksom på, at denne måde at opgøre afbrydelse/gennemførelse, som her praktiseres (fordi det her ikke kan gøres meget anderledes), giver et falsk negativt indtryk. Hvis vi f.eks. opgør antallet af afbrudte forløb for klienter indskrevet i døgnbehandling i 2006, så får vi (hvis det opgøres i 2007), at omkring 1/3 gennemfører. Dette skyldes, at de første, der forlader institutionen, er dem, der afbryder, hvilket vil sige, at alle de, der blev indskrevet i 2006 og stadig er der på opgørelsestidspunktet, ikke medregnes – og det er jo lige netop dem, der gennemfører. Dette problem kunne løses ved at have en længere evalueringssperiode eller anvende det, der hedder en beholdningsopgørelse. Begge har ikke været relevante i denne relativt korte evaluering.

En anden men ikke nødvendigvis modstridende fortolkning kunne være, at klienter i offentlig misbrugsbehandling måske ofte ikke afsluttes, før de selv afslutter eller i det mindste er indskrevet i meget lang tid. Hvis dette er tilfældet, kan man diskutere hensigtsmæssigheden i at bruge behandlingssystemet til en sådan opbevaring.

Hvis samtlige af de klienter, der stadig er indskrevet, gennemførte som planlagt, kunne 'færdigbehandlet' komme op på 55%. Det vil naturligvis ikke være tilfældet. Det skal derfor estimeres, at mellem 20-30% af klienterne i offentlig misbrugsbehandling udskrives som færdigbehandlet. Dette synes at passe meget godt med tallene i tabel 10 (kolonnen *andel udskrevet*).

Kategorien 'andet' dækker over enkelte, måske ikke helt problemfrie begrundelser for udskrivning. Én lyder "har ikke flere tilbud til ham", en anden "takker nej til et bestemt tilbud" og en tredje "ikke behandlingseget".

Hovedstof: For det første adskiller de opiatafhængige sig ved hyppigere at forblive i behandling (62,8% er stadig i behandling). For CSS-klienterne er

det 37,5%, der stadig er i behandling, mens det samme er tilfældet for 34,2% af hashklienterne.

Til gengæld har de opiatbrugere, der er blevet udskrevet en noget anden historie end CSS- og hashklienterne. Dette ses i tabel 9.

Tabel 9. Årsagen til udskrivelsen fordelt på hovedstof

	Alle N=228 Procent	Opiater N=81 Procent	CSS N=60 Procent	Hash N=74 Procent
Udeblivelse	52,2	49,4	50,0	56,8
Udskrevet mod givet råd	10,5	7,4	16,7	8,1
Død	2,6	4,9	0,0	1,4
Overflyttet (psykiatri, kommune mm.)	11,4	13,6	8,3	12,2
Færdigbehandlet	12,7	4,9	16,7	17,6
Vides ikke eller andet	4,4	6,2	5,0	2,7
Kriminalforsorgen/fængslet	6,1	13,6	3,3	1,4

* kun de 215, hvor der er oplysninger om ovenstående tre hovedstoffer, inddrages.

Opiatbrugere adskiller sig ikke mindst fra CSS- og hashbrugere ved hyppigere a) at blive overflyttet til fængsel, b) hyppigere at afgå ved døden og c) hyppigere ikke at blive færdigbehandlet. Ovenstående kunne dog også være et udtryk for, at opiatafhængige normalt ikke udskrives hurtigt (heller ikke planlagt), hvilket betyder, at de opiatbrugere, der har forladt behandlingen indenfor opgørelsesperioden, også er dem med de største problemer (mest kriminelle, vanskeligst at motivere, problematisk adfærd mm.)

Køn: 52,2% af de 90 deltagende kvinder er pr. 1/1 2007 udskrevet, mens det samme er tilfældet for 51,4% af mændene. Altså ingen forskel. Hvad derimod er interessant er, at 74,5% af kvinderne enten udskrives på grund af udeblivelse/mod givet råd, eller fordi de afgår ved døden. Det samme er tilfældet for 62,9% af mændene. Mændene overflyttes derimod hyppigere end kvinderne til anden kommune eller lignende (12,7% versus 6,4%) – ikke mindst overflyttes de hyppigere til Kriminalforsorgen (7,2% versus 2,1%). Til gengæld er andelen af mænd og kvinder, der færdigbehandles, den samme.

Alder: Som det ses i nedenstående tabel har flere af de yngre afsluttet behandlingen, end det er tilfældet for klienterne over 30 år. Således er det 60,5% af klienterne under 30, der har afsluttet behandlingen inden den 1/1 2007.

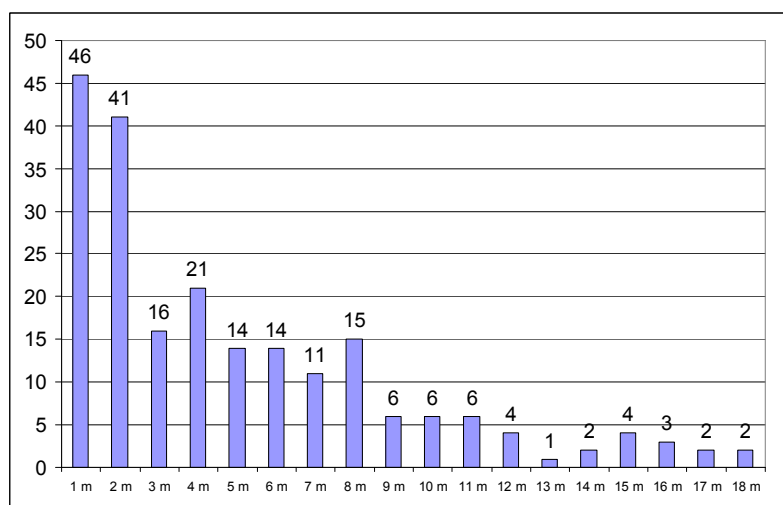
Tabel 10. Årsagen til udskrivelsen fordelt på aldersgrupper

	Alle N=228 Procent	<=29 år N=115	30-40 år N=57	>=40 år N=42
Andel udskrevet	51,5	60,5	41,9	46,2
Udeblivelse	52,2	50,4	59,6	45,2
Udskrevet mod givet råd	10,5	10,4	7,0	14,3
Død	2,6	0,9	3,5	7,1
Overflyttet (psykiatri, kommune mm.)	11,4	10,4	14,0	11,2
Færdigbehandlet	12,7	19,1	5,3	9,5
Vides ikke eller andet	4,4	5,2	3,5	2,4
Kriminalforsorgen/fængslet	6,1	3,5	7,0	9,5

Det ses også i tabellen, at jo ældre desto hyppigere overføres til Kriminalforsorgen/fængsel og desto hyppigere afgår klienterne ved døden. Til gengæld er der flere af de yngre, der er færdigbehandlede, men det skyldes antageligt, at flere af de ældre stadig er i behandling (og dem, der er det, gennemfører som nævnt oftere behandlingen).

7.3 Indskrivningslængde for udskrevne

Den gennemsnitlige indskrivningslængde for 214 udskrevne (der mangler oplysninger på 14 af de udskrevne) er på 138 dage, hvilket svarer til omkring 4,5 måned. Gennemsnittet siger ikke så meget i denne sammenhæng. I nedenstående histogram ses, hvor mange der indskrives i hvor mange dage.

**Figur 10. Indskrivningslængde for 214 ud af 228 udskrevne**

I histogrammet ses det, at 46 klienter blev indskrevet i mindre end 1 måned (0 - 34,4 dage), 41 var indskrevet mellem 1 og 2 måneder (30,4 – 60,6 dage), 16 mellem 2 og 3 måneder os. 2 blev først udskrevet efter ca. 18 måneder, hvilket her betyder, at de er blevet indskrevet i sommeren 2005 og udskrevet i december 2006.

Køn og alder betyder intet for indskrivningslængden. Umiddelbart kunne det heller ikke ses, at hovedstoffet havde nogen betydning for indskrivningslængde, men hertil knytter sig en teknisk spidsfindighed. Således havde de, der blev udskrevet i undersøgelsestidsrummet, ganske vist været indskrevet lige længe (uanset hovedstof), men som tidligere vist, var der langt flere, der havde opiat er som hovedstof, og som fortsat var indskrevet ved dataindsamlingens afslutning. Dette betyder, at når samtlige 443 er udskrevet, så vil det uden tvivl være opiatforbrugerne, der vil have flest indskrivningsdage. Her ikke mindst opiatbrugerne i metadonbehandling, idet det er denne behandlingsform, der er afgørende for indskrivningslængden. Dette skal vises i næste afsnit.

7.4 Tilbud og udskrivning

I den første tabel skal det vises, om der er nogen sammenhæng mellem tilbud og udskrivning. Dette ses nedenfor.

Tabel 11. Sammenhænge mellem tilbud og udskrivning

Start-tilbud	n	Udskrevet
Udeblevet, overtaget, død mm.	46	100%
Dag	33	67%
Ambulant	144	60%
Ad hoc	19	58%
Døgn	20	55%
Døgn + afgiftning	16	44%
Metadon uden andet	49	39%
Metadon + ambulant	62	26%
Metadon + ad hoc	34	18%
Metadon + dag	6	17%
Ingen notater	14	14%
	443	

Naturligvis er de, der udeblev, blev overtaget af andre mv., udskrevet. Derefter følger de, der startede med stoffri dagbehandling. Heraf er 67% blevet udskrevet den 1/1 2007. 60% af dem, der startede med ambulant behandling, som ikke blev kombineret med substitutionspræparat, var blevet ud-

skrevet osv. Det mest iøjnefaldende og nok ikke særligt overraskende er, at de, der udskrives færrest af i undersøgelsesperioden, er klienter i metadonbehandling – ikke mindst de klienter, der er i metadonbehandling kombineret med ad hoc samtaler, ambulans eller dagbehandling. Årsagen til, at opiatbrugere forbliver indskrevet, er derfor antageligt hverken alder, køn og heller ikke heroinen i sig selv (som sædvanligvis er deres hovedstof), men derimod at de er kommet i behandling med metadon, og at denne behandling ikke opretholdes, hvis de forlader behandlingen. Dette kan der gives et konkret eksempel på. Således er 63% af de opiatbrugere, der ikke får metadon ved indskrivningen, blevet udskrevet, mens det er 29% af opiatbrugere, der får metadon, som er blevet udskrevet. Dette uanset alder. Metadon fastholder med andre ord klienterne i behandling. Her kan tilføjes, at af de opiatbrugere, der ikke kommer i metadonbehandling, og som er blevet udskrevet, er det kun 3%, som registreres som færdigbehandlet.

Et underligt fænomen er, at af de 14, hvor der ikke er nogle notater, er kun udskrevet 14% (n=2). Dette skyldes, at der udover manglende notering af kontaktdato og samtaler, ofte heller ikke er nogen registrering af udskrivning. Man kan altså ikke bruge de få oplysninger, der er om disse klienter til ret meget.

Tabel 12. Udskrivningsårsag og start-tilbud

	Antal	Procent	Udebliver	Udskrevet mod råd	Død	Overflyttet	Færdigbehandlet	Andet ³	Krim. forsorg
Fravær mm.* ¹	46	100%	65%	9%	2%	9%	0%	7%	9%
Ad hoc	19	58%	32%	0%	5%	5%	5%	0%	11%
Ambulant	144	60%	28%	8%	0%	6%	15%	1%	1%
Dag	33	64%	42%	12%	0%	3%	6%	0%	0%
Døgn	20	55%	20%	15%	5%	10%	0%	5%	0%
Afgiftning	16	44%	38%	0%	0%	6%	0%	0%	0%
Metadon u. samtaler	49	41%	20%	2%	4%	4%	4%	2%	4%
MV ² + ambulant	62	26%	6%	0%	2%	10%	2%	0%	6%
MV + ad hoc	34	18%	9%	0%	0%	0%	0%	9%	0%
MV + dag	6	17%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intet notat	14	14%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%
Alle	443								

¹ Med fravær refererer til udeblivelser, og at andre overtager sagen.

² MV = metadon vedligeholdelse.

³ Andet inkluderer også 'ved ikke'.

Tabellen skal læses som følger: Ved start fra venstre ses det, at 46 af de 443, der deltager i undersøgelsen, placeres i kategorien 'fravær' (udebliver eller sagen overtages af andre). 100% af disse er ikke overraskende blevet

udskrevet 1/1 2007. 65% af de 46 udebliver, 9% udskrives mod givet råd med videre.

Enkelte tal skal fremhæves: Af de 49, der tilbydes metadon, men som ikke modtager nogle samtaler den første måned af behandlingsforløbet, udskrives 41%, og 20% af de 49 udebliver fra behandlingen. Dette er umiddelbart betydeligt mere end hos de metadon-modtagere, som samtidig modtager samtaler den første måned af behandlingsforløbet. Noget kunne dermed tyde på, at det er vigtigt (og jo også påbudt) at tilbyde samtaler til klienter i metadonbehandling for at kunne fastholde dem i behandling (hvilket er i overensstemmelse med de resultater, der blev fundet i Metadonprojektet, se Pedersen 2005 og Asmussen og Kolind 2005).

Et andet resultat er, at de klienter, der tilbydes de mest intensive forløb (dag- og døgnbehandling), ikke overflyttes til Kriminalforsorgen/fængsel. Dette kunne indikere, at de er inde i forløb, hvor de illegale aktiviteter reduceres (eller ophører).

Endelig skal nævnes, at heller ikke de klienter, der kommer i døgnbehandling, i særlig grad udebliver fra behandlingen. Nogle overflyttes, men dette er udtryk for den praksis, hvor behandlingscentrene udskriver klienten til privat stoffri døgnbehandling.

7.5 Findes der nogen sammenhæng mellem de ydelser, der tilbydes, og overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav?

Der findes ikke umiddelbart nogen entydig sammenhæng mellem de psykosociale ydelser, der tilbydes og overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav. Dog findes der en interessant forskel i overholdelse af behandlingsgarantien mellem på den ene side dem, der kommer i metadonbehandling, samtidig med de får ad hoc samtaler eller ambulante behandling, og på den anden side dem, der alene får ad hoc samtaler eller ambulante behandling (altså uden metadon). For den første gruppe (metadon-gruppen) overholdes behandlingsgarantien for 75% af klienternes vedkommende (n=93), mens den for den anden gruppe overholdes for 41% vedkommende (n=155).

For de klienter, der fik tilbudt dag- eller døgnbehandling, blev garantien overholdt for 57% af klienternes vedkommende (n=54). Det er altså metadonklienterne, der kommer hurtigst i behandling. Når disse fratrækkes, er der en tendens til, at de, der kommer hurtigst i behandling, er dem, der får det mest intensive tilbud. Dette udfordrer antagelsen om, at overholdelse af garantiens 14-dages krav svækker behandlingstilbudets kvalitet.

7.6 Sammenfatning

I dette afsnit er der blevet præsenteret en række resultater, som har haft fokus på tiden efter visitationsprocessen – altså selve behandlingsforløbet. I første omgang kan resultaterne sammenfattes, som vist i nedenstående tabel.

Tabel 13. Udvikling i behandlingsintensiteten

Tilbud	Første 2 måneder	2 til ca. 5 måneder
1. Afsluttet: Udebliver, overdraget m.m.	13,5%	25,5%
2. Ad hoc	12,0%	9,3%
3. Ambulant	46,5%	34,1%
4. Dag	8,8%	7,2%
5. Døgn/afgiftning	8,1%	16,5%
6. Metadon uden registrerede samtaler	11,1%	7,4%
7. Stoffri behandling	Ca. 27%	Ca. 34%
8. Metadon (ikke umiddelbart defineret som afgiftning)	34,1%	25,5%

OBS! 1 til 6 giver 100%. Stoffri behandling og metadonbehandling er trukket ud af 1-6.

Man kan sige, at behandlingsintensiteten udvikles i to modsatrettede retninger. På den ene side reduceres intensiteten for en større gruppe af klienterne – nemlig for dem, der ophører med behandlingen før planlagt, og som får meget korte forløb. Den gruppe vokser. På den anden side vokser også den gruppe, for hvem behandlingen intensiveres. Det er den gruppe, som forbliver i behandlingen. Ikke mindst kommer flere af dem, der tidligere fik ad hoc og ambulante samtaler, i stoffri døgnbehandling, hvilket kan være udtryk for, at visitatorer har skønnet, at der var brug for en lidt længere afklaringsproces end de 14 dage, der kræves i behandlingsgarantien. I mellemtiden er der så givet et andet tilbud af mindre intensiv karakter.

Samtidig må det konstateres, at mere end hver 42,2% (1,2 og 6) af de 443, der deltager i undersøgelsen enten udebliver, overdrages til andre eller lignende indenfor to måneder efter behandlingens start og/eller højst får tilbudt 1 samtale om måneden (nogle betydeligt færre). 34,1% får ambulant behandling, hvilket svarer til højst 2 samtaler om ugen. 2 samtaler om ugen tilbydes dog de færreste – hyppigst er det 2-3 samtaler om måneden. Antallet af samtaler for denne gruppe ser desuden ud til at blive reduceret over tid (over en 3 måneders periode). Tilbage er der 23,7%, som i løbet af de første 5 måneder påbegynder en mere intensiv behandling (dag eller døgn). Følgende fordeling kan hermed opstilles.

Ingenting eller lav intensitet	42,2%
Mellem intensitet	34,1%
Høj intensitet	23,7%

Ganske vist er det ca. 34%, der indenfor de første 5 måneder kommer i stoffri behandling, men kun for 23,7% er der tale om en mere intensiv stoffri behandling (dag eller døgnbehandling). Det skal her fremhæves, at der i ovenstående er tale om antal tilbudte samtaler. Hvis det er de samtaler, der reelt modtages, der regnes ud fra, så består kategorien 'ingenting eller lav intensitet' af over 50% af klienterne.

I dette afsnit er det også blevet vist, at ét er, hvad der er blevet tilbudt, men noget andet, hvad der egentlig er blevet modtaget. Således ser det ud til, at der modtages betydeligt mindre, end der bliver tilbudt. Således fik 53 klienter tilbudt én samtale den første måned af behandlingsforløbet (ad hoc samtaler), men 13 udeblev fra denne ene samtale. Det samme billede ses i den ambulante behandling. De 206 klienter, der fik dette tilbud som start-tilbud, fik tilbudt i gennemsnit 3,4 samtaler den første måned, men de modtog i gennemsnit 2,5 samtaler.

228 af de 443 klienter udskrives imellem 1/7 2005 og 1/1 2007 (52%). De, der hurtigst udskrives, er de klienter, som *ikke* er i substitutionsbehandling, altså typisk klienter der som hovedstof har centralstimulerende stoffer og/eller hash. Der er flere opiatafhængige blandt de ældre, og derfor ser det også ud til, at ældre forbliver indskrevet i længere tid, men det skyldes tilsyneladende alene, at der her er en overvægt af metadonmodtagere. I det hele taget synes det at være substitutionsbehandlingen, der fastholder klienterne i behandling. Blandt metadonmodtagerne synes dog også rådgivende/støttende samtaler at være væsentlige for fastholdelse.

74,5% af de 47 udskrevne kvinder er udskrevet enten på grund af udeblivelse/mod givet råd, eller fordi de er afgået ved døden. Det samme er tilfældet for 62,9% af mændene. Mændene overflyttes derimod hyppigere end kvinderne til anden kommune eller lignende (12,7% versus 6,4%) – ikke mindst overflyttes de hyppigere til Kriminalforsorgen (7,2% versus 2,1%). Til gengæld er andelen af mænd og kvinder, der færdigbehandles, den samme.

Mellem 20-30% af de 443, der deltager i undersøgelsen, vil blive udskrevet med betegnelsen færdigbehandlet. De resterende enten udebliver, dør, overflyttes til anden behandlingsinstans, overføres til Kriminalforsorgen eller lignende.

Den gennemsnitlige indskrivningslængde for 214 udskrevne (der mangler oplysninger på 14 af de udskrevne) er på 138 dage. Dette tal vil antageligt blive højere, idet de 48%, der endnu ikke er udskrevet, uden tvivl vil øge den gennemsnitlige indskrivningslængde betydeligt.

Endelig synes overholdelse af behandlingsgarantiens 14-dages krav ikke at forringe intensiteten af det tilbud, der gives. Dette udfordrer antagelsen om, at overholdelse af garantiens 14-dages krav svækker behandlingstilbudets kvalitet.

8. SOCIALE OG AKTIVERENDE YDELSER

Der er registreret forskellige sociale og aktiverende ydelser for 36 klienters vedkommende, svarende til 8,1%. Ofte fremgår der ikke nogen dato, og de oplysninger, der findes om ydelsen, kan være vanskelig at definere. Nedenfor ses de sociale og aktiverende ydelser, som kunne identificeres i denne undersøgelse.

Tabel 14. Sociale og aktiverende ydelser

Værested	Fred & forsoning	Gadeholdet
Aktivering	Blå Kors	Sundhedsprojekt
Aktiveringskursus	Guldregnen	Skovvang
Kursus	Hjørnely	Daltoftsminde
Dagtilbuddet	Broen	Svenstrupgård
Halvvejshus	Kvindely	Susågården
Udslusningshus	Marielundsvej	Kanalgården
Pensionatet	Mindegade 11	Lundebo
Forsorgshjem	'Bilen'	

Uden at have kendskab til alle disse benævnelser ser der ud til at være tale om a) arbejdsmarkeds- og beskæftigelsesorienterede ydelser, b) væresteder, c) forskellige støttende boligformer (halvvejshus, udslusningshus..), d) op-søgende ydelser (gadeholdet) og e) forsorgshjem.

De, der får tilbudt sociale eller aktiverende ydelser, er signifikant ældre end dem, der ikke får tilbudt sådanne ydelser (34,9 år versus 31,7 år. Der ses ingen signifikant forskel mellem kvinder og mænd.

77,8% af dem, der får tilbudt sociale eller aktiverende ydelser, har opiater som hovedstof (det var 48,5% af de 443, der havde opiater som hovedstof). Forskellen er signifikant.

61,1% af dem, der får tilbudt sociale eller aktiverende ydelser, kommer hurtigt i metadonbehandling, mens dette er tilfældet for 31,7% af dem, der ikke får tilbudt sådanne ydelser.

Endelig er 30,5% af dem, der får tilbudt sociale eller aktiverende ydelser, stadig indskrevet i behandling 1/1 2007, mens dette er tilfældet for 53,3% af dem, der ikke får tilbudt sådanne ydelser.

Man må altså konkludere, at de, der får tilbudt sociale eller aktiverende ydelser, er ældre, oftere opiat(heroin)-brugere, hyppigere i metadonbehand-

ling og er indskrevet længere tid (det sidste antageligt fordi de er i metadonbehandling).

9. BILAG

Bilag 1. Emner i interviewguiden

Første kontakt

- Hvad sker der fra man henvender sig i misbrugsbehandling til man visiteres til behandlingstilbud?:
 - Hvor og hvem henvender man sig til?
 - Hvem registrer den første anmodning og hvordan?
 - Hvem laver de første samtaler (stilling, faglig baggrund, etc.)?
 - Hvordan registreres disse samtaler?
 - Er der former for samtaler I ikke registrerer?
- Hvor mange samtaler er der typisk fra første kontakt til man visiteres til behandling?
- Hvilke årsager kan der være til at behandlingsgarantien overskrides (klienten dukker ikke op, manglende ressourcer, måden behandlingstilbudene er struktureret på, etc.)?
- Er de 14 dages behandlingsgaranti realistiske?
- Hvad er de gode og hvad er de dårlige effekter af behandlingsgarantien?

Visitation

- Er visitationssamtalerne, der udreder klientens behov for behandling, systematiseret med brug af udredningsværktøjer (fx ASI eller lign.)?
- Hvordan involveres klienten og vedkommendes ønsker for behandling?
- Hvem tager beslutning om, hvilke(t) tilbud klienten skal visiteres til (fx klientkonference, enkelte sagsbehandlere, el. lign.)?
- Hvilke kriterier arbejder I med i forhold til at sende klienter i hhv. ambulans substitutionbehandling, ambulans stoffribehandling, døgnbehandling?
- Hvad forstå I ved behandlingsgaranti?

Tilbudsvifte

- Hvilke typer af behandlings- eller andre former for indsatser tilbyder I klienter?
- Hvad forstå I ved behandling/behandlingstilbud?
- Er der nogle af jeres tilbud I ikke forstå som behandlingstilbud?
- Hvilke standardiserede typer af klienter opererer I med (i forhold til de forskellige behandlingstilbud)?
- Er der grænser for hvor mange I sender i døgnbehandling?

Angående behandlingsgarantien

- Hvordan sikrer I jer at behandlingsgarantien overholdes?
- Hvordan registrerer medarbejderne når behandlingsgarantien overholdes/ikke overholdes?
- I hvor høj grad overskrides behandlingsgarantien?

Bilag 2. Behandlingsgarantien: Paragraf 85 i serviceloven

Kapitel 16

Behandling m.v.

§ 85. Amtskommunen sørger for tilbud om be-handling af stofmisbrugere.

Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes se-nest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde.

Stk. 4. En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1.

Stk. 5. Fristen efter stk. 2 kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud end det, amtskommunen har visiteret til efter stk. 1.

Stk. 6. Retten til at vælge efter stk. 4 kan begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor.

Bilag 3. VBGS (Venteliste BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere)

Lovgrundlag.

Med lov nr. 1070 af 17. december 2002 om ændring af lov om social service (Garanti for social behandling for stofmisbrug) – L 37, vedtaget den 11. december 2002 – er det i servicelovens § 85 fastsat, at amtskommunen får en pligt til at iværksætte social behandling for stofmisbrug inden for en frist på 14 dage efter misbrugerens henvendelse til amtskommunen med ønske om at komme i behandling. Samtidig får stofmisbrugeren en ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, amtskommunen har visiteret til.

Behandlingsgaranti

Inden for tidsfristen på 14 dage skal der ske en nærmere udredning i tæt samarbejde med stofmisbrugeren. Amtskommunens behandlingstilrettelæggelse skal koordineres med den kommunale handleplan i henhold til servicelovens § 111 med henblik på at tilvejebringe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Er det ikke muligt at foretage en faglig udredning af sagen inden for 14 dage, må dette skrives ind i handleplanen, således at planen indeholder en så realistisk beskrivelse som muligt af rammerne, omfanget, tidshorizonten m.m. for den indsats, der er brug for.

Hvis amtskommunen ikke kan iværksætte det besluttede behandlingsforløb på amtets egne behandlingstilbud eller på de godkendte, private behandlingssteder, amtskommunen sædvanligvis benytter, er amtskommunen forpligtet til at sørge for, at stofmisbrugeren kan blive indskrevet i et andet offentligt eller godkendt behandlingstilbud, der kan realisere det besluttede behandlingsforløb indenfor den fastsatte frist på 14 dage fra henvendelsen.

Fristen for tilbud inden for 14 dage gælder kun i forhold til de af amtskommunen givne tilbud. Vælger stofmisbrugeren at blive behandlet i et andet godkendt behandlingstilbud, vil det ikke altid være muligt for amtskommunen at iværksætte en behandling inden for fristen. Der vil kunne være ventetid til andre ønskede behandlingstilbud, som amtskommunen ikke har indflydelse på.

Amtskommunen kan informere om behandlingsmuligheder, der kan udgøre alternativer til den behandling, amtskommunen tilbyder, jf. bemærkningerne til lovforslaget.

Det frie valg

Efter loven er der indført ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og private behandlingstilbud, godkendt efter servicelovens § 94 a, af tilsvarende karakter som det, amtskommunen har visiteret til.

Der vil derfor ikke være frit valg mellem døgn- og dagbehandling, og det vil heller ikke nødvendigvis være alle godkendte behandlingssteder, som er relevante for det planlagte behandlingsforløb.

Private dagtilbud er ikke omfattet af kravet om godkendelse i servicelovens § 94 a og således ikke omfattet af retten til frit valg. Er der visiteret til ambulante behandling vil stofmisbrugeren kun kunne vælge at blive behandlet på et andet offentligt ambulante tilbud.

Retten til at vælge kan begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor.

Unge under 18 år

Ved ændring af servicelovens § 85 i efteråret 2005, jf. Bekendtgørelse nr. 776 af 11. august 2005 er unge stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde omfattet af behandlingsgarantien.

Det er amtskommunen, der foretager den faglige vurdering af, om den unges problemer er så alvorlige, at der skal iværksættes et tilbud inden for 14 dage, jf. bekg. § 1 stk. 5.

Den sociale behandlingsgaranti gælder kun i særlige tilfælde, hvor stofmisbrugeren har udviklet sig sådan, at den unge ikke længere kan modtage den almindelige støtte efter reglerne for børn og unge i lovens kapitel 8, førend der er sat en social behandling i gang i forhold til stofmisbrugsproblemet, jf. bekg. § 2 stk. 2.

Formål og forudsætninger

Formålet med bestemmelsen er at nedbringe de eksisterende ventetider og ventelister til social behandling for stofmisbrug og at åbne op for muligheden for frit valg ved at indføre en ret for stofmisbrugeren til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud.

Indførelse af en behandlingsgaranti for stofmisbrugsbehandling indgik i aftalen om udmøntningen af satsreguleringspuljen for 2002, hvor det aftaltes, at regeringen vil drøfte finansieringen med satspuljepartierne i efteråret 2002. Spørgsmålet om finansiering af behandlingsgarantien indgik endvidere i forhandlingerne mellem regeringen og amtskommunerne om amternes økonomi for 2003.

Indførelsen af behandlingsgarantien skønnedes at medføre et behov for oprettelse af døgnbehandlingspladser til yderligere 100 personer om året og dagbehandlingspladser til yderligere 300 personer pr. år samt udgifter til blandt andet medgifter forbundet med at tilrettelægge mere effektive sagsbehandlingsprocedurer for at kunne nedsætte sagsbehandlingstiden.

DUT af behandlingsgarantien resulterede i følgende kompensation af amter og kommuner:

	2003	2004	2005	2006
Forslag i alt (mio. kr.)	109,6	141,2	99,3	99,3
amter	- 105,1	136,7	95,8	95,8
- kommuner	4,5	4,5	3,5	3,5

Regnskabstallene for behandling af stofmisbrugere (mio. kr. og løbende pl)

	2003	2004
Kommunal udgift (mio. kr.)	647,2	725,8
Stigning i forhold til året før (mio. kr.)	38,8	78,6
Andel af kompensationen brugt (pct.)	35,4	55,7

Status – særlige problemområder

Ordningen har fungeret siden 1. januar 2003.

For at følge udviklingen i ventetid, antal visiterede m.v. har Amtsrådsforeningen løbende indsamlet oplysninger på området.

Siden januar 2003 har Amtsrådsforeningen udelukkende indhentet oplysninger om ventetider og om hvor mange personer, der har ønsket at modtage behandling et andet sted, end det af amtet anviste. Opgørelsen over ventetider vedrører perioden januar 2003 til oktober 2004.

Oplysninger vedrørende antallet af visiterede til dag- eller døgnbehandling samt hvor stor en andel af de visiterede, der ikke tidligere har været i behandling, indsamles i dag af Sundhedsstyrelsen via styrelsens stofmisbrugsregister.

Bilag 4. Vejledning til indberetning til VBGS

Der skal indberettes for alle stofmisbrugere *under* 18 år, der er omfattet af behandlingsgarantien efter SEL § 85, samt *alle* stofmisbrugere, hvor behandlingsgarantien ikke overholdes.

Det vil sige, at der ønskes oplysninger for følgende grupper:

Under 18 år: alle stofmisbrugere, der er omfattet af behandlingsgarantien.

18 år og derover: kun stofmisbrugere, hvor behandlingsgarantien på 14. dage er overskredet.

Er stofmisbrugeren mindst 18 år og er behandlingsgarantien overholdt skal der derfor *ikke* foretages en indberetning.

Behandlingsgarantien er overskredet, hvis der er gået mere end 14. dage fra første henvendelse og til en behandling er iværksat. Har stofmisbrugeren eks. henvendt sig den 1. i måneden og er behandlingen gået i gang den 16. i måneden er garantien således overskredet.

Oplysninger skal kun indberettes for de personer, som myndigheden har visitationsansvaret for. Der skal ikke indberettes for personer, der af andre amtskommunale myndigheder er henvist til behandling i amtet.

Indberetningsfrister

Indberetningen for en given måned skal senest foretages den 20. i efterfølgende måned, eksempelvis den 20. februar for sager vedrørende januar måned.

Første henvendelse

Datoen for første henvendelse skal betragtes som den dato, hvor klienten første gang henvendte sig med ønske om behandling hvad enten dette foregik:

- telefonisk , eller
- fysisk

Det er således *ikke* datoen for første samtale, såfremt der tidl. har været eksempelvis telefonisk eller anden henvendelse.

Der er også tale om første henvendelse, hvis stofmisbrugeren tidligere har været behandlet og behandlingsforløbet blev afsluttet.

Hvis stofmisbrugeren har henvendt sig anonymt og først senere er blevet registreret (eksempelvis ved første samtale) er datoen for første henvendelse den dato, hvor stofmisbrugeren henvendte sig første gang som anonym.

Også for de unge under 18 år, der er omfattet af behandlingsgarantien og hvor der skal indhentes samtykkeerklæring gælder det, at første henvendelse er den dato hvor kommunen, forældre eller den unge selv henvender sig med ønske om behandling.

Iværksættelse af behandling

Kræver en udredning og en visitationsbeslutning. Med andre ord et struktureret tilbud. Stofmisbrugeren er således ikke i behandling så snart første samtale er gennemført.

Datoen for iværksættelse af behandling kan tidligst være dagen efter at evt. tidligere behandling er afsluttet.

Hvis en borger er i et behandlingsforløb, der starter med ambulante behandling men senere ændres til døgnbehandling, så er det i forhold til behandlingsgarantien alene afgørende, hvornår den første behandling påbegyndes. Det er således ikke afgørende, hvornår der visiteres til døgnbehandling og hvornår denne påbegyndes, når blot den indgår i et samlet behandlingsforløb.

For unge under 18 år gælder det, at en behandling ikke kan iværksættes før der er indhentet samtykkeerklæring fra forældre og den unge selv, hvis denne er over 15 år.

Alder

Der skal indberettes for alle aldersgrupper, dvs. både under 18-årige og over 18-årige personer. Se ovenover for hvilke indberetninger, der ønskes foretaget fra de to grupper

Tidligere i behandling

Tidligere indskrevet til behandling for stofmisbrug. Her omfattes både behandling på amtslige institutioner og hos praktiserende læge, hospital, private institutioner, fængsel, udlandet mv.

Dette betyder også, at stofmisbrugsbehandling før 1996, hvor misbrugsbehandlingen foregik via praktiserende læger, skal tælles med som tidligere behandling.

Alle former for behandlingstilbud skal medregnes som tidligere behandling, så længe det er tale om en behandling for stofmisbrug. Dette betyder at både metadonbehandling såvel som stoffri behandling skal medregnes.

Der har ikke været en tidligere behandling, hvis klienten oplyser *ikke* at have været tidligere i behandling. Hvis klienten ikke *vil* oplyse, hvorvidt vedkommende har været i tidligere behandling eller det af anden årsag ikke har været muligt at få afklaret forholdene er spørgsmålet uoplyst.

Under tidligere behandling skelnes ikke mellem dag/ambulant og døgntilbud. Alle former for tidligere behandling regnes under ét.

Behandling for alkoholmisbrug tæller ikke med.

Begrundelser for overskridelse af behandlingsgarantien

Under årsager til overskridelse af behandlingsgaranti kan man angive følgende begrundelser.

Kapacitetsproblemer

Behandlingsgarantien overskrides, da amtet på henvendelsestidspunktet ikke har ledige pladser med tilbud om behandling for stofmisbrug.

Frit valg

Behandlingsgarantien overskrides, da klienten har ønsket at benytte et andet behandlingstilbud end det af amtet visiterede, og der kan derfor forekomme ventetider, som amtet ikke har indflydelse på.

Klienten udeblev

Behandlingsgarantien overskrides da klienten ikke møder op eller er forhindret i at møde op inden for 14 dage efter første henvendelse til et aftalt møde, en aftalt samtale eller en aftalt påbegyndelse af et behandlingsforløb.

Samtykkeerklæring

Behandlingsgarantien overskrides, da der før behandlingen af den unge under 18 år kan iværksættes, skal indhentes samtykkeerklæringer fra forældre og evt. den unge selv, som kan forsinke processen uden amtets indflydelse.

Andet

Ingen af ovenstående kategorier for begrundelse.

Bilag 5. Notatpligten

Jfr. offentlighedslovens § 6, stk. 1 (lov nr. 572 af 19/12/1985).

Offentlighedslovens § 6, stk. 1, indeholder en bestemmelse om notatpligt, der lyder således:

”§ 6. I sager, hvor der vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed, skal en myndighed, der mundtligt modtager oplysninger vedrørende en sags faktiske omstændigheder, der er af betydning for sagens afgørelse, eller som på anden måde er bekendt med sådanne oplysninger, gøre notat om indholdet af oplysningerne. Det gælder dog ikke, såfremt oplysningerne i øvrigt fremgår af sagens dokumenter.”

Se <http://www.folketinget.dk/samling/20051>

Notatpligten (vejledningen). Se <http://www.cfje.dk>.

Den offentlige forvaltning indhenter ofte mundtlige oplysninger som grundlag for sine afgørelser. Denne fremgangsmåde kan betyde en hurtigere og enklere sagsbehandling, og dens anvendelse bør ikke søges begrænset. På den anden side er det vigtigt, at adgangen for offentligheden eller parterne i en forvaltningssag til at få oplysninger ikke udelukkes ved, at myndigheden anvender denne fremgangsmåde. Det er ligeledes af betydning for forvaltningsmyndigheden selv, at det senere vil være muligt at konstatere, hvilke faktiske oplysninger der indgik i beslutningsgrundlaget, f.eks. når sagen er blevet anket, eller når det i øvrigt må overvejes, om en sag er blevet behandlet korrekt. I overensstemmelse hermed er det i offentlighedslovens § 6 fastsat, at oplysninger vedrørende en sags faktiske omstændigheder, der er af betydning for sagens afgørelse, og som mundtligt, herunder telefonisk, meddeles en myndighed, skal noteres ned på en sådan måde, at oplysningerne kan meddeles i overensstemmelse med lovens almindelige regler.

Notatpligten gælder kun i sager, hvor der efter sagens karakter skal træffes afgørelse af en forvaltningsmyndighed (afgørelsessager). Den gælder derimod ikke for den del af forvaltningens virksomhed, hvor der ikke skal træffes »afgørelse« f.eks. i forbindelse med vejledning og rådgivning eller anden faktisk forvaltningsvirksomhed. Det er uden betydning for notatpligten, om der rent faktisk træffes en afgørelse, eller om sagen henlægges, uden at der er truffet en realitetsafgørelse.

Notatpligtens udstrækning er ikke i første række afhængig af, om en oplysning efter sit indhold må karakteriseres som faktisk eller ej, men beror i højere grad på, hvilken funktion oplysningen har i myndighedens sagsbehandling. Afgørende for, om en oplysning skal noteres, er, om oplysningen er af en sådan karakter, at den bidrager til at supplere sagens bevismæssige grundlag eller i øvrigt tilvejebringes for at skabe klarhed med hensyn til sagens faktiske omstændigheder. Den omfatter således i første række oplysninger om gjorte iagttagelser, resultatet af foretagne målinger og andre undersøgelser, fastslåede oplysninger om økonomiske forhold, f.eks. størrelsen af socialindkomst eller skattepligtig indkomst o.lign. Notatpligten vil imidlertid også kunne omfatte oplysninger, der indeholder en subjektivt præget stillingtagen til et forhold, for så vidt vurderingen er af betydning for den administrative bevisoptagelse, f.eks. hvor der udefra er indhentet en sagkyndig erklæring, som også vurderer betydningen af forskellige oplysninger om faktiske forhold. Tilkendegivelse af standpunkter, argumenter eller vurderinger med hensyn til en sags afgørelse vil derimod ikke være omfattet af notatpligten. Det samme gælder oplysninger om indholdet af gældende ret.

Det er vigtigt, at oplysningen noteres snarest muligt for at sikre, at gengivelsen bliver så nøjagtig som muligt.

Det følger ikke af bestemmelsen om notatpligt, at oplysningerne ved modtagelsen skal nedskrives i et særligt dokument. Der vil som hidtil kunne gøres notat om oplysningerne i den pågældende forvaltningsmyndigheds interne arbejdsmateriale, f.eks. referatark og lignende, herunder elektronisk notering i dataanlæg. I sådanne tilfælde må der blot, hvis der senere fremsættes en begæring om aktindsigt, gives aktindsigt i referatarket eller udfærdiges en ekstrakt, som gengiver oplysninger vedrørende de af sagens faktiske omstændigheder, der er af væsentlig betydning for sagens afgørelse, og som er modtaget på denne måde.

Notatpligten gælder alle oplysninger vedrørende en sags faktiske omstændigheder, der ikke allerede fremgår af sagens dokumenter, uanset på hvilken måde oplysningerne er tilgået sagen. Notatpligten vil således også kunne omfatte oplysninger, der udveksles mundtligt inden for samme myndighed, f.eks. mellem ansatte eller oplysninger, der fremkommer under møder i kommunalbestyrelsen, i de kommunale udvalg eller i andre kollegiale organer. Også oplysninger, der hidrører fra andre af myndighedens sager eller fra registre, skal noteres på sagen, eventuelt i form af en henvisning.

Endelig medfører bestemmelsen om notatpligt, at en myndighed må gøre notat om indholdet af materiale, der er indgået i sagen, men som senere udleveres eller tilbageleveres, uden at der tages kopi, til privatpersoner eller organisationer m.v., som ikke er forpligtet til at opbevare og fremsende materialet påny.

I anledning af gennemførelsen af den tilsvarende bestemmelse i partsoffentlighedslovens § 5 og i § 4 i offentlighedsloven af 1970 blev der i en række styrelser fremstillet særlige ark, hvis farve adskiller sig fra de sædvanlige anvendte referatark. I forbindelse hermed blev det ved interne kontorcirculærer foreskrevet, at oplysninger som nævnt i § 6 altid skulle noteres på disse ark i stedet for på referatark. Denne fremgangsmåde kan undertiden være hensigtsmæssig også med henblik på offentlighedslovens § 6. Den giver en betydelig sikkerhed mod fejlekspeditioner, foruden at den sparer tid og arbejde med i påkommende tilfælde at gennemgå det interne arbejdsmateriale for at undersøge, om det indeholder oplysninger, der skal ekstraheres. Værdien afhænger naturligvis af, i hvor mange tilfælde myndigheden anmodes om at give aktindsigt til parter og til offentligheden. Hvis oplysningerne på denne måde noteres i et særskilt dokument, vil dette, når det foreligger i endelig form, umiddelbart være undergivet aktindsigt, jfr. § 8, nr.2

Bilag 6. Døgnbehandling og DanRIS.

Bekendtgørelse om retssikkerhed og administration på det sociale område

Jfr. bekendtgørelse no. 413 af juni 3, 2004; artikel 49.

§49, Stk. 3. Amtskommunerne sørger for at offentlige og private godkendte døgntilbud indsender statistik og oplysninger vedrørende stofmisbrugere i døgnbehandling til Dansk Registrerings- og Informationssystem (DANRIS) under Center for Rusmiddel-forskning.

Se <http://www.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/B2004/0041305.htm>