

ARBEJDSGRUPPEN OM KORTLÆGNING AF INDSATSEN PÅ STOFMISBRUGSOMRÅDET

SEPTEMBER 2015



Kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet

Forord	7
Sammenfatning	7
Den samlede indsats	7
Særligt om kvalitet og kvalitetsforskelle i stofmisbrugsbehandlingen	8
Initiativer for at understøtte den kommunale behandlingsindsats	9
1. Generel indledning	11
1.1. Historik	11
1.2. Målgruppe og begreber	13
1.3. Afbalanceret, integreret og tværfaglig indsats	14
1.4. Begrænsning af udbuddet	15
1.5. Begrænsning af efterspørgslen	15
1.6. Opgaver, ansvar og koordination	16
1.7. Overvågning, evaluering og forskning	17
1.8. Internationalt samarbejde	19
2. Forebyggelse og tidlig indsats	21
2.1. Retsgrundlag	21
2.2. Generelt	22
2.2.1. Kommunal indsats	22
2.2.1.1. Kortlægning af kommunernes indsats	22
2.2.1.2. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke	23
2.2.1.3. Kortlægning af kommunernes implementering af forebyggelsespakken	25
2.2.2. Statslig indsats	26
2.3. Konkrete eksempler	27
2.3.1. Satspuljeprojektet "Unge, alkohol og stoffer"	27
2.3.2. Udvikling og effektevaluering af et hashforebyggende undervisningsprogram på ungdomsuddannelserne	28
2.3.3. Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge: netstof.dk	28
2.3.4. Festmiljøkampagne: Music Against Drugs	28
2.3.5. Projekt "Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer"	29
2.3.6. Satspuljeprojekt "Forebyggelse af hashrygning på erhvervs- og produktionsskoler"	29
3. Behandling	30
3.1. Social behandling og social indsats i øvrigt	32

3.1.1. Retsgrundlag	32
3.1.1.1. Social stofmisbrugsbehandling	32
3.1.1.2. Social indsats i øvrigt	33
3.1.2. Generelt	33
3.1.2.1. Indsatser i den sociale behandling	33
3.1.2.2. Særlige indsatser i den sociale behandling	36
3.1.2.3. Effekten af social stofmisbrugsbehandling	38
3.1.2.4. Kontakt-, støtte- og rådgivningstilbud	39
3.1.3. Konkrete eksempler	39
3.1.3.1. Stofmisbrugspakken	39
3.1.3.2. Øvrige initiativer	41
3.1.3.3. Eksempler på gode indsatser	42
3.2. Lægelig behandling og sundhedsfaglig indsats i øvrigt	43
3.2.1. Retsgrundlag	43
3.2.2. Generelt	44
3.2.2.1. Lægelig stofmisbrugsbehandling	44
3.2.2.2. Lægelig behandling af misbrug af heroin og andre opioider	45
3.2.2.3. Behandling af misbrug af andre stoffer end heroin og andre opioider	49
3.2.2.4. Sundhedsfaglig indsats i øvrigt	50
3.2.2.5. Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin	53
3.2.2.6. Afdækning af den kommunale lægelige stofmisbrugsbehandling	53
3.2.2.7. Substitutionsbehandling og forgiftningsdødsfald	55
3.2.2.8. Brugernes tilfredshed med substitutionsbehandlingen	55
3.2.2.9. Sundhedsstyrelsens vejledninger	56
3.2.3. Konkrete eksempler	57
3.2.3.1. Socialsygeplejersker	57
3.2.3.2. SACC (Shared Addiction Care Copenhagen) – et tværsektorielt samarbejdsprojekt om udredning og behandling af stofmisbrugere med hepatitis C	57
3.2.3.3. Langsigtet plan og behandling med udgangspunkt i den enkeltes fysiske og psykiske formåen	58
3.2.3.4. Forældre i substitutionsbehandling	59
3.2.3.5. Det primære netværks betydning	59
3.3. Behandling i fængslerne	60
3.3.1. Retsgrundlag	60
3.3.2. Generelt	60
3.3.2.1. National strategi for behandling	60

3.3.2.2. Importmodellen	61
3.3.2.3. De forskellige behandlingstilbud i fængslerne	61
3.3.2.4. Gennemførte og afbrudte forløb – et overblik	62
3.3.2.5. Akkreditering af behandlingstilbuddene	62
3.3.3. Konkrete eksempler	62
3.3.3.1. Efterværn i fængslerne	62
3.3.3.2. Motivationstilbud i fængslerne	63
3.4. Behandling af dobbeltbelastede	63
3.4.1. Retsgrundlag	63
3.4.2. Generelt	63
3.4.2.1. Psykiatriudvalgets rapport	65
3.4.2.2. Koordinerende indsatsplaner	66
3.4.2.3. Lægesamtaler	67
3.4.2.4. Evaluering af tværsektorielt samarbejde	67
3.4.2.5. Styrket indsats over for unge med stofrelateret psykose	68
3.4.3. Konkrete eksempler	68
3.4.3.1. Samarbejdsaftale i Region Syddanmark og implementering af koordinerende indsatsplaner	68
3.4.3.2. Tværsektorielle udviklingsprojekter i Region Hovedstaden	69
3.4.3.3. Tværsektorielt dobbeltdiagnose-projekt i Region Sjælland	70
3.4.3.4. Dobeltdiagnose-sygeplejersker og fællesteams i Region Midtjylland	71
3.4.3.5. Specialiserede ambulante misbrugsteams og kompetenceudvikling i Region Nordjylland	71
4. Skadesreduktion	72
4.1. Retsgrundlag	72
4.2. Generelt	72
4.2.1. Dødsfald, skader og andre konsekvenser	72
4.2.2. Skadesreduktion som begreb	73
4.2.3. Undersøgelse af narkotikarelaterede dødsfald	73
4.2.4. Kommunalt ansvar	74
4.2.5. Stofmisbrugsbehandling	75
4.2.6. Stofindtagelsesrum	76
4.2.7. Behandling af overdoser og forgiftninger	78
4.2.8. Udlevering af sterilt injektionsudstyr	79
4.2.9. Indsats mod hepatitis	80
4.2.10. Indsats i fængslerne	81

4.2.11. Sociale indsatser som kan have en skadesreducerende virkning	81
4.2.12. Indsatser rettet mod pårørende	81
4.3. Konkrete eksempler	82
4.3.1. Projekt om forebyggelse af dødsfald og skader ved brug af modgiften naloxon	82
4.3.2. Sprøjtebytteordninger i fængsler	82
4.3.3. J_Key Cards	82
4.3.4. Støtte- og kontaktpersonordningen (SKP)	83
5. Kontrol og retshåndhævelse	84
5.1. Retsgrundlag	84
5.1.1. Politimæssig indsats	84
5.1.2. Toldmæssig indsats	84
5.2. Generelt	85
5.2.1. Politimæssig indsats	85
5.2.1.1. Den overordnede politimæssige indsats i relation til bekæmpelse af narkotikakriminalitet	85
5.2.1.2. Den overordnede politimæssige indsats i forhold til forebyggelse af narkotikarelateret misbrug og kriminalitet	86
5.2.1.3. Det aktuelle kriminalitetsbillede i Danmark	87
5.2.1.4. Særligt om den politimæssige indsats i relation til bekæmpelse af navnlig hashhandlen på Christiania	88
5.2.1.5. Politiets narkotikabeslag oplyst efter antal og mængde	89
5.2.1.6. Strafforfølgning	90
5.2.1.7. Den politimæssige indsats i Grønland og på Færøerne i relation til forebyggelse og bekæmpelse af narkotikakriminalitet	92
5.2.2. Toldmæssig indsats	94
5.3. Konkrete eksempler på SKAT's kontrolindsats	94
5.3.1. Bodyscannere	94
5.3.2. TruNarc	94
5.3.3. Kontrolaktioner	95
6. Nordiske erfaringer	96
6.1. Forebyggelse og tidlig indsats	96
6.2. Behandling	96
6.3. Skadesreduktion	97
Bilag	98
Arbejdsgruppens kommissorium	98
Baggrund	98

Opgave	98
Deltagere	98
Arbejdsgruppens sammensætning	99
Arbejdsgruppens møder	99

Forord

Stofmisbrug er et problem, som på grund af sin udbredelse og sine konsekvenser er alvorligt. Med hensyn til udbredelsen skønnes antallet af personer, som har et stofmisbrug, af Sundhedsstyrelsen aktuelt at være 33.000, hvoraf 11.000 alene skønnes at have et hashmisbrug. Center for Rusmiddelforskning har ved brug af en anden metode end Sundhedsstyrelsen skønnet, at antallet er så stort som 70.000. Uanset antallet er konsekvenserne mange med de narkotikarelaterede dødsfald som de mest iøjnefaldende. I 2013 var der ifølge Rigspolitiets opgørelse 213 narkotikarelaterede dødsfald, men antallet varierer over tid og var i 2011 oppe på 285.

For at styrke indsatsen mod stofmisbrug blev satspuljepartierne med satspuljeaftalen for 2015 enige om, at der i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde en kortlægning af den samlede indsats på området.

Arbejdsgruppen har nu udarbejdet nærværende kortlægning, som beskriver den samlede indsats på stofmisbrugsområdet.

Kortlægningens kapitel 1 indeholder en generel indledning. I kapitel 2 beskrives forebyggelsesindsatsen og den tidlige indsats. I kapitel 3 beskrives behandlingsindsatsen. I kapitel 4 beskrives skadesreduktionsindsatsen. I kapitel 5 beskrives kontrolindsatsen og den retshåndhævelsesmæssige indsats. Kapitel 6 omhandler nordiske erfaringer.

Kortlægningen indeholder kun i begrænset omfang statistiske og epidemiologiske data. For nærmere oplysninger om sådanne data henvises til "Narkotikasituationen i Danmark 2014", som Sundhedsstyrelsen udgav i december 2014.

Sammenfatning

Den samlede indsats

Den samlede indsats på stofmisbrugsområdet udgøres af den udbudsbegrænsende indsats i form af kontrol og retshåndhævelse samt den efterspørgselsreducerende indsats i form af forebyggelse, tidlig indsats, behandling og skadesreduktion. Overordnet set er den samlede indsats tilrettelagt under hensyntagen til det forhold, at stofmisbrug er et problem, som på grund af sin udbredelse og sine konsekvenser er alvorligt, og at personer med et stofbrug er meget forskellige med hensyn til brugets hyppighed og art såvel som med hensyn til social udsathed samt fysisk og psykisk belastning.

Den samlede indsats er således flerstrengt, og der søges tænkt og arbejdet på tværs af både fag og sektorer. Det gælder i forbindelse med udviklingen og gennemførelsen af indsatsen såvel som af de enkelte tilbud.

Særligt for så vidt angår den efterspørgselsreducerende indsats, som kommunerne er ansvarlige for, er der en bred vifte af tilbud om forebyggelse, tidlig indsats, behandling og skadesreduktion, så man når ud til de forskellige målgrupper med forskellige behov.

Tilbuddene afspejler ændringer i misbrugsmønstrene. Fx er andelen af personer, som søger behandling for misbrug af hash og centralstimulerende stoffer, steget markant gennem årene, og unge med stofmisbrug udgør en stadig stigende del af personer i stofmisbrugsbehandling. På den baggrund er der bl.a. iværksat et metodeprogram, som har til formål at styrke det metodiske og systematiske arbejde gennem anvendelse af evidensbaserede behandlingsmetoder målrettet unge og unge voksne. De evidensbaserede metoder rettet mod unge afprøves for tiden i ni kommuner.

Misbrugsmønstrene ændrer sig, hvilket bl.a. kommer til udtryk i, at antallet af førstegangsbearbejdede, der angiver heroin eller andre opioider som hovedmisbrugsproblem, er faldende.

Trods det er der fortsat en gruppe, der er stærkt afhængige som følge af et længere og vedvarende misbrug. Tilbuddene til denne gruppe udvikles derfor også løbende. Et eksempel er stofindtagelsesrummene. Et andet eksempel er iværksættelsen af et projekt, hvor personer, som har modtaget undervisning i genoplivning og fået udleveret modgiften naloxon, sættes i stand til at yde akuthjælp i tilfælde af overdosis.

Viften af tilbud varierer imidlertid fra kommune til kommune, og der er forskel på, hvordan kommunerne tilrettelægger indsatsen.

Variationen i, hvordan den enkelte kommune tilrettelægger sin indsats, kan være begrundet i, at stofmisbrugsproblemernes omfang og betydning samt misbrugsmønstrene er forskellige fra kommune til kommune og fra lokalområde til lokalområde. Disse forskelle kan fx være en medvirkende årsag til, at det alene er tre kommuner, der har ønsket at etablere stofindtagelsesrum. Kommunerne er nær på borgerne og har det lokalkendskab, som er nødvendigt for at tilrettelægge indsatsen. Det er afgørende, at tilrettelæggelsen sker under hensyntagen til den enkelte borgers behov.

Derudover skal det bemærkes, at den sociale stofmisbrugsbehandling i praksis varierer i kvalitet og intensitet i kommunerne. I visse tilfælde kan variationen skyldes, at nogle kommuner og behandlingstilbud har behov for mere viden om, hvilke tilbud der virker, og hvordan kvaliteten i indsatsen kan styrkes. Nationale retningslinjer mv. kan understøtte et kvalitetsløft i i indsatsen både i den enkelte kommune og på tværs af kommunerne.

Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om stoffer er sammen med opfølgningen på deres implementering et eksempel på, hvordan man fra centralt hold søger at bidrage til en kommunal indsats af høj kvalitet.

Særligt om kvalitet og kvalitetsforskelle i stofmisbrugsbehandlingen

Overordnet set er behandlingsindsatsen, som kommunerne er ansvarlige for, flerstrengt, og har til formål at nå de meget forskellige målgrupper, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til misbrugets hyppighed og art såvel som med hensyn til graden af social udsathed samt fysisk og psykisk belastning.

Den helhedsorienterede og sammenhængende behandlingsindsats søger kommunerne at nå gennem et tværfagligt samarbejde, hvor både de socialfaglige og de sundhedsfaglige kompetencer anerkendes og anvendes i en koordineret indsats.

Det kan imidlertid være en udfordring at sikre, at behandlingsindsatsen bliver helhedsorienteret og sammenhængende. På trods af et ganske omfangsrigt behandlingssystem er der tydelige udfordringer med hensyn til begrænset koordination og utilstrækkeligt samarbejde.

Det bidrager til udfordringen, at ansvaret for behandling af indsatte i kriminalforsorgens institutioner er statsligt, og at ansvaret for behandling af psykiatriske lidelser er regionalt. Hertil kommer udfordringer med hensyn til koordination og samarbejde med de praktiserende læger.

Kommunernes sociale stofmisbrugsbehandling, herunder til unge med et stofmisbrug, varierer i praksis i kvalitet og intensitet. Behandlingen er karakteriseret ved, at behandlingsinstitutionerne i mange tilfælde kombinerer forskellige mere eller mindre evidensbaserede metoder i deres behandlingsindsats, og at der ikke er tradition for at følge metoderne stringent.

Fx varierer kommunernes praksis med hensyn til den udredning, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb. Det gælder både udredningens form og kvalitet.

Når kommunernes praksis med hensyn til udredning og andre elementer i den sociale stofmisbrugsbehandling varierer, kan det bl.a. skyldes variationer i kvaliteten af behandlernes uddannelse i behandlingens bærende metoder og udfordringer i samarbejdet med andre aktører såsom den regionale psykiatri. Behandler-klient-ratioen kan også spille en rolle.

Kommunernes lægelige stofmisbrugsbehandling varierer betydeligt.

Fra kommunal side oplyses det, at de betydelige variationer i den lægelige stofmisbrugsbehandling bl.a. kan skyldes vanskeligheder med at rekruttere læger. For kommunerne kan rekrutteringsvanskeligheder således være en udfordring i forhold til at sikre behandlingskvaliteten. Fra kommunal side oplyses det endvidere, at variationerne også kan skyldes forskelle i lægernes faglige viden på området.

Som for hele den efterspørgselsreducerende indsats gælder det for stofmisbrugsbehandlingen, at variationen i, hvordan den enkelte kommune tilrettelægger sin indsats, kan være begrundet i, at stofmisbrugsproblemerne omfang og betydning samt misbrugsmønstrene er forskellige fra kommune til kommune og fra lokalområde til lokalområde.

Som det ligeledes gælder for hele den efterspørgselsreducerende indsats, kan variationen også skyldes behov på kommunalt plan for mere viden om, hvilke tilbud der virker.

Initiativer for at understøtte den kommunale behandlingsindsats

Fra statslig side er der taget en række initiativer, som bl.a. gennem formidling af viden om, hvilke tilbud der virker, tager sigte på at understøtte den kommunale behandlingsindsats.

Fx blev der i 2013 igangsat et arbejde med en samlet stofmisbrugspakke, hvis formål er at styrke kvaliteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugspakken fokuserer bl.a. på, at behandlingsindsatsen styrkes og bygger på metoder, der virker, at borgeren skal opleve en mere systematisk opfølgning på behandlingen, og at der også bliver taget hånd om andre problemer end stofmisbruget. I udmøntningen af stofmisbrugspakken inddrages eksisterende viden og erfaringer, og der er særligt fokus på at øge brugen af metoder med dokumenteret effekt.

Som led i arbejdet med stofmisbrugspakken udarbejdes under inddragelse af repræsentanter fra væsentlige aktører inden for stofmisbrugsområdet nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. Formålet med retningslinjerne er at sikre et fælles grundlag for kvalitetsudvikling af den sociale stofmisbrugsbehandling, så den bygger på et vidensbaseret grundlag og understøtter en helhedsorienteret indsats.

Med de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling får kommunerne et redskab til at styrke kvaliteten i den kommunale stofmisbrugsbehandling, således at borgere med behandlingskrævende stofmisbrug i højere grad får en helhedsorienteret indsats, der bygger på aktuelt bedste viden, og at borgerne oplever en mere tilgængelig adgang til stofmisbrugsbehandling.

Ligeledes som led i arbejdet med stofmisbrugspakken gennemføres en undersøgelse af kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. Formålet med undersøgelsen er at bibringe ny viden om kommunernes organisering, ressourceforbrug og effekt i stofmisbrugsbehandlingen samt at afdække barrierer og potentialer for god stofmisbrugsbehandling.

For så vidt angår den lægelige stofmisbrugsbehandling, blev der i 2008 udarbejdet en vejledning om substitutionsbehandlingen. Efterfølgende er der udarbejdet en vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer og en vejledning om behandling med lægeordineret heroin.

Vejledningerne indeholder detaljerede sundhedsfaglige retningslinjer for den lægelige stofmisbrugsbehandling. Retningslinjerne for substitutionsbehandling omhandler såvel selve behandlingen som de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til behandlingen.

Ved at præcisere den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger er forpligtet til at udvise i forbindelse med den lægelige stofmisbrugsbehandling, skal vejledningerne bidrage til sikring af en ensartet og acceptabel kvalitet af behandlingen.

Under inddragelse af bl.a. KL samt behandler- og brugerrepræsentanter vil vejledningerne om den lægelige stofmisbrugsbehandling blive revideret. Efter revisionen vil vejledningerne også indeholde retningslinjer om de nye rettigheder efter sundhedslovens § 142 om lægelig stofmisbrugsbehandling. Grundlaget for at foretage ændringer på baggrund af erfaringerne med de eksisterende vejledninger såvel som på baggrund af SERAF's rapport "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011" vil blive overvejet i forbindelse med revisionen. Det samme gælder en tydeliggørelse af retningslinjerne om sammenhæng og helhed i behandlingen.

De kommende nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling og de reviderede retningslinjer for den lægelige stofmisbrugsbehandling må forventes at bidrage til at styrke kvaliteten af den kommunale behandlingsindsats. På samme måde må retningslinjerne om udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner forventes at bidrage til kvaliteten i indsatsen for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Samlet må retningslinjerne forventes bl.a. at bidrage til en helhedsorienteret og sammenhængende behandlingsindsats med fokus på koordination, samarbejde og den enkeltes behov.

1. Generel indledning

1.1. Historik

Fænomenet stofbrug

Euforiserende stoffer har været kendt og benyttet i flere tusinde år. Fx blev opium benyttet som lægemiddel i det gamle Ægypten, det antikke Grækenland og Romerriget. Brugen af opium spredtes til andre dele af verden, og opium blev efterhånden også anvendt som rusmiddel. I Kina bredte rygningen af opium sig stærkt i det 19. århundrede, og ved begyndelsen af det 20. århundrede begyndte også pille- og injektionsbrug af morfin at brede sig, hvilket i 1909 førte til afholdelsen af den internationale Shanghai-konference. Indtil da havde der ikke været vilje til at adressere brugen, hvilket hænger sammen med, at mange aktører, herunder også regeringer, profiterede af opiumshandlen. Shanghai-konferencen, som havde til formål at adressere situationen i Kina og det øvrige Asien, fik et bredere sigte og lagde fundamentet for, at der få år senere afholdtes en ny international konference, som førte til vedtagelsen af den første internationale opiumskonvention i 1912, der havde til formål at forhindre handel med opium til andet end medicinsk brug. I forbindelse med afslutningen af 1. Verdenskrig blev det i Versailles-fredstraktaten stillet som betingelse, at traktatens parter skulle tiltræde opiumskonventionen, og konventionen fik bred tilslutning. Siden fulgte i 1925, 1931 og 1936 endnu tre konventioner, som blev forhandlet i regi af Folkenes Forbund. Konventionerne regulerede det internationale samarbejde om narkotikakontrol.

Opiumskonventionerne blev tiltrådt af Danmark, hvilket navnlig skyldtes ønsket om at støtte det internationale samarbejde, idet man dengang ikke her i landet kendte til illegal narkotikahandel af nogen betydning. Konventionsforpligtelserne afspejlede sig i den daværende lov om fremstilling af og handel med opium m.m.

Efter 2. Verdenskrig blev det internationale samarbejde om narkotikakontrol lagt ind under FN. I første omgang forhandlede staterne en række protokoller, som skulle forbedre den internationale narkotikakontrol. Siden fulgte i 1961, 1971 og 1988 tre FN-narkotikakonventioner, som erstattede opiumskonventionerne, og som hver især adresserede nye udfordringer og tilføjede nye elementer til det internationale narkotikakontrolsystem.

I slutningen af 1940'erne fik man indtryk af en stigning i brugen af euforiserende stoffer i Danmark. Man talte i den forbindelse om "klikere af eufomane", som i meget vidt omfang skaffede sig stofferne ved hjælp af ægte og falske lægerecepter. Det fik Indenrigsministeriet til i 1950 at nedsætte et udvalg, som i 1953 afgav en betænkning, der rummede en række forslag, hvoraf nogle blev gennemført i 1955 med vedtagelsen af lov om euforiserende stoffer. Med de ændringer, som er foretaget siden, udgør loven sammen med bekendtgørelsen om euforiserende stoffer i dag det, som man kan kalde det primære retsgrundlag på narkotikaområdet. Lovgivningen om euforiserende stoffer afgrænser og regulerer den lovlige anvendelse af euforiserende stoffer, og lovgivningen afspejler de internationale forpligtelser, som følger af FN's narkotikakonventioner fra henholdsvis 1961 og 1971, som sammen med FN's narkotikakonvention fra 1988, har erstattet de tre opiumskonventioner.

I slutningen af 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne ændrede situationen i Danmark sig, idet der sås et stigende brug af bl.a. cannabis og heroin blandt unge. I 1969 fremlagde den daværende regering en redegørelse for foranstaltninger mod "ungdomsnarkomanien", som man omtalte fænomenet.

Stofbrug har siden været et fænomen, som de ansvarlige myndigheder, jf. afsnit 1.6., har måttet forholde sig til. Brugs mønstrene har over årene ændret sig, og i takt hermed har foranstaltningerne udviklet sig. Tilslutningen til en bredspektret indsats med vægt på balancen mellem de tre grundpiller forebyggelse, behandling og retshåndhævelse har fra begyndelsen været bred. I dag er der også bred tilslutning til at betragte skadesreduktion som en selvstændig fjerde grundpille i indsatsen.

Udviklingen i behandlingsindsatsen

Indsatsen mod stofbrug er som følge af nye udfordringer og opnåede erfaringer over årene blevet mere sofistikeret. Dette ses bl.a. i udviklingen inden for substitutionsbehandling. I begyndelsen af 70'erne forsøgte man sig på grund af manglende erfaringer frem med forskellige behandlingsformer, og metadonbehandlingen vandt hurtigt indpas. Det var til at begynde med først og fremmest praktiserende læger, som benyttede denne behandlingsform. Ikke mindst op gennem 1980'erne steg antallet af personer i metadonbehandling stærkt, og fra midten af dette årti blev metadonbehandlingen mere og mere integreret i det efterhånden etablerede behandlingssystem. Fortsat blev behandlingen dog i overvejende grad forestået af praktiserende læger, og grundlaget for behandlingen var den dagældende lov om udøvelse af lægegerning, herunder særligt reglerne om retten til at ordinere euforiserende stoffer, og Sundhedsstyrelsens dagældende cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

I løbet af 1990'erne kom der stadig større fokus på at tilpasse indsatsen den enkelte stofbrugers behov og på at se stofbruget som også en social problemstilling, hvor der er brug for en indsats med et helhedsorienteret sigte. I tråd med dette kom der stadig større opmærksomhed på, at stoffrihed ikke er det eneste mulige mål for den konkrete indsats for personer med et stofmisbrug. Skadesreduktion dækker over indsatser, hvis mål er at mindske de fysiske, psykiske og sociale skader, som livet som stofmisbruger kan medføre for både personer med et stofmisbrug, deres nærtstående og samfundet, og samtidig at søge at forbedre funktionsevnen og udviklingsmulighederne. Skadesreduktion har vundet større indpas ikke alene i forhold til forebyggelse, men også til behandling og rehabilitering.

For sikre den mest hensigtsmæssige behandling blev der i midten 1990'erne fastlagt et entydigt ansvar for stofmisbrugsbehandlingen. Med en ændring af de dagældende love om henholdsvis sygehusvæsenet og udøvelse af lægegerning blev ansvaret for substitutionsbehandling gjort amtskommunalt, og retten til at ordinere metadon og anden substitutionsmedicin blev begrænset til som hovedregel kun at omfatte amtskommunalt ansatte læger. Med en samtidig ændring af den dagældende lov om social bistand blev også ansvaret for den sociale stofmisbrugsbehandling gjort amtskommunalt. Med samlingen af ansvaret blev det gjort muligt for amtskommunerne at sikre sammenhængen mellem substitutionsbehandlingen og den sociale stofmisbrugsbehandling, så der i hvert enkelt tilfælde kunne tages stilling til en individuel behandlingsplan med mulighed for fleksible løsninger for den enkelte person med stofmisbrug. Det blev i forbindelse med lovændringerne understreget, at narkotikapolitikken og især behandlingsindsatsen også er en integreret del af socialpolitikken. I modsætning til i begyndelsen af 1970'erne var man altså nu fuldt opmærksom på de sociale problemstillinger, som kunne være årsag til misbruget, og som misbruget medførte.

Herefter udgjorde de ændrede love og Sundhedsstyrelsens cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, som samtidig blev ændret, grundlaget for substitutionsbehandlingen, indtil ansvaret for substitutionsbehandlingen og den sociale stofmisbrugsbehandling med kommunalreformen i 2007 blev samlet i kommunerne, som i forvejen havde ansvaret for den sociale indsats i øvrigt.

I 2008 blev Sundhedsstyrelsens cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler erstattet af styrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Ud over retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen indeholdt vejledningen som noget nyt også retningslinjer for de lægelige kerneydelser, som knytter sig til substitutionsbehandlingen. Hermed blev der introduceret et sundhedsfagligt helhedssyn på den lægelige behandling af personer i substitutionsbehandling.

Ligeledes i 2008 blev lov om euforiserende stoffer ændret, så behandling med lægeordineret heroin blev tilladt. Den seneste udvikling inden for substitutionsbehandling er et sæt nye rettigheder, som er indført ved indgangen til 2015.

Som det fremgår, er substitutionsbehandlingen som følge af nye udfordringer og opnåede erfaringer over årene blevet udviklet med henblik på dels at øge behandlingens kvalitet og diversitet, dels at forbedre rettighederne for personer i substitutionsbehandling.

Tilsvarende er de andre dele af indsatsen mod stofbrug, dvs. forebyggelse og tidlig indsats, social stofmisbrugsbehandling, skadesreduktion samt den politi- og toldmæssige indsats, blevet mere sofistikerede over årene. For så vidt angår den sociale stofmisbrugsbehandling er omdrejningspunktet i dag at yde en helhedsorienteret behandlingsindsats. Begreber som helhedssyn og tværfagligt samarbejde er helt fundamentale. Indsatsen tager i dag udgangspunkt i, at der fokuseres på det hele menneske, dvs. alle væsentlige aspekter af brugernes livsvilkår, livssituation, erfaringer osv. Det er en forudsætning for en helhedsorienteret indsats, at der koordineres og samarbejdes på tværs af fag og sektorer og på tværs af organisationsstrukturer og -kulturer.

Andelen af personer, som søger stofmisbrugsbehandling, og som har hash og centralstimulerende stoffer som hovedstof, er steget markant gennem årene. Heroin er således et stof, der for øjeblikket er kraftigt i tilbagegang blandt behandlingssøgende personer. Dette skift i misbrugsmønstret – sammenholdt med at unge med stofmisbrug udgør en stadig stigende del af personer i stofmisbrugsbehandling – betyder, at behandlingssystemet i dag i stigende grad møder personer, der er mindre socialt ekskluderede end de lidt ældre personer med misbrug.

1.2. Målgruppe og begreber

Personer med et stofbrug er meget forskellige med hensyn til brugets hyppighed og art såvel som med hensyn til social udsathed samt fysisk og psykisk belastning. I den ene ende af spektret findes de, som har sjældent brug af et enkelt stof, og som ikke oplever helbredsmæssige eller sociale konsekvenser af deres brug. I den anden ende findes de, der både er afhængige og har et blandingsmisbrug, som ofte omfatter alkoholmisbrug, hvilket udgør en særlig udfordring. De sidstnævntes adfærd og livssituation er domineret af et intensivt og kaotisk misbrug med helbredsmæssige og sociale konsekvenser.

Det er afgørende, at den tidlige indsats såvel som behandlingsindsatsen tager udgangspunkt i brugets hyppighed og art, men også mere generelt i den grad af social udsathed, som personen befinder sig i.

I forbindelse med tilrettelæggelse af indsatsen er det også afgørende at holde sig for øje, at stofbrug ofte optræder sammen med psykiske lidelser og problemer, fx angst, depressioner og personlighedsforstyrrelser. En sådan dobbeltbelastning komplicerer indsatsen i forhold til både stofbruget og de psykiske lidelser og problemer.

Det kræver en helhedsorienteret og flerstrengt indsats at nå de meget forskellige grupper, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til brugets hyppighed og art såvel som med hensyn til graden af social udsathed samt psykisk belastning.

Om brugen af narkotika anvendes forskellige begreber. Anvendelsen af forskellige begreber kan give anledning til uklarhed, selv om begreberne hver for sig er meningsfulde og i øvrigt hænger sammen med hinanden.

”Eksperimenterende brug” betegner et sjældent og korterevarende brug af narkotika. Eksperimenterende brug kan glide over i regelmæssigt brug af stoffer.

”Regelmæssigt brug” betegner et gentagen og længerevarende brug af narkotika. Regelmæssigt brug kan glide over i stofmisbrug og/eller afhængighed.

”Stofmisbrug” betegner et vedvarende og skadeligt brug af narkotika. Skaderne vedrører brugerens psykiske og fysiske tilstand samt sociale relationer.

”Afhængighed” betegner den tilstand, hvor en person er afhængig af et stof, dvs. når tre eller flere af seks af WHO’s kriterier for afhængighed er opfyldt.

”Stofbrug” er en fællesbetegnelse for eksperimenterende brug, regelmæssigt brug, stofmisbrug og afhængighed. Denne betegnelse anvendes som udgangspunkt i kortlægningen. I forbindelse med behandling og skadesreduktion anvendes dog efter fast praksis og i overensstemmelse med de relevante lovgivninger begrebet stofmisbrug.

Begreberne ”narkotika”, ”euforiserende stoffer” og ”stoffer” er synonyme og betegner i kortlægningen de stoffer, der er omfattet af lovgivningen af euforiserende stoffer. Begreberne anvendes dog også om stoffer, som er nye i den forstand, at de er omfattet af overvågning, jf. afsnit 1.7., men som (endnu) ikke er omfattet af lovgivningen.

”Rusmidler” betegner alle substanser, som indtages med henblik på at opnå en rusvirkning, herunder alkohol og narkotika.

Ovennævnte begreber er som udgangspunkt de samme, som anvendes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om stoffer, jf. afsnit 2.2.1.1. Begreberne i forebyggelsespakken tager udgangspunkt i internationalt udarbejdede begreber videreudviklet og omsat i en dansk kontekst.

1.3. Afbalanceret, integreret og tværfaglig indsats

Ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse af euforiserende stoffer til andre end medicinske og videnskabelige formål er forbudt.

Forbuddet og håndhævelsen heraf må ikke føre til, at der lægges unødvendige hindringer i vejen for den legale brug af euforiserende stoffer til medicinske og videnskabelige formål. Lægemidler, der indeholder euforiserende stoffer, er helt uundværlige i sundhedsvæsenet. Når det sundhedsfaglige grundlag er til stede, skal nye behandlingsformer kunne indføres. Forbuddet har da heller ikke hindret indførelsen af heroinordinationsordningen.

Håndhævelsen af forbuddet har heller ikke hindret driften af stofindtagelsesrum, som er oprettet i overensstemmelse med lovgivningen herom. Med lovforslaget om stofindtagelsesrum forudsattes det således, at besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug i og i umiddelbar nærhed af et kommunalt stofindtagelsesrum eller et stofindtagelsesrum drevet af en selvejende institution med driftsoverenskomst med kommunen i praksis normalt ikke forfølges af politiet, hvis den pågældende er fyldt 18 år og som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer har en stærk afhængighed af det pågældende stof.

Selv et konsekvent forbud og en effektiv kontrolindsats hverken kan eller skal stå alene. Der skal tillige være en målrettet og vedholdende indsats for at forebygge, sætte tidligt ind, behandle og begrænse skader. Indsatsen skal være afbalanceret, integreret og tværfaglig.

Forbuddet og den politi- og toldmæssige indsats i relation til forebyggelse og bekæmpelse af narkotikarelateret kriminalitet, som har til formål at begrænse udbuddet af narkotika, skal kombineres med en efterspørgselsbegrænsende indsats. Den udbuds- og efterspørgselsbegrænsende indsats er gensidigt forstærkende og skal derfor være integreret. Kombinationen af og balancen mellem de to er afgørende for, at den samlede indsats har effekt.

For at få det optimale ud af den samlede indsats skal man både centralt, regionalt og lokalt tænke og arbejde på tværs af både fag og sektorer. Det gælder i forbindelse med udviklingen og gennemførelsen af indsatsen som sådan såvel som af de enkelte tilbud.

1.4. Begrænsning af udbuddet

En vigtig faktor i forhold til at begrænse udbuddet er en effektiv kontrol med den lovlige brug af euforiserende stoffer. Ud over den receptpligt, som gælder for lægemidler indeholdende euforiserende stoffer, fører Sundhedsstyrelsen tæt kontrol med bl.a. den lovlige fremstilling og besiddelse af samt handel med euforiserende stoffer, så de ikke omledes til det illegale marked. Kontrollen foregår bl.a. på grundlag af lovgivningen om euforiserende stoffer, som på dette punkt afspejler FN's narkotikakonventioner. Kontrollen foregår i nært samarbejde med International Narcotics Control Board, som er FN's særlige narkotikakontrolorgan, såvel som med de kompetente nationale myndigheder i andre lande.

En anden vigtig faktor i forhold til at begrænse udbuddet er en effektiv kontrol med prækursorer, dvs. kemikalier, som kan anvendes ved fremstillingen af narkotika. På grundlag af FN's narkotikakonventioner og EU's forordning herom fører SKAT tæt kontrol med bl.a. den lovlige handel med prækursorer for at undgå omlodning til ulovlig narkotikafremstilling. Kontrollen foregår i nært samarbejde med International Narcotics Control Board og EU-Kommissionen såvel som med de kompetente nationale myndigheder i andre lande.

Endelig er navnlig en effektiv politimæssige indsats i forhold til bekæmpelsen af narkotikarelateret kriminalitet af væsentlig betydning i den forbindelse. Narkotikakriminaliteten rummer aspekter af både den borgernære og organiserede kriminalitet, og politiet har stor fokus på bekæmpelse heraf. En effektiv indsats mod organiseret og grænseoverskridende kriminalitet forudsætter et effektivt samarbejde mellem nationale myndigheder såvel som et effektivt internationalt politisamarbejde, og politiet har på den baggrund et veludviklet samarbejde med en række nationale såvel som udenlandske myndigheder herom.

1.5. Begrænsning af efterspørgslen

Indsatsen for gennem forebyggelse, tidlig indsats, behandling og skadesreduktion at begrænse stofbrug og konsekvenserne heraf spiller en central rolle i den samlede indsats på narkotikaområdet

På grundlag af den viden, som løbende indsamles gennem overvågning, evaluering og forskning, skal der sættes effektivt ind for at begrænse efterspørgslen efter stoffer mest muligt.

Indsatsen for at forebygge, at børn og unge overhovedet begynder at bruge stoffer, spiller naturligvis en væsentlig rolle. Også indsatsen for at sætte tidligt ind i forhold til bl.a. unge, som er begyndt at bruge stoffer, men som endnu ikke har udviklet et regelmæssigt brug eller et egentligt misbrug, spiller en væsentlig rolle. I forhold til dem, der har udviklet et regelmæssigt brug eller et egentligt stofmisbrug, skal der være tilbud om rådgivning/behandling.

For nogle borgere vil stofmisbruget være en livslang udfordring, hvor stoffrihed – forstået som ophør med et ikke-ordineret forbrug af psykoaktive stoffer – som udgangspunkt ikke nødvendigvis vil være en realistisk målsætning at arbejde ud fra. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at behandling i disse tilfælde er formålsløs. Så længe den står på, forbedrer behandlingen den enkeltes persons situation. Den forbedrede situation er blivende i de tilfælde, hvor personen – nogle gange efter mange mislykkede forsøg – efter behandlingsophør forbliver stoffri eller fastholder et reduceret misbrug.

Ikke mindst fordi stofmisbrug i nogle tilfælde må anses for at være kronisk, er indsatsen for at reducere omfanget af de skader, som personer med et stofmisbrug påfører sig selv og det omgivende samfund, afgørende.

Der skal være en bred vifte af tilbud om forebyggelse, tidlig indsats, behandling og skadesreduktion, så man når ud til de forskellige målgrupper med hver deres behov.

1.6. Opgaver, ansvar og koordination

En klar opgave- og ansvarsfordeling såvel som en grundig koordination er afgørende for udviklingen og gennemførelsen af en afbalanceret, integreret og tværfaglig indsats mod stofbrug.

Sundheds- og Ældreministeriet er ansvarlig for det primære retsgrundlag, dvs. lovgivningen om euforiserende stoffer. Ministeriet er endvidere ansvarlig for kontrollen med den lovlige brug af euforiserende stoffer. Herudover har ministeriet ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den forebyggende indsats og behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. den lægelige stofmisbrugsbehandling, samt den skadesreducerende indsats i snæver forstand.

I forhold til den forebyggende indsats er kerneopgaverne i den statslige indsats først og fremmest overvågning til sikring af, at nye tendenser og problemer identificeres og formidles til kommunerne, der er ansvarlige for den konkrete forebyggelsesindsats. Sundhedsstyrelsen, hvor de statslige opgaver er forankret, er også ansvarlig for at bidrage til metodeudvikling, hvis resultater sammen med rådgivning og vejledning i øvrigt formidles til det regionale og lokale plan.

I forhold til behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet er de statslige opgaver tillige forankret hos Sundhedsstyrelsen. Styrelsen er bl.a. ansvarlig for fastsættelsen af faglige retningslinjer for den lægelige behandling, som kommunerne er ansvarlige for. Styrelsen er også ansvarlig for at overvåge behandlingsindsatsen og for opfølgning i forhold til kommunerne.

Social- og Indenrigsministeriet er ansvarlig for de statslige opgaver vedrørende den sociale stofmisbrugsbehandling og den sociale indsats i øvrigt.

Justitsministeriet er ansvarlig for den politimæssige indsats og for indsatsen over for personer, som har et stofbrug, og som er indsat i fængsel.

Skatteministeriet er ansvarlig for toldkontrollen og for kontrollen med den lovlige brug af prækursorer, dvs. kemikalier, som kan anvendes ved fremstillingen af narkotika.

Udenrigsministeriet er ansvarlig for den generelle udenrigs-, sikkerheds- og bistandspolitik, herunder den politik, som tager sigte på at bistå de narkotikaproducerende lande og transitlandene i deres indsats for at begrænse både narkotikaudbud og -efterspørgsel.

Herudover har en række andre ministerier ansvar for områder, der også berører narkotikapolitikken. Det gælder fx Beskæftigelsesministeriet, Kulturministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet samt Undervisningsministeriet.

Regionerne er generelt ansvarlige for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner og for varetagelsen af sygehusvæsenets opgaver. Særligt i forhold til behandlingen af de dobbeltbelastede, dvs. personer, som både har et stofbrug og en psykiatrisk lidelse, spiller det psykiatriske behandlingssystem en særlig rolle. For så vidt angår stofmisbrugsbehandlingen, stiller regionerne efter aftale med de enkelte kommuner behandlingspladser mv. til rådighed samt yder faglig bistand og rådgivning.

Kommunerne er ansvarlige for den konkrete forebyggelsesindsats såvel som for den lægelige og sociale stofmisbrugsbehandling. Kommunerne, som altså spiller en afgørende rolle på narkotikaområdet, bistås i den forbindelse af de centrale myndigheder med bl.a. overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, videnformidling m.v.

Flere myndigheder på centralt niveau samt de regionale og kommunale myndigheder bidrager altså til den samlede indsats mod stofbrug. Det er afgørende, at de enkelte myndigheders særlige kompetencer udnyttes fuldt ud og koordineret. Koordination letter og forbedrer samarbejdsaktiviteterne på alle niveauer og bidrager til en effektiv indsats præget af konsistens og kontinuitet.

Fx hviler stofmisbrugsbehandlingen i mange tilfælde på både en lægefaglig og en socialfaglig indsats. Det er vigtigt at anerkende og anvende begge fagligheder, for at et behandlingsforløb skal lykkes. Det kræver samarbejde på tværs af fag og på tværs af sektorer. Det gælder sundheds- og socialområdet, men også en række tilstødende områder, herunder beskæftigelsesområdet, undervisnings- og uddannelsesområdet samt kriminalforsorgen.

Det forhold, at ansvaret på centralt niveau er fordelt på flere forskellige ministerier, bør ikke have nogen umiddelbar betydning for den enkelte borger. Borgeren kan i sin kontakt til myndighederne holde sig til kommunen, der på lokalt plan er ansvarlig for både forebyggelses- og behandlingsindsatsen samt den sociale støtte. Kommunen kan efter behov koordinere indsatsen med andre lokale aktører. Fx har de kommuner, hvori der drives stofindtagelsesrum, taget initiativ til lokale samarbejdsfora, hvor bl.a. kommunen selv, de selvejende institutioner, som driver stofindtagelsesrummene, og politiet deltager.

Ansvarsfordelingen på centralt niveau stiller krav om en grundig koordination. Som ansvarlig for koordinationen har Sundheds- og Ældreministeriet en særlig forpligtelse i forhold til den indsats, der går på tværs af myndighedernes ansvarsområder. Ministeriet evaluerer løbende den overordnede narkotikapolitik med henblik på eventuel finjustering. I den forbindelse vurderes behovet for nye tværgående initiativer som svar på aktuelle og fremtidige udfordringer.

Et tillidsfuldt samarbejde med alle relevante myndigheder og civilsamfundet er afgørende for, at Sundheds- og Ældreministeriet kan udfylde den koordinerende rolle og dermed bidrage til fastholdelse og udvikling af en sammenhængende og tidssvarende narkotikapolitik. Det gælder i forhold til de centrale, regionale og lokale myndigheder samt deres organisationer såvel som til civilsamfundet. Samarbejdet bygger primært på en løbende dialog om alle relevante narkotikapolitiske spørgsmål.

Et væsentligt element i den løbende dialog mellem Sundheds- og Ældreministeriet på den ene side og på den anden side myndigheder og organisationer såvel som civilsamfundet er udvekslingen af relevante oplysninger.

1.7. Overvågning, evaluering og forskning

Det er vigtigt at have fokus på den samlede viden om narkotikaproblemerne. Overvågning, evaluering og forskning giver en større forståelse af problemerne og spiller derfor en afgørende

rolle i forhold til en effektiv indsats mod stofbrug. Det gælder både den politi- og toldmæssige indsats i relation til forebyggelse og bekæmpelse af narkotikarelateret kriminalitet, som har til formål at begrænse udbuddet af narkotika, og den efterspørgselsbegrænsende indsats i form af forebyggelse, tidlig indsats, behandling og skadesreduktion.

Den overordnede narkotikapolitik overvåges løbende med henblik på evaluering og eventuel finjustering. Ud over denne overvågning overvåges også narkotikasituationen, hvilket skaber et helt nødvendigt grundlag for en præcis, målrettet og hurtig indsats. Pålidelige oplysninger om narkotikaproblemernes karakter og omfang er en forudsætning for at kunne sætte effektivt ind i forhold til nye tendenser. Narkotikasituationen beskrives i Sundhedsstyrelsens årlige rapporter til Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA), hvormed der samarbejdes om den bedst mulige tilrettelæggelse af overvågningen.

De ansvarlige myndigheders overvågning af narkotikasituationen og indsatsen mod stofbrug omfatter løbende indsamling af data på en række forskellige områder. Tilbagevendende befolkningsundersøgelser belyser stoffernes udbredelse og udvikling i forbrugsmønstrene i befolkningen generelt. Data fra forskellige registre og opgørelser belyser narkotikarelaterede helbredsskader og dødelighed samt behandling af stofmisbrug. Det drejer sig om data fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret under Statens Serum Institut samt de opgørelser over narkotikarelaterede dødsfald, som Rigspolitiet modtager fra de retsmedicinske institutter, såvel som data fra Stofmisbrugsdatabasen, der er en fælles indberetningsløsning for de forskellige CPR-baserede registre på stofmisbrugsområdet, hvilket vil sige registrene SIB (Stofmisbrugere i behandling), VBGS (Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere), DanRIS (Dansk registrerings- og informationssystem) og Kvalhep/Hep C (Kvalitetssikring af den lægelige behandling og den nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C). Socialstyrelsen er ansvarlig for driften af Stofmisbrugsdatabasen, som blev etableret i 2011, og som drives i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Center for Rusmiddelforskning. Etableringen af Stofmisbrugsdatabasen har krævet store tekniske ændringer, som har givet forskellige udfordringer med at få databasen til at fungere problemfrit. Socialstyrelsen har taget en række initiativer med henblik på indhentning og kvalitetssikring af data, således at oplysninger for årene til og med 2014 vil kunne offentliggøres og anvendes.

Med til overvågningen hører også den systematiske politimæssige monitoring, hvor politiet med henblik på at kunne modvirke og opklare organiseret narkotikakriminalitet modtager, indsamler, sammenligner, bearbejder og formidler oplysninger på området. Formålet med den systematiske politimæssige monitoring er, at politiet på baggrund af en omfattende og aktuel baggrundsviden proaktivt – dvs. uden at afvente anmeldelse – kan iværksætte og målrette indsatser og efterforskninger inden for de områder, som er undergivet systematisk politimæssig kontrol.

Særligt med henblik på hurtig og effektiv reaktion i forhold til nye tendenser er overvågning af nye stoffer på markedet vigtig. Særligt skal nævnes den systematiske overvågning af de retskemiske analyser af psykoaktive stoffer, som er et samarbejdsprojekt mellem Sundhedsstyrelsen, Rigspolitiet, SKAT og de retskemiske Institutter i København, Odense og Aarhus. Overvågningen af psykoaktive stoffer foregår i et tæt samarbejde med EMCDDA og de såkaldte "National Focal Points" i de øvrige EU-lande samt Norge og Tyrkiet.

Overvågning af indsatsen og evaluering af større tiltag er vigtige redskaber i forbindelse med kvalitetssikring og -udvikling af forebyggelses- og behandlingsindsatsen. Overvågning og evaluering er derfor også en integreret del af flere af den lange række konkrete initiativer, der i de senere år er taget med henblik på styrkelse af indsatsen mod stofbrug.

Overvågningen af forebyggelses- og behandlingsindsatsen giver de centrale myndigheder mulighed for at følge op i forhold til kommunerne. Nok så vigtigt er det dog, at den bidrager til kommunernes beslutningsgrundlag og giver grundlag for en bedre kommunal styring, samt at den gør det muligt for kommunerne at sammenligne sig med og dermed lære af hinanden. Gode erfaringer kan på den måde komme alle kommuner til gode.

Forskning fra landets universiteter, herunder det specialiserede Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og andre aktører, herunder Rockwool Fonden, bidrager væsentligt til en større forståelse af narkotikaproblemerne og til udviklingen af indsatsen mod stofbrug. En række projekter på stofmisbrugsområdet har eller har haft til formål at afprøve behandlingsmetoder med henblik på at øge kvaliteten af den sociale stofmisbrugsindsats. Til disse afprøvninger er der knyttet forskning, som skal sikre, at indsatsen kan bygge på et veldokumenteret og vidensbaseret grundlag.

1.8. Internationalt samarbejde

En aktiv og målrettet dansk deltagelse i det omfattende og vidt forgrenede internationale narkotikasamarbejde spiller en afgørende rolle i forhold til en effektiv indsats mod stofbrug.

Narkotikaproblemet opleves først og fremmest på lokalt og nationalt plan. Men grundlæggende er der tale om et grænseoverskridende problem. Problemet omfatter de lande, hvor narkotika produceres, de lande, hvorigennem narkotika transporteres, og de lande, hvor narkotika bruges. Den lokale og nationale indsats i et land vil uvægerligt indvirke på andre lande. Indsatsen må derfor nødvendigvis også ses i et internationalt perspektiv.

Danmark har ingen eller kun begrænset indflydelse på visse afgørende faktorer. Fx har indsatsen i produktions- og transitlandene stor betydning for mængden af udbudt narkotika og dermed også for prisen, som må antages at have en vis betydning for antallet af personer med stofbrug. Hertil kommer producenternes villighed til – for at begrænse omkostningerne og dermed øge indtjeningen – at fremstille urene stoffer, som øger risikoen for skader og dødsfald.

Fra dansk side kan man alene påvirke disse faktorer gennem deltagelse i det internationale narkotikasamarbejde. Målet hermed er på forskellige niveauer at sikre den retlige ramme, det strategiske og handlingsorienterede fundament samt den erfaringsudveksling og dialog, som den nationale narkotikapolitik hviler på. For Danmarks vedkommende sikres den retlige ramme primært på globalt niveau, det strategiske og handlingsorienterede fundament primært på europæisk niveau samt erfaringsudvekslingen og dialogen primært på nordisk niveau.

På globalt niveau samarbejdes om de grundlæggende principper for indsatsen mod stofbruget. Principperne er først og fremmest kommet til udtryk i FN's narkotikakonventioner. Bl.a. er det også i Danmark gældende hovedprincip om, at besiddelse af euforiserende stoffer til andre end medicinske og videnskabelige formål er forbudt, fastsat i konventionerne. Den globale tilslutning til konventionernes principper sikrer en fælles retlig ramme for de nationale narkotikalovgivninger, som dermed understøtter hinanden.

Andre væsentlige principper – fx om betydningen af en afbalanceret narkotikapolitik – er fastsat i slutdokumenterne fra FN's Generalforsamlings særlige samling om narkotika i 1998 samt FN's Narkotikakommissions højniveaumøder i 2009 og 2014.

Danmark har en åbenbar interesse i at sikre global tilslutning til en fælles retlig ramme og i at sikre enighed mellem producent-, transit- og aftagerlande om væsentlige principper for indsatsen mod stofbrug. Samarbejdet i regi af FN's Generalforsamling og FN's Narkotikakommission såvel som

samarbejdet med FN-organerne International Narcotics Control Board (INCB) og United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) er derfor vigtigt.

På europæisk niveau samarbejdes der inden for EU på grundlag af en narkotikastrategi for perioden 2013-2020 og en handlingsplan for perioden 2013-2016, som sammen kan siges at udgøre et fælles strategisk og handlingsorienteret fundament for medlemsstaternes nationale indsats.

Ud over EU's narkotikastrategi og -handlingsplan samt en Europæisk Narkotikapagt, som særligt fokuserer på den grænseoverskridende narkotikahandel, er der også vedtaget egentlig fællesskabslovgivning om straf for narkotikahandel, om hvidvaskning af penge og om handel med prækursorer, dvs. kemikalier, som kan anvendes ved fremstillingen af narkotika, samt om kontrol med nye syntetiske stoffer. Fællesskabslovgivningen understøtter og udbygger den retlige ramme, som udgøres af FN's narkotikakonventioner.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) spiller en særlig rolle med hensyn til at øge den samlede viden om narkotikaproblemerne. EMCDDA har til opgave at indsamle, bearbejde, analysere og formidle objektive, pålidelige og sammenlignelige data om narkotika og stofbrug til brug for europæiske beslutningstagere. I den forbindelse samarbejder EMCDDA med et såkaldt "National Focal Point" (Sundhedsstyrelsen for Danmarks vedkommende) i hver EU-medlemsstat samt Norge og Tyrkiet. EMCDDA's viden om narkotikaproblemerne er af central betydning. Et godt samarbejde med EMCDDA har derfor stor betydning.

På nordisk niveau er der et udstrakt og frugtbart narkotikasamarbejde inden for rammerne af Nordisk Narkotikaforum. Det nordiske narkotikasamarbejde adskiller sig fra andet internationalt narkotikasamarbejde ved kun at omfatte nogle få lande og selvstyrende områder, som er fælles om at lægge vægt på bestemte værdier. Dette værdifællesskab giver sig udslag i grundlæggende ligheder i narkotikapolitikken. Tilsammen skaber disse forhold et godt udgangspunkt for den dialog og erfaringsudveksling, som er samarbejdets grundpille.

Den indsats, som gøres gennem aktiv og målrettet deltagelse i det internationale narkotikasamarbejde, skal ses i sammenhæng med den generelle udenrigs-, sikkerheds- og bistandspolitik, herunder den politik, som tager sigte på at bistå de narkotikaproducerende lande og transitlandene i deres indsats for at begrænse både narkotikaudbud og -efterspørgsel.

Økonomisk udvikling og forbedrede levevilkår i producent- og transitlandene gør færre afhængige af narkotikaøkonomien, og flere vil vælge legale alternativer til at ernære sig som narkotikaproducent eller -smugler. En mere stabil sikkerhedssituation gør det lettere for de lokale myndigheder at bekæmpe narkotikaøkonomien og begrænse den lokale efterspørgsel.

Særligt om det internationale politisamarbejde henvises til afsnit 5.2.1.1.

2. Forebyggelse og tidlig indsats

2.1. Retsgrundlag

Efter sundhedslovens § 119, stk. 2, etablerer kommunen forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Efter § 119, stk. 3, tilbyder regionen rådgivning mv. i forhold til kommunernes etablering af bl.a. forebyggende tilbud efter stk. 2.

Sundhedslovens kapitel 36 indeholder bestemmelser om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, herunder bl.a. om, at kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der ydes dels en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, og om, at kommunen vederlagsfrit bistår skoler med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

I kapitel 3 og 4 i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge er der bestemmelser om den kommunale tilrettelæggelse af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for alle børn og unge samt for børn og unge med særlige behov.

Efter sundhedslovens § 214 vejleder Sundhedsstyrelsen om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven, hvilket altså også omfatter kommunernes forebyggelsesopgaver efter lovens § 119. I øvrigt har bl.a. kommunerne efter § 214, stk. 2, adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål.

Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fra 2011 beskrevet, hvorledes bl.a. kommunen bedst muligt kan tilrettelægge indsatsen, så sundhedslovens § 119 og bestemmelserne i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge bliver opfyldt.

Lov om restaurationsvirksomhed og alkoholbevilling m.v. regulerer alkoholbevillinger, adgangskrav for publikum mv., hvilket også har et stofforebyggende sigte.

Af § 7 i folkeskoleloven fremgår det, at sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab skal indgå i undervisningen i grundskolen. I det såkaldte faghæfte 21 præciseres trinmålene for de enkelte klassetrin.

Efter § 11 i serviceloven har kommunen pligt til at yde gratis, anonym rådgivning til børn, unge og forældre, herunder vordende forældre, om stofbrug. § 12 forpligter kommunen til at yde rådgivning om stofbrug til personer over 18 år, herunder opsøgende arbejde. § 101 forpligter kommunen til at yde social behandling af stofmisbrug med en behandlingsgaranti på 14 dage, også for unge under 18 år. Tilbuddet skal her iværksættes med forældremyndighedens samtykke og kræver samtykke fra den unge, hvis han eller hun er fyldt 15 år. For alle unge med et stofmisbrug skal der udarbejdes en handleplan for den samlede indsats efter servicelovens § 140 stk. 2. Endelig anfører servicelovens § 153, at personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de i forbindelse med deres arbejde får kendskab til eller mistanke om, at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte.

Efter § 5 i retssikkerhedsloven skal kommunerne behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning, herunder også rådgivning om stofbrug, når en ung søger kontanthjælp.

2.2. Generelt

En systematisk, helhedsorienteret og flerstrengt indsats for at forebygge og sætte tidligt ind over for et begyndende stofbrug er en af grundpillerne i den danske narkotikapolitik. På baggrund af stoffernes udbredelse i befolkningen er det særligt unge, der er den vigtigste målgruppe.

Brug af stoffer skyldes ofte et sammenfald af sociale, kulturelle og psykologiske faktorer. Den stofforebyggende indsats er således baseret på en tværsektoriel tilgang på tværs af myndighedsområder, kommunale forvaltningsområder, grundskole- og ungdomsuddannelsesområder, SSP, festmiljøer, udsatte boligmiljøer mv. Fx kan indsatser i forhold til at fastholde unge i uddannelsesforløb være med til at forebygge de unges risikoadfærd i forhold til stoffer – og omvendt. Mental sundhed og trivsel er kendte beskyttende faktorer i forhold til at begynde et brug af stoffer og dermed vigtige temaer i den stofforebyggende indsats.

Forebyggelse af stofbrug hænger også tæt sammen med forebyggelse af brug af alkohol og tobak. Forskning viser, at det ofte er de samme unge, der har et stort alkoholforbrug og er dagligrygere, som ryger hash. Unge med en tidlig alkoholdebut og/eller storforbrug af alkohol har en større risiko for at eksperimentere med stoffer end unge, der har et begrænset alkoholforbrug. Og mange unge eksperimenterer med stoffer i en situation, hvor de er berusede. Alkoholforebyggelse er således en væsentlig del af den stofforebyggende indsats.

Særligt om politiets bidrag til forebyggelse og tidlig indsats henvises til afsnit 5.2.1.2.

2.2.1. Kommunal indsats

Som det fremgår af retsgrundlaget, jf. afsnit 2.1., er kommunerne ansvarlige for den borgerrettede forebyggelsesindsats. I forhold til den forebyggende og tidlige indsats er der en væsentlig snitflade mellem sundhedsområdet og socialområdet. Generelt vil den største effekt af det forebyggende arbejde opnås med en helhedsorienteret og flerstrengt indsats, hvor der samtidigt arbejdes på tværs af forvaltninger og sektorer med forskellige metoder og forebyggende indsatser, herunder med kobling til statslige og regionale tiltag.

2.2.1.1. Kortlægning af kommunernes indsats

Sundhedsstyrelsen kortlagde i 2013 det kommunale stofforebyggende arbejde, hvilket gav et overblik over kommunernes indsats på stofområdet. 90 kommuner deltog i undersøgelsen.

Kortlægningen viste, at næsten alle kommuner har stofforebyggende indsatser, men at der er forskel på omfang og organisering af indsatsen. I nogle kommuner er det forebyggelsesmedarbejdere, der selv står for udførelsen af konkrete forebyggelsesaktiviteter. I andre kommuner har disse medarbejdere en facilitierende rolle. Det er primært SSP-konsulenter, som står for de konkrete indsatser (97 %), og som fungerer som rådgivere for kommunens frontpersonale i forhold til stofproblemstillinger (87 %).

Kortlægningen viste endvidere, at i de fleste kommuner er den stofforebyggende indsats beskrevet i børne- og ungepolitikken (70 %) og/eller i sundhedspolitikken (78 %). 33 % af kommunerne har en selvstændig handleplan eller politik for stoffer. 73 % af kommunerne har en handleplan for stofforebyggelse rettet mod særligt udsatte unge.

Kortlægningen viste desuden, at langt de fleste kommuner i det stofforebyggende arbejde har fokus på børn og unge i grundskolen (94 %) samt børn og unge med risikoadfærd (98 %). Indsatsen i grundskolen har fokus på at opbygge stærke fællesskaber, på holdningsdannelse, på at styrke vilkårene for børn og unges trivsel samt på, hvordan forældresamarbejdet bedst udvikles og aktiveres.

Kortlægningen viste tillige, at ungdomsuddannelsesinstitutioner, produktionsskoler, vejledningssektoren og udsatte boligmiljøer er centrale arenaer for indsatser målrettet unge med risikoadfærd, herunder fastholdelse af de unge i uddannelse. Hvor nogle kommuner oplever interesse og velvilje for et samarbejde fra uddannelsesstedernes side, oplever andre, at skolernes ledelse og undervisere har berøringsangst over for området.

Herudover viste kortlægningen, at kommunerne generelt samarbejder med en lang række aktører i forhold til stofforebyggelse:

- 52 % samarbejder med festmiljøet
- 42 % har indsatser målrettet fritids- og foreningslivet
- 51 % samarbejder med ungdomsuddannelsesinstitutioner
- 12 % har indsatser på arbejdspladser

Sundhedsstyrelsens kortlægning viste, at flere kommuner efterspørger et bedre tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem de områder, som er i berøring med målgruppen. Det kan fx være et samarbejde mellem forebyggelseskonsulenter og kommunalt frontpersonale eller mellem forebyggelseskonsulenter og medarbejdere, der arbejder med stofbehandling. Et sådant samarbejde er veletableret i nogle kommuner.

Kortlægningen viste endvidere, at mange kommuner oplever opsporing og motivation af udsatte unge som en udfordring, og flere efterspørger kompetenceudvikling og videreuddannelse af medarbejdere. Flere efterspørger også begrebsmæssig afklaring og et fælles sprog om stofforebyggelse i kommunen.

Endelig viste kortlægningen, at kommunerne påpeger, at arbejdet med evidens og dokumentation på stofområdet kan styrkes. Således har 19 % af kommunerne evalueret konkrete stofforebyggende indsatser, mens kun 4 % har dokumenteret udbud og anvendelse af indsatserne.

2.2.1.2. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2013 en forebyggelsespakke om stoffer. Forebyggelsespakken indeholder faglige anbefalinger til en styrket kommunal stofforebyggende indsats af høj kvalitet og kan bruges til at prioritere og planlægge indsatsen i kommunerne.

Formålet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om stoffer er at understøtte kommunernes arbejde med at forebygge brug af euforiserende stoffer, særligt blandt unge. Pakken fokuserer på primær og sekundær forebyggelse af stofbrug, herunder på at:

- Forebygge debut af brug af stoffer blandt alle unge.
- Opspore og forebygge fortsat brug af stoffer blandt unge i risiko for at udvikle et regelmæssigt stofbrug.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke, at det på baggrund af stoffernes udbredelse i befolkningen er unge under 25 år, der er den primære målgruppe for den forebyggende indsats. Den sekundære målgruppe er forældre samt professionelle, der arbejder med unge. Det afspejler sig i forebyggelsespakkens anbefalinger, hvoraf flere dog også omfatter forebyggelse af stofbrug blandt borgere over 25 år. Der bør endvidere være et særligt fokus på udsatte unge, unge uden for uddannelsessystemet, unge, der mistrives, og unge med psykiske lidelser.

Forebyggelsespakken om stoffer skal ses i sammenhæng med forebyggelsespakkerne om alkohol, tobak og mental sundhed, og arbejdet med stofforebyggelse understøttes af, at kommunerne samtidig arbejder med anbefalingerne i de tre andre pakker.

Størstedelen af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om stoffer er baseret på en systematisk litteratursøgning af national og international litteratur med fokus på evidensen af stofforebyggende metoder og indsatser. Fordi der på nogle områder kun er sparsom forskning, indeholder forebyggelsespakken desuden anbefalinger, som er baseret på viden om god praksis og erfaringer fra kommunerne. Sundhedsstyrelsen vurderer, at anbefalingerne er hensigtsmæssige i en samlet kommunal forebyggelsesindsats på stofområdet.

Af forebyggelsespakken fremgår det, at generelt vil den største effekt af det forebyggende arbejde opnås med en helhedsorienteret og flerstrengt indsats, dvs. når der samtidigt arbejdes på tværs af forvaltninger og sektorer med forskellige metoder og forebyggelsesindsatser, herunder med kobling til nationale og regionale tiltag. Forebyggelsesindsatserne bør målrettes de arenaer, hvor de unge færdes, såsom grundskole, ungdomsuddannelsesinstitutioner, festmiljøer, udsatte boligmiljøer mv.

Forebyggelsespakken beskriver metoder og indsatser med stærk evidens for effekt såvel som metoder og indsatser med begrænset evidens for effekt. For så vidt angår de sidstnævnte, sker metodeudvikling løbende. Inden for stofforebyggelse er der gjort mange erfaringer, der betragtes som god praksis, uden at de på nuværende tidspunkt bakkes op af stærk evidens.

Forebyggelsespakken beskriver endelig nogle metoder og indsatser, der ifølge forskningen enten ikke har effekt eller endog virker mod hensigten.

Af metoder og indsatser med stærk evidens for effekt i forhold til primær og sekundær forebyggelse fremhæves i forebyggelsespakken:

- Begrænsning af tilgængeligheden af stoffer, herunder håndhævelse af lovgivning og indsats i festmiljøer
- Forebyggelse i skolen og på ungdomsuddannelser
- Tidlig indsats med korte rådgivende samtaler
- Forældreuddannelse

Uddybende fremgår det af forebyggelsespakken, at udbredelsen af stoffer er mindre end udbredelsen af alkohol og tobak, og at årsagen sandsynligvis er, at stoffer er forbudte.

Sammenhængen mellem tilgængelighed og forbrug er velbeskrevet i forhold til alkohol og tobak og viser, at forbruget falder, når tilgængeligheden mindskes. Når man mindsker tilgængeligheden af stoffer, er det forventeligt, at færre begynder at bruge stoffer.

Endvidere fremgår det af forebyggelsespakken, at forskning viser, at forebyggende indsatser i festmiljøer efter principperne i det svenske forebyggelsesprojekt "STAD", der både har et alkohol- og stofforebyggende sigte, begrænser tilgængeligheden og forekomsten af stoffer og vold i nattelivet. De svenske principper er implementeret i det danske projekt "Ansvarlig Udsækning".

Herudover fremgår det af forebyggelsespakken, at der foreligger stærk dokumentation for, at forebyggelsesindsatser i skoleregi (både på grundskole- og ungdomsuddannelsesniveau) er effektive, når der er tale om interaktiv og struktureret undervisning udført af en uddannet facilitator. Forskning viser en effekt af undervisning med fokus på at udvikle personlige og sociale kompetencer, øge trivsel, modarbejde flertalsmisforståelser (dvs. at de unge tror, at stofbrug er mere udbredt, end det i virkeligheden er), samt øge de unges risikobevisthed i forhold til rusmidler.

Det fremgår tillige af forebyggelsespakken, at der er stærk dokumentation for effekt af en tidlig indsats med korte rådgivningssamtaler rettet mod unge på vej ind i et regelmæssigt stofbrug. Forløbet bør varetages af en uddannet rådgiver og tilbydes kort efter, at stofbruget er opsporet.

Udvikling fra et eksperimenterede brug af stoffer over i et regelmæssigt brug sker glidende, og en tidlig indsats kan bremse denne udvikling. Forskning viser endvidere, at der er effekt af kort intervention leveret online via computer.

Endelig fremgår det af forebyggelsespakken, at der er stærk dokumentation for, at forældreuddannelse er effektiv i forhold til at forebygge stofbrug. Uddannelsen har fokus på relationen mellem forældre og børn, viden og færdigheder i forhold til mental og fysisk sundhed hos barnet, familiens sundhed og trivsel samt forældrenes position som rollemodeller.

Af metoder og indsatser, som betragtes som god praksis, uden på nuværende tidspunkt at være bakket op af stærk evidens, fremhæves i forebyggelsespakken bl.a.:

- Rusmiddelpolitikker og -handleplaner på institutioner, herunder skoler, ungdomsuddannelser og produktionsskoler.

Det fremgår af forebyggelsespakken, at rusmiddelpolitikker og -handleplaner på institutioner, herunder skoler, ungdomsuddannelser og produktionsskoler medvirker til at begrænse tilgængeligheden af stoffer, skabe en sammenhængende indsats samt sikre kvalificering af nøglepersoner med henblik på tidlig indsats og motivation til rådgivning eller behandling. Således kan stofpolitikker og handleplaner sætte rammen for de indsatser, hvor der er stærk evidens.

2.2.1.3. Kortlægning af kommunernes implementering af forebyggelsespakken

Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, gennemførte i 2014 en kortlægning af kommunernes arbejde med at implementere anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om stoffer. I alt 97 kommuner besvarede et spørgeskema, som dannede grundlag for kortlægningen.

Kortlægningen viste, at der fortsat er et potentiale for en øget og mere systematisk indsats på disse områder. Da kortlægningen blev gennemført så kort tid efter udsendelsen af forebyggelsespakken om stoffer, var det da også forventeligt, at kommunerne ikke var nået længere med implementeringen af forebyggelsespakken anbefalinger.

Kortlægningen viste endvidere, at der fortsat er stor variation i kommunernes vurdering af, i hvilken grad deres indsats lever op til forebyggelsespakkernes anbefalinger på grund- og udviklingsniveau.

På det mere konkrete plan viste kortlægningen, at i alt 56 % af kommunerne i samarbejde med ungdomsuddannelser og produktionsskoler har udarbejdet rusmiddelpolitikker og/eller handleplaner til iværksættelse af stofforebyggende indsatser, mens 66 % af kommunerne har etableret samarbejde med ungdomsuddannelser og produktionsskoler vedrørende tidlig opsporing af unge med et eksperimenterende eller regelmæssigt brug af stoffer.

I forbindelse med kortlægningen vurderede kommunerne, i hvilken udstrækning medarbejdere i kommunen, der møder de unge i dagligdagen, har viden og kompetencer til at sikre tidlig opsporing af stofbrug ved hjælp af en kort opsporende samtale. Procentvis vurderer flest kommuner, at SSP-medarbejdere i stor udstrækning har viden og kompetencer til at foretage en kort opsporende samtale med henblik på tidlig opsporing af stofbrug (63 %), mens cirka en tredjedel af kommunerne (29 %) vurderer, at skolesundhedstjenesten i stor udstrækning har viden og kompetencer inden for dette område. Kun 8 % af kommunerne vurderer, at der i stor udstrækning er viden og kompetencer til stede hos ansatte i kommunens folkeskoler til at sikre opsporing af stofbrug blandt unge i kommunen ved hjælp af en kort opsporende samtale.

Kortlægningen viste, at størstedelen af kommunerne (79 %) tilbyder en kort rådgivende samtale til unge med et eksperimenterende brug af stoffer. Ud af disse kommuner tilbyder 44 % af kommunerne denne rådgivning til unge med et eksperimenterende eller regelmæssigt brug af

stoffer som en del af kommunens øvrige ungerådgivning, mens 37 % tilbyder rådgivningen som udgående funktion fx på uddannelsesinstitutioner, produktionsskoler, ungdomsuddannelsesvejledningen eller i udsatte boligmiljøer.

Kortlægningen viste tillige, at ca. seks ud af ti kommuner endvidere tilbyder systematisk og dialogbaseret undervisning i folkeskolen om brug af stoffer (63 %), mens 16 % af kommunerne angiver, at de ikke tilbyder denne undervisning i kommunens folkeskoler.

I forbindelse med kortlægningen vurderede kommunerne, hvorvidt emnet stofbrug indgår som en systematisk del af udskolingssamtalen for eleverne i folkeskolernes afgangsklasser. Cirka halvdelen af kommunerne vurderer, at emnet for alle eller næsten alle eleverne i folkeskolens afgangsklasser indgår som en systematisk del af udskolingssamtalen, mens 11 % af kommunerne angiver, at dette er gældende for under halvdelen af eleverne i kommunens afgangsklasser. Det bemærkes, at der til de to sidste spørgsmål er en relativ stor andel af kommuner, der har angivet "ved ikke": henholdsvis 21 % og 35 %.

Kortlægningen fra Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, har bidraget med et vigtigt overblik, der kan styrke det videre arbejde med at implementere anbefalingerne i forebyggelsespakken om stoffer og derved sikre en forebyggelsesindsats af høj kvalitet. Kortlægningen gentages i 2015, hvilket vil give værdifuld viden om, hvordan det kommunale arbejde udvikler sig over tid.

2.2.2. Statslig indsats

Kommunerne bistås i forbindelse med den konkrete forebyggelsesindsats af de centrale myndigheder. De statslige kerneopgaver er i den forbindelse først og fremmest overvågning og sikring af, at nye tendenser og problemer identificeres og formidles, samt formidling af resultater fra modelprojekter og rådgivning/vejledning i øvrigt til det regionale og kommunale område.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, hvor de statslige opgaver er forankret, er ansvarlig for at bidrage til metodeudvikling gennem administration af puljefinansierede modelprojekter. Gennem modelprojekter er der mulighed for at afprøve videnbaserede koncepter og metoder i en dansk kontekst samt afprøve metoder udviklet lokalt i en større kontekst. Ud over forebyggelsespakken om stoffer, jf. afsnit 2.2.1.2, som tager sigte på at understøtte kommunernes arbejde med stofforebyggelse, udgiver Sundhedsstyrelsen en række rådgivnings- og informationsmaterialer som skal støtte og vejlede borgere, professionelle og øvrige myndigheder.

Særligt for unge har Sundhedsstyrelsen udgivet pjecen "Stoffer – hvordan virker de, hvordan ser de ud" med fakta om forskellige stoffer. Pjecen, som løbende opdateres og tilpasses udviklingen i unges stofbrug, bruges som *hand outs* af ungededarbejdere, SSP-konsulenter og anden frontpersonale, der møder de unge gennem deres arbejde. Pjecen er også en del af kampagneindsatsen i festmiljøerne, hvor den findes i en mobil-version.

Særligt for forældre har Sundhedsstyrelsen udgivet to publikationer; "Dit barns festkultur", som er målrettet forældre til grundskolebørn, og "Hjælp din teenager – med at skabe rammer for alkohol, tobak og stoffer", som er målrettet forældre til unge på ungdomsuddannelser. I publikationerne aflives myter om rusmidler og tobak, fakta om skadesvirkninger præsenteres, og der vejledes i, hvordan man bedst muligt støtter sit barn i at håndtere tilbud om eller brug af rusmidler på en god måde. Herudover har Sundhedsstyrelsen sammen med Komiteen for Sundhedsoplysning udgivet de forældrerettede pjecer "Om hash og unge – for forældre" og "Snifning og unge – til forældre".

Særligt for skoleledelser, lærere og bestyrelser har Sundhedsstyrelsen udgivet to publikationer; "Sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer", som er målrettet grundskolen, og "Politik for rusmidler

og rygning”, som er målrettet ungdomsuddannelserne. Publikationerne indeholder viden om, hvordan rusmidlerne påvirker de unges sundhed, og hvilken indflydelse rusmidler kan have på indlæring og udbytte i skolen. Det beskrives endvidere, hvordan skolerne kan arbejde med politikker og være rammesættende i deres udmelding om rusmidler. Til yderligere inspiration har Sundhedsstyrelsen tidligere udgivet ”Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af byen” og sammen med Komiteen for Sundhedsoplysning pjecen ”Køreplan om hash for lærere”.

Hertil kommer pjecerne ”Hash-samtalen – om unge og hash-rygning” og ”Stoflex”, som Sundhedsstyrelsen har udgivet sammen med Komiteen for Sundhedsoplysning. Begge pjecer kan anvendes af både forældre og skoler. Pjecerne ”Om hash og unge – for forældre” og ”Snifning og unge – til forældre” kan i øvrigt også anvendes af lærere.

Hjemmesiden *Stofinfo.sst.dk* er en del af Sundhedsstyrelsens informationsindsats. Hjemmesiden er især målrettet unge, men også forældre, der gerne vil tale med deres unge om stoffer, samt skoler, der vil tage emnet op i undervisningen. *Stofinfo.sst.dk* indeholder fakta om bl.a. hash, kokain, heroin og amfetamin, herunder om de enkelte stoffers virkning samt risiko for afhængighed, skader og forgiftning. *Stofinfo.sst.dk* indeholder endvidere oplysninger om, hvordan man som ung kan passe på sig selv og sine venner, og om, hvor man som ung kan få rådgivning, støtte og behandling.

Socialstyrelsen har udgivet hæftet ”Hele vejen rundt”, som er rettet mod fagpersoner omkring de unge. Hæftet giver viden og redskaber til arbejde med den unge.

Hjemmeside *Vidensportalen* beskriver nyeste viden om forebyggende og behandlende indsatser over for unge, der enten har et misbrug, eller som er i risiko for at få det.

2.3. Konkrete eksempler

2.3.1. Satspuljeprojektet ”Unge, alkohol og stoffer”

Seks modelkommuneprojekter (i alt otte kommuner) har i perioden 2011-2014 arbejdet med at forbedre den rusmiddelforebyggende indsats målrettet unge på ungdomsuddannelserne.

Formålet med satspuljeprojektet var at afprøve, om et øget og forpligtende samarbejde mellem kommune og ungdomsuddannelser kan være med til at begrænse udbredelsen af rusmidler blandt unge, samt sikre en tidlig indsats over for unge på vej ud i et problematisk brug af rusmidler.

Målgruppen for satspuljeprojektet var:

- Alle unge på ungdomsuddannelser
- Unge på vej ud i et problematisk brug af rusmidler
- Sekundær målgruppe: ledelse og lærere, samt vejledere med kontakt til de unge

Modelkommuneprojekterne har etableret, afprøvet og udviklet:

- Modeller for samarbejde mellem kommune og uddannelsesinstitutioner
- Rusmiddelpolitikker og handleplaner
- Opsporende og rådgivende indsatser

Det var et krav, at indsatsen omfattede etablering af forpligtigende samarbejde med minimum tre uddannelsesinstitutioner i kommunen.

Modelkommuneprojekterne har bidraget til at udvikle nye metoder til at fremme det rusmiddelforebyggende miljø på ungdomsuddannelserne og til at gennemføre en tidlig indsats over for unge på vej ud i et problematisk brug af rusmidler. En tværgående evaluering giver et overblik over, hvilke styrker og barrierer der kan være ved de forskellige tilgange.

2.3.2. Udvikling og effektevaluering af et hashforebyggende undervisningsprogram på ungdomsuddannelserne

Mange unge, der udvikler misbrug, påbegynder et jævnlige hashforbrug, mens de er tilknyttet en ungdomsuddannelse. Dette sker parallelt med, at holdninger og overbevisninger i relation til hash forandres mod øget accept og lavere risikovurdering. På trods af de sene teenageårs afgørende betydning for udviklingen af misbrug er evidensbaserede forebyggelsesinterventioner et relativt ukendt fænomen på danske ungdomsuddannelser.

I samarbejde mellem Skive Kommune og Syddansk Universitet pågår et ph.d.-projekt, som omhandler udvikling og effektevaluering af et misbrugsforebyggende undervisningsprogram på ungdomsuddannelserne. Projektets foreløbige resultater viser, at positive holdninger til "cannabiskulturen" er medvirkende årsag til, at unge begynder at ryge hash, og at det derfor er hensigtsmæssigt at bearbejde og nuancere sådanne holdninger gennem forebyggende undervisning. Projektet forventes afsluttet 2016.

2.3.3. Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge: netstof.dk

Hjemmesiden *Netstof.dk*, som har eksisteret siden 1998, er en omfattende og interaktiv ungeportal med fokus på rusmidler.

Formålet med *Netstof.dk* er et nationalt internetbaseret tilbud til unge, som søger information og rådgivning om alkohol, hash og andre stoffer.

Målgruppen for *Netstof.dk* er:

- Unge i alderen 15-24 år i risiko for at udvikle et behandlingskrævende rusmiddelbrug
- Sekundær målgruppe: Forældre eller andre pårørende til unge i risiko for at udvikle et behandlingskrævende rusmiddelbrug

Netstof.dk har for perioden 2012-2015 fået satspuljemidler til at fastholde og videreudvikle den internetbaserede information rådgivning til unge. *Netstof.dk* har bl.a. udvidet rådgivningstilbuddet med en anonym "1-1" chatfunktion. Herudover omfatter hjemmesiden brevkasser, debatforum, hvor der er mulighed for at debattere med andre unge, samt en vidensbank med information om alkohol, hash og andre stoffer. Herudover tilbydes også rådgivning og information til forældre eller andre pårørende til unge i risiko for at udvikle et behandlingskrævende rusmiddelbrug.

Netstof.dk er blevet evalueret. Evalueringen viser bl.a., at hjemmesiden når ud til en gruppe af unge, der eksperimenterer med hash og andre stoffer, men som traditionelt er vanskelige at nå, fordi de ikke selv mener, at de har et stofproblem.

2.3.4. Festmiljøkampagne: Music Against Drugs

Sundhedsstyrelsen og interesseorganisationen Dansk Live gennemfører årligt den holdningsmarkerende kampagne "Music Against Drugs" på en lang række festivaler og spillesteder i Danmark.

Formålet med kampagnen er at reducere unges eksperimenterende brug af stoffer.

Den primære målgruppe for indsatsen er unge i alderen 16-24-år.

Kampagnen kører på en lang række festivaler hver sommer og fortsætter på spillesteder landet over i efteråret. Kampagneelementerne er bl.a. hegnsbannere, storskærmsspot, plakater, t-shirts mv. Afmeldingen i kampagnerne i 2014 og 2015 er "Du oplever kun det halve, når du er helt væk". Det er festivalerne og spillestederne selv, der er afsender på kampagnen. Ud over den stofforebyggende indsats indeholder kampagnen også en alkoholforebyggende indsats "Mindre

druk – mere fest” målrettet barpersonalet med fokus på overholdelse af udskæringsregler. De to indsatser har det samme kreative udtryk.

Evalueringen af de tidligere års kampagner viser en meget høj synlighed af og opbakning til kampagnen blandt publikum. Væsentligt er det, at en stor del af det adspurgte publikum angiver at have diskuteret kampagnens budskab med andre og vurderer, at kampagnen gør det nemmere at sige nej til stoffer.

2.3.5. Projekt ”Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer”

I projektet ”Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer” afprøves en tilpasset udgave af U-turns hashgruppe-model for gruppetilbud til unge med rusmiddelproblemer på erhvervs- og produktionsskoler i seks udvalgte kommuner. U-turn er Københavns Kommunes tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer.

Målet med projektet er bl.a. at øge en gruppe af udsatte unges forudsætninger for at gennemføre en ungdomsuddannelse. Indsatsen består af kortvarige gruppeforløb suppleret med individuelle samtaler på erhvervs- eller produktionsskolen.

Målgruppen er unge, som går på erhvervs- og produktionsskoler, og som har et problematisk forbrug eller et ikke-behandlings-krævende misbrug af primært hash. Baggrunden for projektet er, at en betydelig gruppe af unge med trivselsproblemer på erhvervs- og produktionsskoler har et så stort hashforbrug, at det giver problemer med at fungere personligt, socialt og fagligt, hvilket kan føre til, at de unge stopper deres uddannelse i utide.

Projektkommunerne påbegyndte de første gruppeforløb i 2013. Modellen blev fastsat endeligt i begyndelsen af 2014, og den afprøves nu i kommunerne indtil medio 2016. Effekten af den afprøvede model dokumenteres.

2.3.6. Satspuljeprojekt ”Forebyggelse af hashrygning på erhvervs- og produktionsskoler”

Med satspuljeaftalen for 2015-2018 er der afsat midler til at støtte et eller flere projekter i at udforme eller sammensætte et undervisningsforløb, der har fokus på at forebygge hashrygning på erhvervs- og produktionsskoler.

Undervisningsforløbet skal så vidt muligt baseres på allerede kendte evidensbaserede metoder og materialer.

Undervisningsforløbet skal tilrettelægges, så det kan anvendes i det nye fag ”Samfund og sundhed” på erhvervsuddannelserne og imødekommer det nye fags formål og profil.

Undervisningsforløbet skal også kunne anvendes på produktionsskoler.

3. Behandling

Stofmisbrug er et sammensat problem. Personer med et stofmisbrug er meget forskellige med hensyn til misbrugets hyppighed og art. Det er afgørende, at behandlingsindsatsen har den enkelte person i centrum og tager udgangspunkt i misbrugets hyppighed og art, men også mere generelt i den grad af social udsathed, som personen befinder sig i.

For nogle personer vil stofmisbruget være en livslang udfordring, hvor stoffrihed – forstået som ophør med et ikke-ordineret forbrug af psykoaktive stoffer – som udgangspunkt ikke nødvendigvis vil være en realistisk målsætning at arbejde ud fra. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at behandling i disse tilfælde er formålsløs. Så længe den står på, forbedrer behandlingen den enkelte persons situation. Den forbedrede situation er blivende i de tilfælde, hvor personen – nogle gange efter mange mislykkede forsøg – efter behandlingsophør forbliver stoffri eller fastholder et reduceret misbrug.

I øvrigt kan effekten af stofmisbrugsbehandling ikke altid alene måles på, hvorvidt en person efter behandlingsophør forbliver stoffri eller fastholder et reduceret misbrug. Andre mål kan være nok så relevante. Effekten skal også måles på forbedring af borgerens samlede livssituation, bl.a. øget livskvalitet, mestring af eget liv, deltagelse i sociale fællesskaber – og hvis relevant og muligt – beskæftigelses- eller uddannelsesrelaterede fællesskaber.

I forbindelse med tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen er det også afgørende at holde sig for øje, at stofmisbrug ofte optræder sammen med psykiske lidelser og problemer, fx angst, depressioner og personlighedsforstyrrelser. En sådan dobbeltbelastning komplicerer indsatsen i forhold til både stofmisbruget og de psykiske lidelser og problemer.

Derudover er det også afgørende at holde sig for øje, at behandling sigter mod øget inklusion i sociale og beskæftigelsesrettede sammenhænge og derfor ofte kræver samarbejde med andre instanser uden for det traditionelle behandlingsregi såsom uddannelsessteder og jobcentre.

Det kræver en flerstrengt behandlingsindsats at nå de meget forskellige grupper, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til misbrugets hyppighed og art såvel som med hensyn til graden af social udsathed samt fysisk og psykisk belastning. Det er også vigtigt, at behandlingsindsatsen er helhedsorienteret og sammenhængende.

En helhedsorienteret og sammenhængende behandlingsindsats forudsætter et tværfagligt samarbejde, hvor både de socialfaglige og de sundhedsfaglige kompetencer anerkendes og anvendes. I forhold til personer med stofmisbrug kan der således være behov for social stofmisbrugsbehandling og indsats mod de sociale problemer, som personen i øvrigt måtte have, såvel som for lægelig stofmisbrugsbehandling og andre sundhedsfaglige ydelser.

De organisatoriske forudsætninger for dette tværfaglige samarbejde er til stede i den forstand, at ansvaret for både den sociale stofmisbrugsbehandling og den lægelige stofmisbrugsbehandling er forankret i kommunerne, og at kommunerne typisk har samlet opgaverne i én forvaltning.

Kommunerne er nær på borgerne og forventes derfor at have det lokalkendskab, som er nødvendigt for nærmere at tilrettelægge behandlingsindsatsen i lyset af stofmisbrugsproblemernes omfang og betydning samt misbrugsmønstrene, som kan være forskellige fra kommune til kommune og fra lokalområde til lokalområde. Selv om forskellene kan begrunde en vis variation i, hvordan den enkelte kommune tilrettelægger sin behandlingsindsats, skal behandlingen være i overensstemmelse med centralt fastsatte retningslinjer, som fx er fastsat i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. De kommende

nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling vil indeholde retningsanvisninger, som dog ikke er forpligtende.

Uanset hvordan den enkelte kommune tilrettelægger behandlingsindsatsen, har alle personer – uanset om de skal i social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, i lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142 eller i både social og lægelig stofmisbrugsbehandling – ret til at få iværksat behandlingen senest 14 dage efter, at de har henvendt sig til kommunen.

Det betyder bl.a., at der for alle personer senest 14 dage efter deres henvendelse skal være udarbejdet en behandlingsplan for den sociale stofmisbrugsbehandling, hvis der er tale om behandling efter serviceloven, en behandlingsplan for den lægelige stofmisbrugsbehandling, hvis der er tale om behandling efter sundhedsloven, eller behandlingsplaner for både den sociale og den lægelige stofmisbrugsbehandling, hvis der er tale om behandling efter både serviceloven og sundhedsloven.

Behandlingsplanerne er vigtige i forhold til at sikre sammenhæng. Det forhold, at behandlingsplanerne skal indgå som en del af den samlede handleplan, som kommunen efter servicelovens § 141 i visse tilfælde skal tilbyde at udarbejde og i andre tilfælde skal skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde, bidrager yderligere til sikring af en helhedsorienteret indsats.

Uanset hvordan den enkelte kommune tilrettelægger behandlingsindsatsen, har alle personer – uanset om de er visiteret til social stofmisbrugsbehandling efter serviceloven, til lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven eller til både social og lægelig stofmisbrugsbehandling – ret til at vælge at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, hvortil kommunen har visiteret.

Det betyder bl.a., at de personer, som er visiteret til stofmisbrugsbehandling efter både serviceloven og sundhedsloven, og som ønsker at vælge et andet behandlingstilbud end kommunens, kan vælge dette for begge behandlingsformers vedkommende. Med adgangen til at vælge samme behandlingssted for begge behandlingsformer er der skabt bedre muligheder for at sikre den fornødne sammenhæng mellem på den ene side den lægelige stofmisbrugsbehandling og på den anden side den sociale stofmisbrugsbehandling.

På trods af den kommunale forankring og mulighederne for gennem behandlingsplaner og frit valg at sikre sammenhængen kan det være en udfordring at sikre, at behandlingsindsatsen bliver helhedsorienteret og sammenhængende. Af rapporten "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011", som Senter for Rus- og Avhengighetsforskning (SERAF), Oslo Universitet, offentliggjorde i efteråret 2014, fremgår det bl.a., at der på trods af et ganske omfangsrigt behandlingssystem er tydelige udfordringer med hensyn til begrænset koordination og utilstrækkeligt samarbejde – en problemstilling, som også er beskrevet af Center for Rusmiddelforskning i tidligere rapporter om ambulans og døgnbehandling. Det er gennemgående rapporterne fra SERAF og Center for Rusmiddelforskning, at der synes at være mange dygtige og engagerede medarbejdere på stofmisbrugsområdet, som imidlertid ofte oplever, at de mangler en tilstrækkelig grad af overblik over situationen for den enkelte person med stofmisbrug, at de mangler redskaber og ressourcer til at intervenere adækvat, og at de mangler procedurer og systemer for et samarbejde mellem de forskellige aktører i behandlingssystemet.

I forbindelse med udfordringen at sikre en helhedsorienteret og sammenhængende behandlingsindsats i det enkelte behandlingsforløb og i overgangen mellem indsatserne skal det

endvidere bemærkes, at hverken ansvaret for behandling af indsatte i kriminalforsorgens institutioner – uanset om der er tale om social eller lægelig stofmisbrugsbehandling – eller ansvaret for behandling af psykiatriske lidelser er forankret i kommunerne, men i henholdsvis Direktoratet for Kriminalforsorgen og regionerne.

Også i forhold til de praktiserende læger synes der at være udfordringer med hensyn til koordination og samarbejde. Ud over kommunerne, regionerne og Direktoratet for Kriminalforsorgen spiller således også de praktiserende læger en rolle i forbindelse med indsatsen for personer med et stofmisbrug. SERAF's undersøgelse af forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011 viste således, at almen praksis er den instans, som flest af de personer, hvis død er narkotikarelateret, har mindst én kontakt med i året op til dødsfaldet. Ud af 230 personer, hvis død var narkotikarelateret, havde 193 haft kontakt til en praktiserende læge i samme år som dødsfaldet.

Når delelementerne i behandlingsindsatsen i det følgende er beskrevet i selvstændige afsnit (3.1.-3.4.), er det altså ikke udtryk for en manglende erkendelse af, at indsatsen skal være helhedsorienteret og sammenhængende, eller af, at det kan være en udfordring at sikre helhedsorienteringen og sammenhængen. Beskrivelsen i selvstændige afsnit skyldes alene hensynet til overskueligheden. Hvor det i det enkelte afsnit er fundet særlig relevant, er sammenhængen til den øvrige indsats beskrevet nærmere.

3.1. Social behandling og social indsats i øvrigt

3.1.1. Retsgrundlag

3.1.1.1. Social stofmisbrugsbehandling

Efter § 101 i serviceloven skal kommunen tilbyde behandling af personer med stofmisbrug. Behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter personens henvendelse til kommunen med ønske om at komme i behandling. Denne behandlingsgaranti indebærer både en ret for personer med stofmisbrug til at modtage behandling og en pligt for kommunen til at tilbyde social behandling inden fristen. Behandlingsgarantien omfatter ligeledes personer under 18 år med stofmisbrug i særlige tilfælde. Behandlingsgarantien omfatter kun personer under 18 år, som har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer forårsaget af stofmisbrug. Unge med stofmisbrug, som er mindre socialt belastede, er omfattet af kommunens generelle pligt til at yde særlig støtte til børn og unge med særlige behov, jf. servicelovens kapitel 11. § 101 erstatter ikke denne forpligtelse, men er en skærpelse i forhold til disse særlige tilfælde.

Personer, der modtager stofmisbrugsbehandling, har ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Behandlingsgarantien på 14 dage kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, kommunen har visiteret til. Retten til frit at vælge behandlingstilbud kan begrænses, hvis hensynet til borgeren taler for det.

Jf. bekendtgørelse nr. 430 af 30. april 2014 om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter servicelovens § 101 er kommunen forpligtet til at fastsætte en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om social behandling for stofmisbrug. Kvalitetsstandarderne skal indeholde samlet information til borgere om de tilbud og ydelser, kommunen tilbyder personer, der ønsker at komme i social behandling for stofmisbrug og beskrive serviceniveauet herfor.

Folketinget har d. 19. maj 2015 vedtaget, at kommunen, jf. servicelovens § 101 a, skal tilbyde anonym, ambulans behandling af stofmisbrug til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer, hvortil der ydes hjælp efter afsnit V i serviceloven. Kommunen skal sikre, at en person, der ønsker at modtage anonym, ambulans

stofmisbrugsbehandling, kan henvende sig til kommunen anonymt via hjemmeside eller telefonisk og indgå aftale om en afklarende samtale om behandlingsbehovet. Kommunen skal ligeledes sikre, at behandlingen foregår på en sådan måde, at anonymiteten kan sikres. Behandlingen skal tilbydes som gruppebehandling. Kommunerne er forpligtede til at indgå aftale med to eller flere leverandører af tilbud om anonymt ambulant stofmisbrugsbehandling, hvoraf mindst et tilbud skal være beliggende uden for kommunen.

3.1.1.2. Social indsats i øvrigt

Kommunerne har udover egentlig stofmisbrugsbehandling en række muligheder ifølge serviceloven for at tilbyde hjælp og støtte til personer med særlige sociale problemer, herunder personer med stofmisbrug.

Kommunen er efter servicelovens § 10 forpligtet til at sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Kommunen er tilsvarende forpligtet til at sørge for tilbud om gratis rådgivning til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer efter servicelovens § 12. Derudover er kommunen efter servicelovens § 85 forpligtet til at tilbyde bl.a. hjælp, omsorg eller støtte til personer, der har behov for det på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Endvidere er kommunen efter servicelovens § 104 forpligtet til at tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller livsvilkår.

Det gælder for disse bestemmelser, at kommunen alene skal tage hensyn til den pågældende borgers konkrete behov og ikke til, hvad der er årsag til behovene i vurderingen af, om borgeren skal have hjælp og støtte.

3.1.2. Generelt

3.1.2.1. Indsatser i den sociale behandling

Kommunerne er ansvarlige for den sociale stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling (med undtagelse af den behandling, der finder sted i fængsler og arresthuse). Kommunens koordinering af de tværgående og tværsektorielle indsatser er afgørende for indsatsen på stofmisbrugsområdet. Målet er en helhedsorienteret indsats, hvor der ud over stofmisbruget efter behov fokuseres på bolig, arbejde, fysiske og psykiske sygdomme – og individuelle og sociale ressourcer.

Den sociale del af den kommunale indsats over for en person med stofmisbrug består ofte af:

- En behandlingsindsats rettet mod stofmisbruget (social og/eller lægelig)
- En bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation
- En social og/eller psykiatrisk indsats rettet mod personens psykiske helbred
- En kontaktskabende og støttende indsats rettet mod de mest belastede mennesker med stofmisbrug

Hertil kommer den mere omsorgsorienterede indsats, der bl.a. kan finde sted på de kommunale og private væresteder. Denne indsats retter sig især mod de mest belastede mennesker med stofmisbrug, som for de flestes vedkommende har eller har haft et opioidmisbrug.

Social stofmisbrugsbehandling er en intervention, som er rettet mod at stoppe eller reducere stofmisbruget og mod at reducere de sociale følger, livet som misbruger afstedkommer. I definitionen af social stofmisbrugsbehandling er der lagt vægt på, at målet med den sociale stofmisbrugsbehandling skal tilpasses den enkelte borgers situation, ressourcer og ønsker og planlægges i samarbejde med den enkelte.

Stoffrihed, forstået som ophør med et ikke-ordineret forbrug af psykoaktive stoffer, er ikke nødvendigvis et realistisk mål for alle borgere. For nogle kan en vellykket stofmisbrugsbehandling føre til en reduktion af forbruget af ulovligt erhvervede psykoaktive stoffer, mens målet med behandlingen for andre vil være at forhindre, at forbruget øges. I begge tilfælde er der fokus på skadesreduktion, hvor målet er at begrænse de fysiske, psykiske og sociale skader, forbruget medfører.

Behandling for stofmisbrug skal tage udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel indsats, hvor behandlingsydelser sammensættes ud fra den enkelte borgers behov. I praksis kan det omhandle en række forskellige typer af ydelser. Fx individuelle samtaler, gruppebehandling, par samtaler, familiebehandling, rådgivning, afrusning/afgiftning, sundhedstilbud og social færdighedstræning. Derudover tilbydes på nogle behandlingssteder specialiserede tilbud til særlige målgrupper.

Generelt kan det bemærkes, at den sociale stofmisbrugsbehandling i praksis varierer i kvalitet og intensitet i kommunerne. Mange behandlere i de ambulante tilbud har en relevant uddannelse og/eller terapeutisk efteruddannelse, og der anvendes i vid udstrækning vidensbaserede praksisformer.

Derudover er den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark karakteriseret ved, at behandlingsstederne i mange tilfælde kombinerer forskellige metoder i deres behandlingsindsats, så en hovedtilgang til behandling (fx den kognitive tilgang) suppleres af teknikker hentet fra andre metodiske tilgange. Der er således ikke tradition for at følge metoderne stringent og manualbaseret i stofmisbrugsbehandlingen. De fire mest udbredte behandlingstilgange i Danmark er kognitiv, socialpædagogisk, løsningsfokuseret og systemisk tilgang.

Overordnet set tager den sociale stofmisbrugsbehandling udgangspunkt i en udredning, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i enten ambulant-, dag- eller døgnbehandling. Den kommunale praksis er dog forskellig på dette område, og udredningens form og kvalitet er varierende på tværs af kommunerne.

På trods af det generelle fokus på betydningen af uddannelse, anvendelse af evidensbaserede metoder samt screening og udredning udgør det en udfordring, at den lokale implementering ofte er meget forskellig. Udfordringerne skyldes manglende kapacitet til implementeringen, variationer i kvaliteten af behandlernes uddannelse i behandlingens bærende metoder eller manglende feedback og supervision i korrekt anvendelse af de enkelte metoder. Endelig viser undersøgelser, at behandler-klient-ratioen spiller en afgørende rolle for hyppighed og kvalitet i den professionelle behandlingskontakt.

Ambulant behandling

De fleste personer i stofmisbrugsbehandling modtager ambulant social behandling. Ambulant behandling kan karakteriseres som et tilbud, hvis sigte både kan være skadesreduktion og stoffrihed. Ydelsen ligger på 2-8 gange om måneden og kan derfor variere i intensitet og i tilbud af ydelser i forhold til den enkelte borger. Centrale elementer i ambulant behandling er rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling, lægekonsultation samt udredning hos en psykolog eller psykiater efter behov.

Der tilbydes supplerende dag- eller døgnbehandling, hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats. Ambulant social behandling kan være understøttet af substitutionsbehandling, jf. afsnit 3.2.2.2., og er ofte et individuelt tilbud bestående af rådgivning, samtaleforløb eller lignende. Et ambulant behandlingstilbud tilpasses den enkeltes situation og behov og kan derfor spænde fra at

være meget intensive forløb til forløb med varierende intervaller for kontakten til behandlingsstedet. Ambulant behandling kan også bestå af et gruppetilbud, fx målrettet unge med misbrugsproblematikker eller personer, som har et hash- og kokainmisbrug, og som ikke er socialt belastet ud over stofmisbruget. Desuden kan der, jf. afsnit 3.1.1.1, tilbydes anonym, ambulant behandling til personer, der ikke har sociale problemer ud over stofmisbruget.

Døgnbehandling

Døgnbehandling er den ramme, der tilbyder den højeste behandlingsintensitet. Varigheden dækker typisk ophold under 30 dage til ophold på over 90 dage. Generelt set er personer med stofmisbrug i social døgnbehandling signifikant mere belastet end dem i ambulant behandling, som ikke vurderes at være dækkende for dem.

De fleste døgnbehandlingstilbud har stoffrihed som mål for behandlingen. Dog kan sigtet for nogle personer være længerevarende stabilisering, som bl.a. omfatter antabus eller substitutionsmedicin. Centrale elementer i døgnbehandling er afrusning og udredning, information og undervisning, samtaler og pædagogiske aktiviteter samt udvikling eller generhvervelse af sociale kompetencer.

Generelt sigter behandlingsstederne mod at tilbyde et miljø uden misbrug, og det forventes, at brugerne deltager i behandlingsstedets tilbud, fx afrusning, udredning, information og undervisning, samtaler og udvikling eller generhvervelse af sociale kompetencer.

Dagbehandling

Dagbehandling er et område i stor udvikling og kan foregå i kommunalt regi eller på en privat institution. Der ydes en struktureret behandling, som oftest 5-8 timer dagligt mandag til fredag. I dagbehandlingen støttes den enkeltes individuelle mål med en kombination af aktiviteter, projektføløb, individuelle samtaler og gruppesamtaler. Forløbet kan omfatte undervisning, aktivering og sociale støttetilbud – ud over behandling for stofmisbrug.

Efterbehandling/opfølgingsbehandling

For at optimere positive behandlingsresultater er det ofte nødvendigt at arbejde med et mere langsigtet behandlingsfokus, hvori der indgår efterbehandling eller opfølgingsbehandling. Da mange borgere stadig oplever massive sociale problemer efter endt behandlingsforløb, har der i de sidste år været fokus på behovet for at opprioritere det langvarige sigte og investere flere ressourcer i planlægning og opfølgning på rehabiliteringsforløb, særligt med fokus på bolig, beskæftigelse og behov for efterbehandling.

Målet med at efterbehandle er at opretholde de fremskridt, som er opnået i misbrugsbehandlingen, og derigennem forebygge eventuelle tilbagefald. Forskning viser, at effekten af social stofmisbrugsbehandling kan fastholdes i en længere periode efter endt behandling, hvis deltagerne indgår i et opfølgende behandlingstilbud. I Danmark kaldes indsatsen ofte "tilbagefaldsforebyggelse", men den tilbydes også som efterbehandling eller opfølgning. I dag tilbydes dette ikke systematisk til personer, der har gennemført behandlingsforløb for stofmisbrug. Der findes desuden selvhjælpsgrupper, hvor personer, som har haft et stofmisbrug, mødes for at hjælpe hinanden med at fastholde behandlingsresultater. Området er meget sparsomt belyst.

Efterbehandling og opfølgingsbehandling er et område under udvikling, men støder stadig på de samme udfordringer som andre behandlingsindsatser: At der er manglende koordinering og opfølgning i forhold til det enkelte forløb, både i forbindelse med overgang fra døgnbehandling til ambulant behandling og ved afslutning af behandling generelt.

3.1.2.2. Særlige indsatser i den sociale behandling

Anonym stofmisbrugsbehandling

Jf. retsgrundlaget for den sociale stofmisbrugsbehandling skal kommunerne pr. 1. juli 2015 tilbyde anonym ambulant stofmisbrugsbehandling. Denne skal tilbydes som gruppebehandling, og målgruppen er personer, som ud over deres misbrug ikke har sociale problemer, der kræver ydelser efter serviceloven og som ellers ikke kan forventes at ville have opsøgt behandlingssystemet. Formålet er at sikre behandling og forebygge, at denne gruppe af borgere på sigt udvikler sociale problemstillinger ud over stofmisbruget. Ordningen bygger på erfaringer fra forsøgsprojektet "Projekt Anonym Stofmisbrugsbehandling (PAS)" i Københavns Kommune og Odense Kommune.

Gravide med stofmisbrug

Gravide kvinders forbrug eller misbrug af rusmidler kan medføre en række skader hos fosteret, og det kan give komplikationer både under graviditeten og ved fødslen. Dermed udgør et forbrug af rusmidler en risiko for at give varige skader hos fosteret og det fødte barn, og derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at gravide kvinder og kvinder, som prøver at blive gravide, undlader at drikke alkohol eller tage stoffer.

Hvilke typer skader på fosteret, et forbrug eller misbrug af rusmidler medfører, er afhængig af en række faktorer, herunder typen, mængden og tidspunktet for indtagelse af rusmidlerne under graviditeten – samt den enkelte kvindes og fosterets sårbarhed i forhold til rusmidlernes skadevirkninger. Kvinders forbrug eller misbrug af rusmidler udgør en risiko for fosteret igennem hele graviditeten, da det overføres via moderkagen til fosterets blodbane.

Mange faktorer har således betydning for, om der opstår medfødte rusmiddelskader hos et barn, omfanget af berørte organer og hvordan og i hvor alvorlig grad et eller flere organer skades. Der findes ingen undersøgelser, der viser, at der er en nedre grænse for brug af rusmidler, hvor fosteret med sikkerhed ikke skades.

Gravide med et misbrug af rusmidler kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats, og det er vigtigt, at de henvises til det specialiserede tilbud, som familieambulatorierne kan tilbyde kvinderne med fokus på graviditet og barnet efter fødslen. I forhold til gravide i misbrugsbehandling er det vigtigt, at misbrugsbehandlingstilbuddet samarbejder tæt med familieambulatoriet om den samlede indsats til kvinderne. Serviceloven indeholder bestemmelser om kommunernes forpligtelser til at yde sociale tilbud til kvinden, fosteret og familien før såvel som efter fødslen. Det har afgørende betydning for et positivt forløb, at der samarbejdes med kvinden og gerne begge forældre i en åben respektfuld dialog. Social-, børne- eller familieforvaltningen har ansvar for den socialfaglige indsats. Offentligt ansatte skal underrette kommunen, hvis de via deres arbejde får kendskab til vordende forældre, der har problemer af en sådan karakter, at man ledes til at formode, at barnet vil få brug for særlig støtte umiddelbart efter fødslen. Kommunen skal her undersøge de vordende forældres forhold. Det er afgørende, at en gravid med stofmisbrug modtager rådgivning og ydes en sammenhængende hjælp, jf. afsnit 3.2 2.4. om familieambulatorier. Kommunen skal tilbyde gravide kvinder, der er visiteret til døgnbehandling, mulighed for at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Det er frivilligt for den gravide, om hun vil indgå kontrakten, og hun kan fortsat modtage døgnbehandling uden kontrakt.

I januar 2014 blev der nedsat en tværministeriel arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler, der har haft til formål at undersøge problemets omfang og karakter samt

komme med forslag til, hvordan man i Danmark kan begrænse antallet af børn, der fødes med alvorlige helbredsproblemer, fordi moderen har misbrugt stoffer eller alkohol under graviditeten. Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Social- og Indenrigsministeriet samt Sundheds- og Ældreministeriet og har deltagelse af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Arbejdsgruppens afrapportering er offentliggjort den 15. september 2015. I forbindelse med offentliggørelsen har de to ministerier inviteret relevante høringsparter til at afgive skriftlige kommentarer til afrapporteringen med frist den 29. september 2015.

Familietilbud

Stofmisbrug medfører psykosociale og socioøkonomiske belastninger for både personen med stofmisbrug og de pårørende. Den belastning, som de pårørende oplever, er en problemstilling både før og efter en behandlingsindsats, og der bør derfor være løbende fokus herpå.

Familieorienterede indsatser har vist positiv effekt i forhold til pårørendes trivsel og mestring, og interventioner, der er rettet mod forældre, kan indvirke positivt på børnenes trivsel, selv om de ikke deltager i behandlingen. Særligt i forhold til unge understreger undersøgelser den betydning, som inddragelse af familien har for et vellykket behandlingsforløb, ligesom samarbejde med andre relevante aktører, såsom uddannelsessystemet, også understreges.

Endelig synes inddragelse af pårørende i behandlingen også at indvirke positivt i forhold til behandlingsproces og resultat samt i forhold til at få borgere med stofproblemer, som ikke er motiveret for at indgå i behandling, til at påbegynde et forløb.

En del steder arbejdes der med et sammenhængende familietilbud, der tager udgangspunkt i, at den voksnes misbrug berører hele familien, men overordnet set er dette et område, der stadig er under udvikling.

Udover familietilbuddene kan der være særlige tilbud til børn fra familier med stofmisbrug:

- Familiesamtaler
- Familierapeutisk behandling
- Familiekurser
- Børne- og ungegrupper
- Individuelle samtaler med børn og unge

Det overordnede mål med disse tilbud er at forbedre barnets udviklingsproces og forebygge, at børnene udvikler problemer som konsekvens af forældrenes misbrug.

Social behandling til unge med et problematisk forbrug af rusmidler

Unge i stofmisbrugsbehandling efter serviceloven har ofte omfattende sociale og/eller psykiske problemer ud over misbruget og er sårbare i forhold til manglende færdiggørelse af uddannelse eller stabil beskæftigelse. Samtidig er stofmisbruget (i højere grad end for voksne med stofmisbrug) et symptom på de unges problemer, frem for det primære problem i sig selv, ligesom nogle unge vil afholde sig fra at søge hjælp, der for ensidigt fokuserer på stofmisbruget.

Ungebehandling er organiseret på forskellig vis i Danmark. En del kommuner har særlige ungeafdelinger for unge op til 25 år med særskilt tilbud om social stofmisbrug målrettet denne målgruppe. Andre steder er den sociale stofmisbrugsbehandling for unge identisk med det generelle tilbud om stofmisbrugsbehandling og fx forankret på et misbrugscenter for alle aldersgrupper.

Socialstyrelsen har udgivet pjecen "Unge og rusmidler", der beskriver afprøvningen af tre metoder fra projekt "Misbrugsbehandling for unge under 18 år".

3.1.2.3. Effekten af social stofmisbrugsbehandling

Social stofmisbrugsbehandling virker sædvanligvis godt for de personer, som fastholdes i behandlingsforløbet og i op til seks måneder efter. Der er dog en meget stor andel, som ikke gennemfører behandlingsforløbene. I 2011 gennemførte 25 pct. af dem, der blev indskrevet i ambulant social stofmisbrugsbehandling, som planlagt, mens dette gjaldt 56 pct. af dem, der blev indskrevet i døgnbehandling. Andelen der afslutter behandlingen stoffri eller med reduktion i stofforbrug ligger på ca. en tredjedel af dem, der indskrives i behandling. Både i dansk og internationalt regi er der udført en lang række opfølgingsundersøgelser af misbrugsbehandling. Undersøgelserne viser typisk, at:

- 20-30 pct. af dem, der udskrives som stoffrie, har været fuldstændig stoffrie i hele opfølgingsperioden, når man spørger 12 måneder efter udskrivning.
- 40-50 pct. af dem, der udskrives som stoffrie, er stoffrie på et givet tidspunkt, når man spørger hver måned i 6-12 måneder efter udskrivning.

Det skal bemærkes, at ovennævnte tal omfatter personer i social stofmisbrugsbehandling, hvoraf nogle også er substitutionsbehandling. Hvis man ser på personer, som alene er i social stofmisbrugsbehandling, fx i behandling for hashmisbrug mv., så vil der tegne sig et anderledes og bedre billede.

Forklaringen er, at en del i løbet af opfølgingsperioden veksler mellem perioder med stoffrihed og perioder med stofmisbrug. Disse personer kan være stoffrie, når de bliver spurgt på et givet tidspunkt – men vil ikke have været stoffrie i hele opfølgingsperioden. De ovennævnte resultater gælder på tværs af grupper, stoftype og behandlingsindsats.

Tallene har ikke ændret sig markant gennem de seneste 40 år, hverken i Danmark eller USA. Den manglende udvikling i behandlingseffekten ses på trods af, at behandlerne i perioden er blevet bedre uddannede, og at der er identificeret evidensbaserede metoder. Det er ikke lykkedes forskere på området at udpege entydige forklaringer på den manglende udvikling i behandlingseffekten, hvilket bl.a. understreger, at stofmisbrugsbehandling ud over stofmisbruget omhandler komplekse psykosociale og psykiske problemstillinger samt social udsathed og marginalisering, der bør ses i en samfundsmæssig kontekst.

International forskning peger i dag på, at positive behandlingsresultater kan forlænges, hvis der gøres en aktiv indsats for at forebygge tilbagefald, herunder følge op efter endt behandling..

Intensitet i metode og indsats kan variere i forhold til forskellige målgrupper og kan skifte over tid. Fælles for effektive metoder til social stofmisbrugsbehandling er, at de er tilpasset den enkelte og fokuseret, og at de er kvalificerede og dokumenterede. Samtidig skal den sociale behandlingsindsats typisk suppleres med andre sociale og sundhedsmæssige indsatser, som er rettet mod personens samlede helbreds- eller livssituation.

Nogle undersøgelser viser, at dag- og døgnbehandling er lige effektive, mens andre viser, at døgnbehandling er mere effektiv end dagbehandling.

I forhold til intensitet inden for forskellige behandlingsmodaliteter peger internationale undersøgelser på, at dagbehandling ikke nødvendigvis er mere effektiv end ambulant behandling. Der er ikke mange kvalificerede undersøgelser, som sammenligner døgnbehandling med mindre intensive behandlinger, men enkelte undersøgelser indikerer, at der ikke er markant forskel på effekten af dagbehandling og døgnbehandling. Mange undersøgelser har vist, at udsatte personer med stofmisbrug og psykiske problemer ofte profiterer af mere intensive og længerevarende forløb, som udgøres af dag- og døgnbehandling. Udover at fungere som en stabiliserende faktor

øger intensiteten og længden af behandlingen sandsynligheden for, at indsatserne målrettes og justeres over tid samt bedst muligt møder de komplekse behov.

3.1.2.4. Kontakt-, støtte- og rådgivningstilbud

Der findes en række omsorgstilbud, hvor ydelserne er støtte og rådgivning – tilbud, der kan være en del af den individuelt tilpassede indsats for borgeren. Tilbuddene kan således indgå i den samlede indsats over for en borger med stofmisbrug, men er målrettet socialt udsatte mere generelt. Dette drejer sig om:

- Væresteder: Ud over at have rene omsorgstilbud arbejder værestederne ofte også med aktiverende og udviklende forløb og tilbyder forskellige aktiviteter. Mange væresteder udfører opsøgende arbejde, og en del væresteder for aktive misbrugere tilbyder både sygepleje og mulighed for rådgivning fra socialrådgivere og andre fagpersoner.
- Gadeplans- og opsøgende arbejde: Fx i form af støtte- og kontaktpersonordningen (SKP). Et tilbud til borgere, der ikke kan indgå i andre tilbud. Formålet er at styrke borgerens muligheder for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra deres egne ønsker og behov. På sigt skal tilbuddet sætte den enkelte i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud.

3.1.3. Konkrete eksempler

De eksempler, der er fremhævet i det følgende, er alle initiativer igangsat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (nu Social- og Indenrigsministeriet).

3.1.3.1. Stofmisbrugspakken

I 2013 igangsatte Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (nu Social- og Indenrigsministeriet) arbejdet med en samlet stofmisbrugspakke. Der er i alt afsat 103 mio. kr. til Stofmisbrugspakken, som indeholder 10 konkrete initiativer. Formålet med stofmisbrugspakken er at løfte kvaliteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugspakken fokuserer bl.a. på, at behandlingsindsatsen styrkes og bygger på metoder, der virker, at borgeren skal opleve en mere systematisk opfølgning på behandlingen, og at der også bliver taget hånd om andre problemer end stofmisbruget. Målgruppen for den samlede indsats er differentieret og spænder over borgere i forskellige aldre og med forskellige belastninger, hvor nogle har behov for en forholdsvis kort og fokuseret indsats, mens andre har komplekse problemstillinger, som ofte kræver en række indsatser på tværs af kommunale forvaltninger og sektorer.

Stofmisbrugspakken indeholder således initiativer, som har fokus på den samlede stofmisbrugsbehandling og rammerne herfor, mens andre initiativer har en mere afgrænset målgruppe, som eksempelvis unge med stofmisbrug. I udmøntningen af Stofmisbrugspakken vil eksisterende viden og erfaringer på området blive inddraget. Herunder vil der være særligt fokus på at inddrage metoder med dokumenteret effekt. I det følgende skitseres centrale indsatser i stofmisbrugspakken.

Metodeprogram på stofmisbrugsområdet

Som en del af Stofmisbrugspakken indgår et omfattende metodeprogram målrettet unge. Metodeprogrammet har til formål at styrke det metodiske og systematiske arbejde i den kommunale stofmisbrugsbehandling og således fremme anvendelsen af behandlingsmetoder i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, der har dokumenteret effekt over for unge og unge voksne i alderen 15-25 år. Der er udvalgt evidensbaserede metoder til behandling af stofmisbrug, som afprøves i de kommuner, der deltager i metodeprogrammet. De specifikke metoder er Individuel Kognitiv Adfærdsterapi i kombination med Den Motiverende Samtale. Begge er udbredte

behandlingsformer i Danmark, der i dette projekt afprøves i en metodestringent og manualbaseret form. Individuel Kognitiv Adfærdsterapi og Den Motiverende Samtale suppleres for en del af de unge, der deltager i projektet, med et element af Voucher-baseret forstærkning, med henblik på at fastholde de unge i behandling så længe, at selve stofmisbrugsbehandlingen får mulighed for at virke, og dermed sikre så gode behandlingsresultater som muligt. I metodeprogrammet afprøves endvidere en model for opfølgingsbehandling med henblik på at fastholde positive behandlingsresultater og forebygge tilbagefald til stofmisbrug. Opfølgingsbehandlingen finder sted som en naturlig forlængelse af den primære behandling, dog med lavere hyppighed og i form af en kombination af personlige samtaler og telefonsamtaler. Ni kommuner deltager i arbejdet med metodeprogrammet, og projektet afsluttes i 2018.

Projektet evalueres af Center for Rusmiddelforskning, som foretager en randomiseret kontrolleret effektevaluering, en implementeringsevaluering samt en økonomisk analyse.

Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling

Formålet med de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling er at sikre et fælles grundlag for kvalitetsudvikling af den sociale stofmisbrugsbehandling, så den bygger på et vidensbaseret grundlag og understøtter en helhedsorienteret indsats. Med nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling får kommunerne et redskab til at styrke kvaliteten i den kommunale stofmisbrugsbehandling, således at borgere med behandlingskrævende stofmisbrug i højere grad får en helhedsorienteret indsats, der bygger på aktuelt bedste viden, og at borgerne oplever en mere tilgængelig adgang til stofmisbrugsbehandling. Der er nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra væsentlige aktører inden for stofmisbrugsområdet. Udarbejdelse af de nationale retningslinjer tager afsæt i det europæiske EQUS projekt, der bygger på indsamling og kvalitetsvurdering af nationale og internationale kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandling.

Det forventes, at de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling offentliggøres ultimo 2015.

Udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug

Initiativet om udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte med stofmisbrug omhandler udvikling og afprøvning af en model for stofmisbrugsbehandling målrettet personer, der har et stofmisbrug kombineret med komplekse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger.

Formålet med initiativet er at udvikle en behandlingsmodel, der medvirker til, at målgruppen får støtte til at opnå og fastholde stabilisering, reduktion af deres stofforbrug eller stoffrihed, og at deres samlede situation bliver mere stabil. Målet er, at personerne i videst muligt omfang genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne, så de i højere grad oplever at få kontrol over og indflydelse på eget liv og egen hverdag. Et af de centrale elementer i den opsøgende og udgående stofmisbrugsbehandling er fleksible rammer for behandlingen kombineret med lettere adgang til eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud. Behandlerne færdes i og bliver en del af de miljøer, hvor målgruppen kommer.

Ved at være til stede i miljøet er det muligt for behandlerne at arbejde motiverende over tid og være til stede, når borgeren er parat til forandring, har brug for støtte til at fastholde behandling, og/eller har behov for hjælp til en konkret problemstilling. Tilstedeværelsen i miljøet betyder desuden, at borgerne kan få hurtig støtte, hvis de afbryder behandlingen. Formelle samarbejdsaftaler med relevante kommunale enheder sikrer, at borgeren får en relevant og helhedsorienteret støtte målrettet de sociale og sundhedsmæssige problemer, som vedkommende har. Tilbud om udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling bliver afprøvet i Odense og Aarhus

kommuner. Projekterne i de to kommuner startede i november 2013 og løber til og med december 2016.

Initiativet evalueres med henblik på at få styrket vidensgrundlaget for fremtidige indsatser af denne karakter til målgruppen.

Undersøgelse af kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling

Undersøgelsen består af en kortlægning af kommunernes kapacitet i stofmisbrugsbehandlingen på baggrund af data fra Stofmisbrugsdatabasen, spørgeskemaer sendt ud til alle landets kommuner samt en uddybende kvalitativ undersøgelse af en række casekommuner. Undersøgelsen gennemføres af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Formålet med undersøgelsen er at bibringe ny viden om kommunernes organisering, ressourceforbrug og effekt i stofmisbrugsbehandlingen samt at afdække barrierer og potentialer for god stofmisbrugsbehandling. Resultaterne fra undersøgelsen foreligger i 2016.

SMART Recovery selvhjælpsgrupper for borgere med stofmisbrug

Afprøvningen af SMART recovery består i etableringen af en række anonyme selvhjælpsgrupper, som er ledet af frivillige, uddannede mødefacilitatorer. Formålet er, at personer, der har deltaget i et stofmisbrugsbehandlingsforløb, kan mødes og få støtte og redskaber til at fastholde deres behandlingsresultater. Et yderligere formål er at skabe et forum, hvor personerne kan mødes, udveksle erfaringer og danne netværk, og hermed modvirke stigmatisering og isolation. SMART recovery afprøves i perioden 2013-2016 i et samarbejde mellem fem frivillige organisationer og ti kommuner. Socialstyrelsen udarbejder en evaluering, som følger op på projektets resultater.

3.1.3.2. Øvrige initiativer

Ud over Stofmisbrugspakken arbejdes der i regi af Social- og Indenrigsministeriet med de initiativer relateret til den sociale stofmisbrugsbehandling, som skitseres i de følgende afsnit.

Akut krisecenter for socialt udsatte med stofmisbrug

Projektet består af et tilbud om et akut krisecenter for socialt udsatte med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og krisepreget situation. Formålet med tilbuddet er at give målgruppen et akut tilbud om et skærmet døgnophold, hvor den enkelte får støtte til at få stabiliseret sin krisepregete situation og til at fastholde en mere stabil situation efter opholdet.

Under opholdet ydes social- og sundhedsfaglig hjælp til at få stabiliseret krisesituationen, støtte til at få afklaret behov for relevant hjælp efter opholdet, og i et samarbejde mellem borgeren, vedkommendes hjemkommune og centret udarbejdes en udslusningsplan for borgeren.

Akutkrisecentret er udmøntet som et modelprojekt, hvor der er indgået samarbejdsaftaler med ti kommuner. Et centralt element i modellen er samarbejdet mellem Akutkrisecentret, væresteder og kommunal myndighed omkring vejen ind i tilbuddet, opholdet og udslusning. Akutkrisecentret er placeret i Munkrup i Nordsjælland, og er et forsøgsprojekt, der løber i perioden 2013-2015. Centret har kapacitet til 20 borgere ad gangen, og som udgangspunkt er der mulighed for ophold på op til tre måneder.

Tilbuddet evalueres med henblik på at få styrket vidensgrundlaget for fremtidige indsatser af denne karakter til målgruppen.

Fremskudt misbrugsindsats på væresteder

Satspuljeprojektet Styrket indsats på væresteder har til formål at styrke samarbejdet mellem kommuner/forvaltning og væresteder bl.a. gennem en fremskudt misbrugsindsats. Baggrunden for projektet er en erkendelse af, at værestederne har et stort potentiale for at skabe lyst til forandring blandt socialt udsatte personer med stofmisbrug, og at værestederne derfor bør spille en mere

central rolle i den sociale indsats. Kommunerne skal altså, i højere grad end hidtil, tænke værestederne ind i den samlede indsats over for stofmisbrugerne. Projektet løber fra efteråret 2013 og fire år frem. Projektet gennemføres i samarbejde mellem Socialstyrelsen, Landsforeningen af VæreSteder og Odense, Holstebro og Haderslev kommuner sammen med deres respektive væresteder.

Projektet evalueres af KORA.

Gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer

Gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer er et initiativ, der er målrettet især de nyere brugere, der ses i behandlingssystemet, og hvor især hash, kokain og andre centralstimulerende stoffer er det dominerende stof i deres misbrug. Målgruppen for behandlingsmodellen er personer, der har misbruget som det primære sociale problem, og der har tæt tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet. Undersøgelser har vist, at de lettest belastede misbrugere oplever de største barrierer i forhold til at opsøge behandling. Københavns Kommune har udviklet en model for fælles gruppebehandling af personer, som har misbrug af hash- og/eller centralstimulerende stoffer (Hash- og kokainprojektet). Behandlingsmodellen er velbeskrevet i et arbejdskatalog, ligesom der er udviklet et koncept for opkvalificering af de behandlere, som leder grupperne. Med udgangspunkt i Københavns Kommunes model udvikles og afprøves en gruppebehandlingsmodel, der kan benyttes af og udbredes til andre af landets kommuner.

Projektet afvikles i Esbjerg og Frederiksberg og løber i 2013-2016.

Misbrugsbehandling til unge

Unge med rusmiddelproblemer kendetegnes ofte ved, at de har svært ved at få hverdagen til at fungere og ved at gennemføre en uddannelse. De kendetegnes ofte også ved at have en række sociale problemer, som gør behandlingen af deres misbrugsproblemer komplekse. Kommunernes indsats på misbrugsbehandlingsområdet for unge er meget forskellig. Hvor nogle kommuner har flere typer af tilbud, har andre kommuner kun ganske få former for tilbud. Projekt misbrugsbehandling til unge er et initiativ, der har til formål at afprøve og udbrede de mest effektive metoder for unge med rusmiddel problemer. De deltagende kommuner i projektet har afprøvet tre systematiske og dokumenterede modeller for misbrugsbehandling af unge. Det drejer sig om:

- U18, der er Aarhus Kommunes indsats for unge under 18 år med misbrugsproblemer.
- U-turn, der er Københavns Kommunes tilbud til unge med misbrugsproblematikker.
- MST-SA, der er en evidensbaseret international udviklet indsats, hvor det er forskningsmæssigt vist, at behandlingsmodellen virker.

Fælles for alle tre modeller er, at behandlingen er helhedsorienteret, og at forældrene inddrages i behandlingsarbejdet. Projektet er evalueret af SFI.

3.1.3.3. Eksempler på gode indsatser

Kommunerne og regioner arbejder på forskellig vis med at udvikle området i lokale projekter med forskellige tiltag og nye former for organisering. Nedenfor præsenteres to eksempler på kommunale indsatser, der på forskellig vis arbejder med at udvikle indsatsen på stofmisbrugsområdet. Der er tale om gode eksempler, der er valgt ud fra Socialstyrelsens kendskab til indsatsen. Der er ikke tale om repræsentative eksempler på den generelle kommunale og regionale indsats på området.

Holbæk Kommune: Fremskudt behandling på uddannelsessteder

Ungebehandling i Sofiehuset under Center for Misbrug og Forsorg i Holbæk laver fremskudt behandling for de unge med et behandlingskrævende stofmisbrug, som er under uddannelse. Her sidder behandlerne fast en dag om ugen ude på uddannelsesstederne i kommunen (bl.a. EUC Erhvervsuddannelsescenter; VUC/HF, produktionsskolerne i Holbæk, SOSU og 10. klasse). De unge kan således komme til deres misbrugsbehandling på skolen i skoletiden, så de ikke skal tage frem og tilbage til ungebehandling i Sofiehuset. De unge opsøges i deres trygge miljø, og behandlingen kan understøtte den struktur og det tilhørsforhold, som et uddannelsesforløb giver. Indsatsen er en forankret del af ungebehandling i Sofiehusets misbrugsbehandling til unge.

Ved at have behandlerne ude på skolerne opnår Holbæk Kommune at imødekomme de unge, som har behov for misbrugsbehandling, samtidig med de passer deres uddannelse. Dette betyder, at de unge ikke skal forlade skolen for at komme i misbrugsbehandling, hvilket øger sandsynligheden for, at de kommer til misbrugsbehandling, samt at de kommer tilbage til undervisningen. Holbæk har gennem deres fremskudte behandling og opsøgende indsats på skolerne øget antallet af unge i misbrugsbehandling fra 9 til 69 på et år.

Aarhus Kommune: Fremskudt behandling/rådgivning på jobcenter

Center for Misbrugsbehandling i Aarhus Kommune laver fremskudt behandling/rådgivning for personer med et stofmisbrug i jobcenteret, som er beliggende i Bazar Vest. Bazar Vest er et indkøbscenter i Gellerup-området i Aarhus. Målgruppen er beboere i området – særligt unge – som har et behandlingskrævende stofmisbrug, og som har vanskeligheder med at opnå adgang til arbejde/uddannelse og vanskeligheder med selv at opsøge rådgivning og behandling for misbrug.

Den åbne rådgivning og behandling er et samarbejde mellem jobcentret og Center for Misbrugsbehandling i Aarhus Kommune. Den fremskudte rådgivning og behandling på jobcenteret sænker tærsklen for at indgå i et misbrugsbehandlingsforløb og sikrer at jobcentret og misbrugscentret arbejder i fællesskab på at tage fat på de barrierer, som de unge har, og som udgør forhindringer i forhold til arbejdsmarked eller uddannelse. Desuden oplyses der om misbrugscenterets behandlingstilbud mv.

Aarhus kommune har valgt en model, hvor der én gang ugentligt er fast mødetid hos en misbrugskonsulent. Den åbne rådgivning er et uvisiteret tilbud til områdets beboere, hvor de kan komme og søge om råd og vejledning om misbrugsproblematikker. Misbrugsbehandleren kan ligeledes iværksætte behandling enten individuelt eller i grupper i lokaler i Bazar Vest med henblik på fortsat behandling i centret.

Der er ikke gennemført en evaluering af tilbuddet, men der er gode erfaringer med at motivere målgruppen til, at de kan følges ad til behandling i misbrugscentret. Desuden er der gode erfaringer med gruppemisbrugsbehandlingen i selve Bazar Vest. Jobcenteret uddannelses/beskæftigelsesforløb for de unge igangsættes, når misbruget er stabiliseret eller ophørt, og tager på den måde over efter misbrugsbehandlingen.

3.2. Lægelig behandling og sundhedsfaglig indsats i øvrigt

3.2.1. Retsgrundlag

Sundhedslovens § 142 indeholder bestemmelser om lægesamtaler og om lægelig stofmisbrugsbehandling, hvilket i praksis vil sige substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider.

Efter sundhedslovens § 142, stk. 1, tilbyder kommunen personer, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven eller efter lov om social service, en vederlagsfri

lægesamtale. Efter stk. 2 skal lægesamtalen finde sted senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen.

Efter sundhedslovens § 142, stk. 3, tilbyder kommunen personer, som har et stofmisbrug, vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler, dvs. lægelig stofmisbrugsbehandling. Efter stk. 4 kan kommunen tilvejebringe tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommuner, regioner eller private institutioner. Efter stk. 5 stiller regionen efter aftale med de enkelte kommuner i regionen behandlingstilbud mv. til rådighed for kommunerne og yder faglig bistand og rådgivning.

Efter sundhedslovens § 142, stk. 6, skal lægelig stofmisbrugsbehandling iværksættes senest 14 dage efter, at en person, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i lægelig stofmisbrugsbehandling. Efter stk. 8 kan fristen fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet på en anden offentlig eller privat institution end den, hvortil bopælskommunen har visiteret, jf. nedenfor om lovens § 142, stk. 7.

Efter sundhedslovens § 142, stk. 7, kan en person, som er visiteret til lægelig stofmisbrugsbehandling, vælge at blive behandlet på en anden offentlig eller privat institution end den, hvortil bopælskommunen har visiteret, medmindre der er tale om lægelig behandling med heroin. En institution kan afvise at modtage en person, som har valgt institutionen. En offentlig institution kan dog kun afvise at modtage en person, som har valgt institutionen, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige hensyn.

Efter sundhedslovens § 252 skal bopælskommunen afholde udgifter til lægelig stofmisbrugsbehandling efter lovens § 142.

Efter § 41, stk. 1, 1. pkt., i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed kan ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 4.

Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer og vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed indeholder retningslinjer, der præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er forpligtet til at udvise i forbindelse med behandling af personer med stofmisbrug.

Herudover vejleder Sundhedsstyrelsen efter sundhedslovens § 214, stk. 1, om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter loven. Det omfatter også kommunernes opgaver efter lovens § 142. Hertil kommer, at bl.a. kommunerne efter § 214, stk. 2, har adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål.

3.2.2. Generelt

Som det fremgår af retsgrundlaget, jf. afsnit 3.2.1., ligger ansvaret for den lægelige stofmisbrugsbehandling hos kommunerne, som bistås af de centrale myndigheder i forbindelse med behandlingen og den sundhedsfaglige indsats i øvrigt.

3.2.2.1. Lægelig stofmisbrugsbehandling

Når der sædvanligvis tales om lægelig stofmisbrugsbehandling, tænkes der på den behandling, som finder sted efter sundhedslovens § 142, dvs. behandling med afhængighedsskabende

lægemidler (behandling af misbrug af heroin og andre opioider med substitutionspræparater eller med lægeordineret heroin).

Der kan imidlertid også være tale om lægelig behandling i forbindelse med misbrug af andre stoffer end heroin og andre opioider. Der findes dog ingen virksom substitutionsbehandling af misbrug af fx hash, kokain og amfetamin.

Den lægelige stofmisbrugsbehandling omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af personer med et stofmisbrug undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger, som er knyttet til misbruget.

3.2.2.2. Lægelig behandling af misbrug af heroin og andre opioider

Heroin og andre opioider er som afhængighedsskabende misbrugsstoffer kendetegnede ved at kunne substitueres med afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling. Ulovligt erhvervet heroin kan således erstattes med substitutionspræparater som fx kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon, præparaterne monobuprenorphin og metadon eller med lægeordineret heroin. Ordination af substitutionspræparater til en person i stofmisbrugsbehandling betyder, at personen kan gå fra at have et misbrug til blot at være afhængig. Hermed øges mulighederne med hensyn til fx uddannelse og beskæftigelse, og livskvaliteten kan i det hele taget forbedres.

Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling med fx buprenorphin/naloxon, monobuprenorphin og metadon ved afhængighed af heroin og andre opioider skal ledsages af en samlet behandlingsindsats, der retter sig mod stofmisbrugerens fysiske og psykiske helbredsproblemer samt de sociale problemstillinger, som stofmisbrugeren frembyder. For de fleste personer, som er afhængige af heroin og andre opioider, vil en substitutionsbehandling i kortere eller længere perioder være en forudsætning for at kunne indgå i en social behandlingsindsats.

Personer i substitutionsbehandling har lavere dødelighed end personer, som ikke er i behandling for deres stofmisbrug. Endvidere ses reduceret risikoadfærd i relation til blodoverførte sygdomme og en mindre forekomst af andre misbrugsrelaterede sygdomme. Endelig udøver personer i substitutionsbehandling erfaringsmæssigt mindre berigelseskriminalitet, ligesom de i nogen grad har øget beskæftigelse.

Udbyttet af behandlingen afhænger af korrekt dosering såvel som af omfanget og kvaliteten af den ledsagende psykosociale behandling. Forudsat at der ikke er andet misbrug eller modtages anden behandling med beroligende medicin, er der ved korrekt dosering ingen nævneværdig påvirkning af de psykomotoriske eller kognitive funktioner, inklusive reaktionstid og hukommelse.

Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling fastsat detaljerede sundhedsfaglige retningslinjer for behandlingen.

De detaljerede sundhedsfaglige retningslinjer for behandlingen omhandler såvel selve substitutionsbehandling som de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandling. Kerneydelserne omfatter bl.a. diagnostik af afhængighed og stofmisbrug, opmærksomhed om somatisk komorbiditet, herunder virale infektioner, opmærksomhed om psykiatrisk komorbiditet samt forebyggelse af uønsket graviditet og behandling af gravide, som har et stofmisbrug.

Vejledningen, som skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt personer med misbrug af heroin og andre opioider ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet af

behandlingen, præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er forpligtet til at udvise i forbindelse med behandling af personer med stofmisbrug.

Med hensyn til substitutionspræparaterne er det Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige vurdering, at kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon har en bedre sikkerhedsprofil på grund af lavere toksicitet og ringere risiko for udvikling af afhængighed. Brugt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, er buprenorphin/naloxon et langt mere sikkert valg end metadon, da der fx ikke er samme risiko for forgiftning og påvirkning af vejrtrækningen og dermed langt mindre risiko for dødsfald som følge af overdosis.

Det bør derfor tilstræbes i videst muligt omfang at anvende buprenorphin/naloxon i stedet for monobuprenorphin og metadon i substitutionsbehandlingen.

Det er dog altid den ordinerende læge, der på baggrund af en konkret vurdering og afvejning af den enkeltes ønsker, stabilitet i behandling (kompliance), risiko for bivirkninger, interaktion med anden medicin mv. beslutter, hvilken behandling der skal tilbydes. Med hensyn til den enkeltes ønsker oplyses det fra kommunal side, at der blandt brugerne er en udbredt skepsis over for behandling med buprenorphin/naloxon.

Personer, som er velfungerende i metadonbehandling, skal ikke nødvendigvis skiftes til buprenorphin/naloxon, men buprenorphin/naloxon bør altid overvejes, særligt for stofafhængige, der ikke tidligere har været i substitutionsbehandling, og ved ustabile og ikke velfungerende behandlingsforløb. Skift bør ligeledes overvejes foretaget ved personer, der oplever bivirkninger som fx potentielt livsfarlige hjerterytmeforstyrrelser, og ved personer, der ønsker en mere lempelig udleveringsform. Såfremt lægen efter en konkret vurdering finder belæg for at iværksætte substitutionsbehandling med metadon, er dette således ikke i strid med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, da der kan være en god sundhedsfaglig begrundelse herfor.

Med hensyn til indtagelsesformen er standardbehandlingen peroral, dvs. indtagelse via munden af mikstur eller tabletter, uanset substitutionspræparat. Dog kan der også behandles med injicerbar metadon, hvilket altså ikke er standardbehandling. Denne indtagelsesform kan benyttes til personer, som trods langvarig substitutionsbehandling og psykosocial støtte, fortsat har et massivt intravenøst brug af ordinerede eller illegale stoffer, og som derfor har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer. Formålet med behandlingen er således i første omgang at forebygge en forværring af personens helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af personens livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.

Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til personer med et stofmisbrug, og det er kommunens ansvar at tilrettelægge den samlede behandlingsindsats. Kommunen har ansvaret for, at der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Behandlingsplanen, der bl.a. beskriver målet med behandlingen, aftaler om forløbet og eventuelt samarbejde med speciallæge, som tager sig af sideløbende behandling, er et vigtigt redskab i forhold til at sikre sammenhæng. Det bidrager også til en helhedsorienteret indsats, at behandlingsplanen skal indgå som en del af den samlede handleplan, som nogle personer med stofmisbrug har krav på at få tilbudt, og som det kan være hensigtsmæssigt at udarbejde også for dem, der ikke har krav herpå.

Det er en lægelig opgave at tage stilling til behovet for substitutionsbehandling, og en kommune kan derfor ikke uden en lægefaglig vurdering foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for substitutionsbehandling. I lægens vurdering skal indgå undersøgelse,

optagelse af en grundig misbrugsanamnese og afdækning af eventuelle ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme. Når sundhedslovens betingelser er opfyldt, kan der indhentes og videregives oplysninger fra tidligere relevante hospitalsindlæggelser og lægekonsultationer. Oplysningerne bør indgå i den samlede vurdering. Endvidere kan der søges oplysninger om patientens medicinforbrug i den Personlige Elektroniske Medicinprofil.

Ordination af substitutionsbehandling kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved kommunale, regionale eller private behandlingsinstitutioner, hvormed en kommune har indgået aftale om tilvejebringelse af tilbud om substitutionsbehandling.

Enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed kan dog foretages af andre læger. Når det i den forbindelse forudsættes, at kort varighed svarer til ca. en uge, er der tale om et udgangspunkt. Under normale omstændigheder vil varigheden af sådan abstinensbehandling således ikke overstige en uge. I tilfælde, hvor fx egen praktiserende læge har fundet sundhedsfagligt grundlag for at iværksætte abstinensbehandling, og hvor det viser sig, at kommunen ikke kan iværksætte den egentlige substitutionsbehandling inden for en uge, vil der være tale om sådanne særlige omstændigheder, der kan begrunde, at lægen fortsætter den nødvendige abstinensbehandling, indtil substitutionsbehandlingen i kommunalt regi kan iværksættes, hvilket skal ske senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

For at kunne varetage den nødvendige diagnosticering og behandling må lægen have en tilstrækkelig hyppig kontakt med den person, som er i substitutionsbehandling. Hvor hyppigt der er behov for kontakt, vil altid bero på en konkret vurdering. I den indledende fase af behandlingen, hvor der eventuelt skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal en læge nøje vurdere effekten af behandlingen, og herefter skal der jævnlige foretages en lægelig vurdering af behandlingen, som individuelt tilpasses den enkeltes tilstand og behandlingsforløb.

Ved sygdom, inklusive misbrugsrelaterede lidelser, skal den læge, der er ansvarlig for substitutionsbehandlingen, fx ved at foreslå brugeren at kontakte sin praktiserende læge, medvirke til, at der henvises til relevant diagnostik og behandling i det almindelige sundhedsvæsen. Herfra bør man i videst muligt omfang koordinere eventuel behandling med afhængighedsskabende lægemidler med den læge, der på kommunens vegne forestår substitutionsbehandlingen.

Kontakten mellem behandlingsinstitutionen og stofmisbrugerens alment praktiserende læge har til formål at koordinere stofmisbrugerens samlede medicinske behandling således, at der hos de involverede behandlere er klarhed over den samlede behandling. Den praktiserende læge bør informeres om indskrivning i og udskrivning af substitutionsbehandling.

Kommunen kan delegere kommunens samlede stofmisbrugsbehandling, herunder substitutionsbehandlingen, til en anden kommune, en region eller en privat institution, hvilket ikke kræver en lægelig vurdering. Adgangen til efter aftale at overlade den lægelige behandling til en anden kommune, til en region eller til en privat institution omfatter alle personer med et stofmisbrug med bopæl i kommunen. Hvis kommunen ønsker at delegere et individuelt behandlingsforløb, skal det bero på en lægefaglig vurdering. Også ved en sådan delegation har kommunen fortsat det overordnede ansvar for, at personen får den behandling, som vedkommende har krav på.

Uanset hvordan den enkelte kommune tilrettelægger behandlingsindsatsen, har substitutionsbehandling siden 1. januar 2015 skulle iværksættes senest 14 dage efter, at en person har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Kommunerne vil skulle registrere og indberette de oplysninger, som vil være nødvendige for opfølgningen på den kommunale indsats i forhold til denne rettighed.

I dag registrerer og indberetter kommunerne bl.a. datoen for henvendelser fra personer, som ønsker at komme stofmisbrugsbehandling. Fremover vil kommunerne også skulle registrere og indberette datoen for iværksættelse af substitutionsbehandlingen og årsagen til en eventuel overskridelse af tidsfristen for iværksættelse af behandlingen. Registreringen vil gøre det muligt for kommunerne selv såvel som for de centrale myndigheder at følge op på den kommunale indsats i forhold til, hvor hurtigt substitutionsbehandlingen iværksættes i praksis, og hvad der er årsagen, hvis tidsfristen for iværksættelse af behandling overskrides.

Sundhedsstyrelsen vil gennemføre en evaluering, hvori indgår de således registrerede og indberettede oplysninger. Da den nødvendige registrerings- og indberetningsløsning først forventes klar i løbet af 2015, vil evalueringen blive foretaget i 2017, således at den kan foretages på grundlag af som minimum et helt års registreringer.

Allerede i dag eksisterer en løbende kvalitetssikring af substitutionsbehandlingen og de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Der er således etableret et kvalitetssikringsværktøj i form af en registrerings- og indberetningsordning, som giver både Sundhedsstyrelsen og kommunerne mulighed for at overvåge indsatsen og følge op med henblik på kvalitetssikring af substitutionsbehandlingen. Ordningen giver mulighed for at overvåge, om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for substitutionsbehandling følges, ikke om behandlingen har effekt.

I øvrigt registreres og indberettes substitutionsbehandling til Stofmisbrugsdatabasen, hvilket muliggør Sundhedsstyrelsens overvågning af bl.a., hvor mange der er i substitutionsbehandling, og hvilke substitutionspræparater der ordineres.

Behandling med lægeordineret heroin

I 2008 blev lov om euforiserende stoffer ændret, så behandling med lægeordineret heroin blev tilladt, og de første af de fem eksisterende klinikker åbnede i 2010. Der er tale om en behandlingsform for personer, som ikke har haft tilstrækkeligt udbytte af den konventionelle substitutionsbehandling, og målet er at forbedre den sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden.

Behandling med lægeordineret heroin er særegen i den forstand, at de indskrevne skal møde op på klinikken to gange om dagen året rundt, og behandlingen er mere kompleks og risikofyldt end konventionel substitutionsbehandling. Derfor stilles der særlige krav til den enkelte klinik, herunder med hensyn til patientgrundlag, faglige kompetencer og personalenormering. Det betyder i overensstemmelse med forudsætningerne for heroinordinationsordningen, at behandling med lægeordineret heroin alene tilbydes få steder i landet, og at ikke alle vil have praktisk mulighed for at modtage behandlingen.

Til at begynde med var der alene mulighed for at indtage den lægeordinerede heroin intravenøst, men for at nå ud til flere blev ordningen i 2013 udvidet, så det siden også har været muligt at indtage heroinen i tabletform. Tabletformen kan anvendes, hvis injektion ikke er mulig på grund af beskadigede vener, hvis omstilling til metadonbehandling ikke er tilstrækkelig, eller hvis personen ønsker at forblive i heroinbehandling, men ønsker at ophøre med injektion. Desuden kan tabletformen anvendes til personer, som har et kronisk heroinmisbrug, men som ikke er injektionsbrugere. Det kan fx være personer med et misbrug af rygeheroin.

De personer, som er indskrevet i behandling med lægeordineret heroin, hører til gruppen af personer, som kan kaldes "hard to treat", fordi de på trods af deres ønske om at få hjælp er svære at hjælpe tilstrækkeligt med den konventionelle substitutionsbehandling. Der er tale om en gruppe, som har flere tidligere længerevarende substitutionsbehandlingsforløb bag sig, inden de

påbegynder behandlingen med lægeordineret heroin. Formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af helbredstilstanden og på længere sigt at opnå en forbedring af livskvaliteten såvel helbredsmæssigt som socialt.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed fremgår det bl.a., at den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til personer med stofmisbrug, og at der således skal være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer. Behandlingen med lægeordineret heroin skal derfor ledsages af en indsats, der ydes efter serviceloven, dvs. såvel den sociale stofmisbrugsbehandling efter lovens § 101 som den øvrige sociale støtte fx til løsning af de forsørgelses- og boligmæssige problemer, som personen måtte have. Det er kommunens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne sociale indsats.

Forudsætningen om sammenhæng mellem den lægelige behandling og den sociale indsats indebærer i sig selv, at behandlingen med lægeordineret heroin skal ske i snævert samarbejde med de sociale myndigheder. Hertil kommer, at den lægelige behandlingsplan skal indgå som en del af den samlede handleplan efter servicelovens § 141.

Den sundhedsfaglige behandling såvel som den sociale stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale støtte, der skal knyttes til behandlingen med lægeordineret heroin, spiller en helt central rolle i forhold til de positive resultater, som kan opnås med denne behandlingsform. Resultaterne skyldes i højere grad den omfattende behandling og støtte, der knytter sig til behandlingen med lægeordineret heroin, end heroinen i sig selv.

Derfor kan behandling med lægeordineret heroin på ingen måde stå alene. De positive resultater kan kun opnås, hvis behandlingsindsatsen er helhedsorienteret og dermed også retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.

Om evaluering af ordningen med lægeordineret heroin henvises til afsnit 3.2.2.5.

3.2.2.3. Behandling af misbrug af andre stoffer end heroin og andre opioider

Selv om der ikke findes en virksom substitutionsbehandling af misbrug af fx hash, kokain og amfetamin, kan lægelig indsats også i forbindelse med sådant misbrug være relevant. Den lægelige indsats vil også her primært omfatte undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden såvel som af de fysiske og psykiske problemstillinger, som er knyttet til misbruget.

Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer fastsat sundhedsfaglige retningslinjer for behandlingen. Formålet med vejledningen er at sikre relevant diagnostik og behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer samt af de sundhedsmæssige skader, der kan opstå i forbindelse hermed.

Vejledningen præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er forpligtet til at udvise i forbindelse med behandling af personer med stofmisbrug.

Hidtil har læger imidlertid ikke spillet en stor rolle i forbindelse med behandlingen af andre stoffer end heroin og andre opioider. Det skyldes, at der som nævnt ikke findes en virksom substitutionsbehandling af misbrug af fx hash, kokain og amfetamin, og at behandlingen derfor ikke finder sted efter sundhedslovens § 142, som forudsætter lægelig ordination.

Det må forventes, at læger kommer til at spille en større rolle, efter at alle, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, pr. 1. januar 2015 har fået ret til en lægesamtale senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen. Retten gælder nemlig også for personer, som skal i social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, og som hidtil ikke har mødt en læge forud for stofmisbrugsbehandlingens iværksættelse. Om lægesamtalens indhold mv. henvises til afsnit 3.2.2.4.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer fremgår det bl.a., at kommunen har ansvaret for, at der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Om behandlingsplanens indhold mv. henvises til afsnit 3.2.2.4.

3.2.2.4. Sundhedsfaglig indsats i øvrigt

Lægesamtaler

Alle personer, som kommer i lægelig stofmisbrugsbehandling efter § 142 i sundhedsloven møder forud for behandlingens iværksættelse en læge. Der gælder således et krav om, at der skal gennemføres en lægesamtale ved indskrivning i behandling, hvilket hænger sammen med, at ordination af de afhængighedsskabende lægemidler, som anvendes i behandlingen, efter § 41 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er forbeholdt læger, og at den ordinerende læge ved behandlingens iværksættelse altid skal have taget stilling til den enkelte persons behandling.

Mødet med en læge forud for behandlingens iværksættelse betyder, at der for alle personer, som kommer i substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider, gennemføres en lægelig undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig til misbruget.

En lægelig undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig til misbruget, er imidlertid ikke alene relevant for personer, som kommer i substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider. For personer, der på grund af misbrug af andre euforiserende stoffer kommer i social stofmisbrugsbehandling efter § 101 serviceloven, kan det også være relevant med en sådan undersøgelse.

Således kan der til misbrug af euforiserende stoffer som fx hash, kokain og amfetamin knytte sig fysiske og psykiske problemstillinger, der ved en lægelig undersøgelse vil kunne konstateres og iværksættes eller henvises til behandling for.

Social stofmisbrugsbehandling, som bl.a. kan bestå af motiverende samtaler, psykoterapeutisk behandling og psykosocial rådgivning, kan forestås af flere forskellige faggrupper, hvoraf læger blot er en enkelt. Personer, som kommer i social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, møder derfor ikke nødvendigvis en læge i forbindelse med behandlingen. Imidlertid har disse personer siden 1. januar 2015 haft ret til en lægesamtale, således at de på den måde kan siges at være blevet ligestillet med de personer, som kommer i lægelig stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Lægesamtalen skal finde sted senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen. På den måde sikres det, at undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der måtte knytte sig til misbruget, vil finde sted på et tidligt tidspunkt i forløbet. Det betyder bl.a., at det allerede fra selve stofmisbrugsbehandlingens iværksættelse er muligt at tilrettelægge behandlingen under hensyntagen til resultatet af den helhedsorienterede undersøgelse, som lægen skal foretage i forbindelse med lægesamtalen.

I forbindelse med lægesamtalen, som skal finde sted med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende retningslinjer herom, skal lægen foretage en helhedsorienteret undersøgelse af misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig til misbruget. Det overordnede formål med lægesamtalen vil uanset misbrugsstof være:

- at identificere og behandle eventuelle akutte behandlingskrævende problemstillinger,
- at bekræfte patientens oplysninger om misbrugsproblemer ved hjælp af misbrugsanamnese, objektiv lægeundersøgelse, evt. urinanalyser samt vurdere graden af afhængighed/misbrug,
- at identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd,
- at identificere andre somatiske, psykiske og sociale problemstillinger,
- at udarbejde behandlingsplan samt vurdere behov for henvisning til somatisk eller psykiatrisk speciallæge og behov for sociale behandlingsindsatser og
- at sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og HIV, herunder præ- og posttest rådgivning og vaccination.

For så vidt angår behandlingsplaner, skal lægen dog alene udarbejde en sådan, hvis der er tale om substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider efter sundhedslovens § 142, eller hvis der i forbindelse med undersøgelsen konstateres fysiske og psykiske problemstillinger, hvis behandling det skønnes relevant at udarbejde en plan for. I tilfælde af misbrug af stoffer som fx hash, kokain og amfetamin, hvor der er tale om social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, udarbejdes behandlingsplaner for behandlingsforløbet af behandlerne på dette område, og resultatet af den lægelige undersøgelse indgår da som et af flere elementer i den samlede vurdering af behandlingsbehovet.

For så vidt angår hepatitis og HIV, skal kommunerne i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere sikre, at arbejdet organiseres således, at injektionsmisbrugere og andre, som måske blot en enkelt gang har injiceret stoffer, tilbydes foranstaltninger i form af bl.a. henvisning til behandling.

Det er den enkelte kommune, som tager stilling til, hvordan kommunens tilbud om lægesamtaler tilrettelægges, herunder om lægesamtalerne fx. skal gennemføres af læger ansat på en institution, som er kommunens egen, læger ansat på en anden kommunal, en regional eller en privat institution, hvormed kommunen har indgået aftale om tilvejebringelse af behandlingstilbud, eller andre læger, hvormed kommunen indgår aftale om gennemførelse af lægesamtaler.

Hvis kommunen ikke inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen kan tilbyde en lægesamtale med en læge, som i overensstemmelse med kommunens tilrettelæggelse af tilbuddet sædvanligvis gennemfører lægesamtaler, er kommunen forpligtet til at sørge for, at lægesamtalen gennemføres af en anden læge inden for fristen. Kommunerne vil skulle registrere og indberette de oplysninger, som vil være nødvendige for opfølgningen på den kommunale indsats i forhold til denne rettighed.

I dag registrerer og indberetter kommunerne bl.a. datoen for henvendelser fra personer, som ønsker at komme stofmisbrugsbehandling. Fremover vil kommunerne også skulle registrere datoen for lægesamtalens gennemførelse, hvilket vil gøre det muligt for kommunerne selv såvel som for de centrale myndigheder at følge overholdelsen af tidsfristen for gennemførelse af lægesamtaler. Hvis tidsfristen overskrides, vil årsagen til overskridelsen skulle registreres.

Sundhedsstyrelsen vil gennemføre en evaluering, hvori indgår de således registrerede og indberettede oplysninger. Da den nødvendige registrerings- og indberetningsløsning først

forventes klar i løbet af 2015, vil evalueringen blive foretaget i 2017, således at den kan foretages på grundlag af som minimum et helt års registreringer.

Sundhedsrum og stofindtagelsesrum

I København, Aarhus, Odense og Esbjerg kommuner har der siden 2011 pågået forsøg med sundhedsrum, hvor personer med stofmisbrug på ét og samme sted kan få et tilbud om sundhedsfaglig hjælp og et værested. Det overordnede formål er at nå bedre ud til de mest udsatte og belastede personer med stofmisbrug med sociale og sundhedsfaglige tilbud samt at afhjælpe de problemer, som stofmisbruget påfører bestemte områder i de største byer.

Forsøgene med sundhedsrum blev afsluttet med udgangen af 2014, og i forskellig form indgår sundhedsrummene eller erfaringerne hermed nu som en del af kommunens samlede tilbud til personer med stofmisbrug i Københavns, Aarhus, Odense og Esbjerg kommuner.

Siden 2012 har det efter tilladelse fra Sundheds- og Ældreministeriet været muligt at oprette og drive stof indtagelsesrum for personer på 18 år eller derover med en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer. Der drives stofindtagelsesrum i Københavns, Odense og Aarhus kommuner.

I stofindtagelsesrum skal der bl.a. være adgang til relevante sundhedsfaglige tilbud. Det skyldes de sundhedsmæssige fordele, der kan opnås ved, at der i stofindtagelsesrum kan skabes kontakt til personer, som det ellers kan være vanskeligt at få skabt kontakt til. Dermed bliver det muligt at adressere behov, som andre foranstaltninger ikke har kunnet opfylde.

De sundhedsfaglige tilbud bør afspejle misbrugsmønstrene samt stofmisbrugsproblemernes omfang og betydning lokalt, og den enkelte kommune, som opretter og driver stofindtagelsesrum eller indgår aftale med en selvejende institution om driften af stofindtagelsesrum, bør under hensyn til de lokale forhold tage stilling til, hvilke sundhedsfaglige tilbud der er relevante i det enkelte stofindtagelsesrum. Tilbuddene skal ikke nødvendigvis være fysisk placeret i stofindtagelsesrummet. Det afgørende er, at der i stofindtagelsesrummet er adgang til tilbuddene, og denne adgang kan også sikres gennem brobygning fra stofindtagelsesrummet til eksternt placerede tilbud.

Om stofindtagelsesrum og evalueringen heraf henvises til afsnit 4.2.5.

Familieambulatorier

Der findes familieambulatorier i alle fem regioner. Familieambulatorierne har til formål at forebygge og behandle rusmiddelskader i fosterlivet og hos børn. Målgruppen for familieambulatorierne er:

- Gravide kvinder med et forbrug eller misbrug af alkohol og/eller andre rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, som medfører en risiko for fosteret.
- Gravide, som inden for de seneste to år har haft et afhængighedsforbrug af rusmidler og/ eller afhængighedsskabende medikamenter.
- Børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler.
- Gravide, hvis partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, som kan have konsekvenser for svangerskabet eller barnets udvikling efter fødslen.

Praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andre professionelle inden for sundheds- og socialområdet kan henvise gravide, deres partnere og børn op til skolealderen til det regionale familieambulatorium. Derudover kan den gravide selv eller andre pårørende henvende sig direkte til ambulatorierne.

Familieambulatorierne er bemandet med et tværfagligt team af speciallæger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer o.a. Ambulatorierne fungerer i et tæt tværfagligt samarbejde med kommunale forvaltninger, sundhedsplejen, rusmiddelbehandlingsinstitutioner, almen praksis, psykiatriske tilbud, gadeplanstilbud, kriminalforsorgen og andre relevante aktører.

Familieambulatorierne skal supplere den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats. Der er ikke ændret ved opgavefordelingen mellem kommuner og regioner. Om kommunernes opgaver med hensyn til gravide med stofmisbrug henvises til afsnit 3.1.2.2.

COWI har for Sundhedsstyrelsen evalueret familieambulatorierne i marts 2015.

3.2.2.5. Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2013 en evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til stofmisbrugere. Evalueringen baserede sig primært på indberetninger fra heroinklinikkerne, men i evalueringen henvistes også til en kvalitativ undersøgelse, som viste, at de, der er i behandling med lægeordineret heroin, oplever, at behandlingen er bedre end behandlingen med metadon, og at heroinen spiller en vigtig rolle i behandlingen.

Af evalueringen fremgår det, at det alt i alt må konkluderes, at ordningen har været en succes i forhold til at forbedre den enkeltes sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden. Det psykiske velbefindende ser ud til at forbedres, mens flere får konstateret fysiske sygdomme som følge af, at de kommer under mere ordnede forhold med daglig kontakt til sundhedspersonale og regelmæssige lægesamtaler, undersøgelse og behandling. Dette ser ud til at påvirke det selvvaluerede fysiske helbred i negativ retning. Energieniveauet er langt lavere end for befolkningen generelt og ændrer sig ikke under behandlingen. Der er en relativt stor andel, der udskrives igen, særligt på nogle af klinikkerne, og data indikerer, at det i højere grad er de mere belastede personer, der udskrives igen. Nogle af de udskrevne går tilbage til konventionel substitutionsbehandling enten permanent eller en periode. Frafaldet er på linje med det, der er set under den tilsvarende schweiziske ordning og på linje med frafaldet i konventionel substitutionsbehandling.

Med evalueringen anbefalede Sundhedsstyrelsen at udvide ordningen, så det blev gjort muligt at indtage heroinen i tabletform. Ordningen blev på den baggrund udvidet i 2013.

3.2.2.6. Afdækning af den kommunale lægelige stofmisbrugsbehandling

For KABS VIDEN foretog Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i 2013 en afdækning af den lægelige stofmisbrugsbehandling i kommunerne. Til brug for afdækningen besvarede 91 kommuner og 114 behandlingsinstitutioner et spørgeskema. Formålet med afdækningen var bl.a. at vurdere, i hvilken udstrækning den lægelige stofmisbrugsbehandling er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Med hensyn til organiseringen af stofmisbrugsområdet viste afdækningen, at de fleste kommuner (60 %) driver egen behandlingsinstitution. En tredjedel køber ydelser af andre kommuner, mens færre indgår i fælleskommunale samarbejder eller køber hos private udbydere.

Afdækningen viste endvidere, at i halvdelen af kommunerne (49 %) er stofmisbrugsområdet administrativt forankret i socialforvaltningen. I 16 % af kommunerne er det hos sundhedsforvaltningen. For de resterende er det hos andre forvaltninger eller centre.

Med hensyn til personale på behandlingsinstitutionerne viste afdækningen bl.a., at de fleste institutioner har tilknyttet deltidsansatte læger (lægekonsulenter), og at knap en fjerdedel har fuldtidsansatte læger.

Afdækningen viste endvidere, at der ses stor variation i de lægefaglige ressourcer på behandlingsinstitutioner. Medianen for antallet af patienter pr. årsværk læge var 250 patienter pr. årsværk læge i 2012 (n=53), 10 og 90 percentilerne var 40 og 1.200 patienter pr. årsværk læge.

Med hensyn til udredning og visitation viste afdækningen, at lægen altid deltager i visitationen til den lægelige behandling af nye opioidafhængige patienter på knap halvdelen af behandlingsinstitutionerne (49 %), og at der ligeledes på knap halvdelen af institutionerne (48 %) altid udarbejdes en lægelig behandlingsplan.

Med hensyn til screening for psykiatrisk komorbiditet viste afdækningen, at et mindretal af behandlingsinstitutionerne (37 %) screener konsekvent for psykiatrisk komorbiditet, og 18 % angiver, at de aldrig screener. Det hyppigst anvendte screeningsværktøj er ASI.

Afdækningen viste endvidere, at på størstedelen af institutionerne (67 %) er det mindre end en fjerdedel af patienterne, der udredes af speciallæge i psykiatri inden for det første år efter indskrivning.

Med hensyn til behandling og medicinering viste afdækningen, at på lidt over halvdelen af institutionerne er det 75-100 % af patienterne, uanset hovedstof, der ses af en læge i forbindelse med indskrivning til behandling, og i gennemsnit går der otte dage fra indskrivning til første konsultation.

Afdækningen viste endvidere, at på 61 % af institutionerne findes et lokale, der kun anvendes til lægelige undersøgelser. På 26 % af institutionerne er der ikke en håndvask i undersøgelseslokalet.

Afdækningen viste herudover, at knap halvdelen af institutionerne (47 %) svarer, at det er 75-100 % af nye opioidafhængige patienter, der screenes for HIV. Vedrørende screening for hepatitis B og C er det lidt over halvdelen (57 %).

Endelig viste afdækningen, at i gennemsnit behandles 69 % af patienterne i substitutionsbehandling med metadon, mens gennemsnitligt 28 % behandles med buprenorphin. For ny-indskrevne patienter er fordelingen 48 % og 52 % for henholdsvis metadon og buprenorphin. På 52 % af institutionerne får over halvdelen af patienterne udleveret medicin til selvadministration. Medicinen udleveres hyppigst 2-3 gange om ugen. Oftest er det sygeplejersker, der står for medicinudlevering.

Statens Institut for Folkesundhed konkluderede, at der er betydelige variationer i den lægelige behandling af patienter med stofmisbrug i landets kommuner, og at der på en række områder er kontraster til Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Der blev i den forbindelse peget på udredning og systematisk screening for psykiatriske og somatiske følgetilstande, involvering af lægelig ekspertise i visitation af patienter og i brugen af buprenorphin som substitutionsbehandling.

Fra kommunal side oplyses det, at de betydelige variationer i den lægelige stofmisbrugsbehandling bl.a. kan skyldes vanskeligheder med at rekruttere læger. For kommunerne kan rekrutteringsvanskeligheder således være en udfordring i forhold til at sikre behandlingskvaliteten.

3.2.2.7. Substitutionsbehandling og forgiftningsdødsfald

Senter for Rus- og Avhengighetsforskning (SERAF), Oslo Universitet, gennemførte i 2012-2014 en undersøgelse af samtlige forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i København, Aarhus og Odense i perioden 2008-2011.

Undersøgelsen viste bl.a., at metadon er involveret i en stor andel af forgiftningsdødsfaldene, og at der er en høj forekomst af personer, der dør, mens de er i substitutionsbehandling med metadon. I undersøgelsen peges der i den forbindelse på, at andelen af personer i substitutionsbehandling med metadon er stor sammenlignet med andelen af personer i substitutionsbehandling med buprenorphin, og at substitutionsbehandling med metadon er kendetegnet ved høje doser, lav grad af overvåget medicinindtag og høj grad af samtidig ordination af andre afhængighedsskabende lægemidler såsom benzodiazepiner. Med hensyn til graden af overvåget medicinindtag fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, at det er afgørende, at der kun stilles de kontrolkrav, der er nødvendige for at opnå indfrielse af de individuelle behandlingsmål, og at der skal tages hensyn til den enkeltes muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt. En normal tilværelse kan fx omfatte lønnet job eller frivilligt arbejde.

3.2.2.8. Brugernes tilfredshed med substitutionsbehandlingen

På Rådet for Socialt Udsattes initiativ undersøgte Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, og KABS VIDEN i 2014 brugernes tilfredshed med substitutionsbehandlingen. I undersøgelsen havde man fokus på borgernes oplevelse af behandlingen; hvad de har brug for hjælp til, hvorvidt de får den hjælp, og i hvor høj grad de føler sig inddraget.

Undersøgelsen viste, at flertallet er tilfreds med behandlingen, men at tilfredshed ikke er en entydig størrelse, og at substitutionspræparat, alder og behandlingsvarighed spiller en stor rolle for graden af tilfredshed. Personer i metadonbehandling er signifikant mere utilfredse end personer i buprenorphinbehandling, og de ældste, som har været i behandling længst tid – det vil typisk sige de mest belastede – er de mest utilfredse.

Undersøgelsen viste endvidere, at personer i substitutionsbehandling efterspørger mere behandling og kontakt. Personer med mindre kontakt er væsentlig mindre tilfredse. Der er dog stor forskel mellem behandlingsstederne med hensyn til graden af kontakt. Manglende tilfredshed er især knyttet til manglende kontakt med læge og kontaktperson. At graden af kontakt med disse faggrupper opleves som utilfredsstillende skal ses i forhold til, at langt de fleste har behov for at få hjælp til fysiske og psykiske problemer. Kontakten synes dog at være blevet forbedret siden en undersøgelse i 2009, men behovet for kontakt blev understreget i rapporten "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011" (2014), som bl.a. viste, at afdøde i over halvdelen af tilfældene var indskrevet i substitutionsbehandling med metadon på dødstidspunktet, men alligevel endte med at dø af en forgiftning med involvering af metadon.

Selvom mere behandling og mere kontakt efterspørges, så fravælger mange også de muligheder, der er, fordi det er forbundet med forskellige ulemper/ubehag, herunder ikke mindst risiko for kontrol og sanktioner. Omvendt er det oplevelsen blandt de, der er i behandling, at der kan være behov for kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere på behandlingsstedet. Kontrol og sanktioner kan altså siges både at støtte og at udfordre.

Med hensyn til kontrol og forståelse herfor kan det i øvrigt nævnes, at da man i England på grund af et højt antal metadondødsfald i midten af 1990-erne ændrede ordinationspraksis, således at der blev sat fokus på en øget kontrol med supervision af metadonindtagelse, medførte det en betydelig reduktion i antallet af metadondødsfald. Personerne i substitutionsbehandling meldte tilbage, at de

forstod baggrunden for ændringen og accepterede den øgede kontrol. Senere i behandlingsforløbet ønskedes dog en mere fleksibel supervisionsordning.

Center for Rusmiddelforskning og KABS VIDENS undersøgelse viste herudover, at det er et gennemgående ønske at blive inddraget mere i behandlingen. Ca. halvdelen oplever sig inddraget i overvejelser om fx justering af medicindosis, men der er stor forskel fra behandlingssted til behandlingssted. Mange oplever, at de ikke bliver oplyst nok om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicinen. Der peges på et behov for inddragelse i forbindelse med behandlingsplaner og behandlingen generelt. Oplevelsen af manglende inddragelse kan skyldes flere ting, men der peges på, at behandlernes dobbeltrolle som både støtte og kontrollant kan gøre det svært for personer i behandling at gennemskue, hvornår de bliver inddraget, og hvornår de bliver kontrolleret.

3.2.2.9. Sundhedsstyrelsens vejledninger

De centrale myndigheder bistår kommunerne i forbindelse med den lægelige stofmisbrugsbehandling og sundhedsfaglige indsats i øvrigt. De statslige opgaver er forankret hos Sundhedsstyrelsen, som bl.a. er ansvarlig for fastsættelsen af faglige retningslinjer for den lægelige behandling. Styrelsen er også ansvarlig for at overvåge behandlingsindsatsen og for opfølgning i forhold til kommunerne.

Sundhedsstyrelsen har i vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer og vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed fastsat retningslinjer, der præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger i henhold til § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed er forpligtet til at udvise i forbindelse med behandling af personer med stofmisbrug.

Pr. 1. januar 2015 er der indført en ret for alle, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, til en lægesamtale senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen, af en ret for personer, som ønsker at komme i lægelig stofmisbrugsbehandling, til at modtage tilbud herom senest 14 dage efter henvendelsen til bopælskommunen, og af en ret for personer, som efter henvendelse til bopælskommunen visiteres til lægelig stofmisbrugsbehandling, til at vælge at blive behandlet på en anden offentlig eller privat institution end den, hvortil der er visiteret.

Som opfølgning på de nye rettigheder vil Sundhedsstyrelsen revidere sine vejledninger med retningslinjer om behandling af personer med stofmisbrug. Sundhedsstyrelsen vil i den forbindelse inddrage bl.a. KL samt behandler- og brugerrepræsentanter.

Sundhedsstyrelsens vejledninger vil efter revisionen indeholde retningslinjer om de nye rettigheder. Det er ikke hensigten, at der i forbindelse med revisionen skal foretages væsentlige ændringer med hensyn til lægesamtalens indhold. Af retningslinjerne vil det endvidere komme til at fremgå, at der som led i informationen om behandlingsmuligheder mv. skal vejledes om de nye rettigheder såvel som om andre patientrettigheder, der har til formål at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling fremgår det i dag, at den ordinerende læge skal foretage en vurdering af, hvorvidt der er den fornødne sammenhæng mellem på den ene side den lægelige stofmisbrugsbehandling og på den anden side den sociale stofmisbrugsbehandling og indsatsen mod de sociale problemer, som personen i øvrigt måtte have. Udgangspunktet er, at den lægelige behandling ikke bør stå alene, men bør være en integreret del af den samlede indsats for den

enkelte person med et stofmisbrug, jf. afsnit 3.2.2.2. I de tilfælde, hvor der efter lægens sundhedsfaglige vurdering imidlertid ikke måtte være behov for social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 eller social indsats i øvrigt, vil lægelig stofmisbrugsbehandling kunne iværksættes uden iværksættelse af social stofmisbrugsbehandling eller social indsats i øvrigt. I forbindelse med revisionen af vejledningen vil det blive overvejet at tydeliggøre retningslinjerne om sammenhæng og helhed i behandlingen.

Med hensyn til sammenhæng og helhed i behandlingen kan det i øvrigt nævnes, at en undersøgelse blandt personer i metadonbehandling i USA viste, at personer, der ud over metadon modtog behandling med terapi, havde et bedre behandlingsresultat, for så vidt angår reduktion af opioidmisbrug og akutte indlæggelser, og tilsvarende havde personer, der ud over metadon modtog en udvidet psykosocial terapi, yderligere forbedrede behandlingsresultater. Som vist i den amerikanske og andre undersøgelser synes der at være dosis-respons sammenhæng mellem den psykosociale behandling og udfaldet af substitutionsbehandlingen med hensyn til sidemisbrug samt retention i behandlingen. Et i Danmark af Center for Rusmiddelforskning gennemført forsøg med udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling understregede betydningen af at skelne mellem forskellige indskrevne personer i forhold til fokus og effekt. Personernes problemstillinger krævede forskellige tilbud og indsatsstrategier i forhold til fokus på henholdsvis tillid og kontakt, stabilisering og sociale færdigheder samt øget integration og normalisering.

I forbindelse med revisionen af vejledningerne vil Sundhedsstyrelsen i øvrigt overveje grundlaget for at foretage ændringer på baggrund af erfaringerne med de eksisterende vejledninger såvel som på baggrund af SERAF's rapport "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011".

3.2.3. Konkrete eksempler

3.2.3.1. Socialsygeplejersker

I Region Hovedstaden har man gode erfaringer med ansættelse af socialsygeplejersker på hospitalerne. Socialsygeplejerskernes viden om og forståelse for de socialt udsatte, herunder de udfordringer, som personer med stofmisbrug har i forbindelse med hospitalsophold, gør dem i stand til at støtte og forbedre indlæggelsen på, udskrivelsen fra og kontakten med hospitalet. Socialsygeplejerskernes kerneindsatser omfatter bl.a. abstinensbehandling, smertebehandling, substitutionsmedicin, hjælp til udskrivelse, opfølgning ved ambulante kontroller og brobygning til fx kommunen, misbrugscentre, herberg og psykiatrisk center.

Socialsygeplejerskerne understøtter den gode indlæggelse ved at kvalificere behandlingen i samarbejde med personalet, således at patienten bliver færdigbehandlet, og sikrer den gode udskrivelse ved at koordinere og bygge bro til eksterne samarbejdspartnere.

Socialsygeplejerskerne aflaster det øvrige personale i hverdagen og skaber mere tryghed på afdelingerne.

Socialsygeplejerskerne har et særligt kendskab til og en rolle i de miljøer, hvor mennesker med tunge sociale problemer færdes, og kender til de tilbud, der er til bl.a. personer med stof- og alkoholmisbrug samt personer med en psykiatrisk lidelse og hjemløse.

3.2.3.2. SACC (Shared Addiction Care Copenhagen) – et tværsektorielt samarbejdsprojekt om udredning og behandling af stofmisbrugere med hepatitis C

Prævalensen i Danmark for hepatitis C (HCV) er estimeret til at være 0,38 % blandt voksne. Det svarer til ca. 17.000 patienter. Under halvdelen estimeres at være diagnosticeret. Heraf har ca. en tredjedel haft kontakt til en specialafdeling uagtet Sundhedsstyrelsen vejledning om hiv, hepatitis B

og C, der understreger, at alle, der er smittet med hepatitis C, skal henvises til relevant specialafdeling til udredning.

Flertallet af danske hepatitis C-patienter er personer, som har eller har haft et stofmisbrug, men der er ikke præcise nutidige tal for forekomsten. En række barrierer ligger til grund for, at ikke flere er diagnosticeret, og at ikke flere har haft kontakt til en specialafdeling. Barriererne findes på både individuelt og behandlerniveau, hvortil kommer strukturelle barrierer:

- Stigmatisering og diskrimination
- Hjemløshed
- Manglende viden om hepatitis C hos både borgere og personale
- Vanskelig adgang til blodprøvetagning
- Sundhedssystemets skarpt opdelte afdelinger (stofmisbrugscenter vs. specialafdeling)
- Kommunikationsudfordringer

De seneste års udvikling inden for testning, udredning og behandling har gjort det muligt at nedbryde nogle af disse barrierer.

Personer med stofafhængighed i Københavns Kommune får nu en meget bedre mulighed for at blive undersøgt og behandlet for hepatitis lokalt på misbrugscentret i et samarbejdsprojekt mellem København Kommune og Region Hovedstaden. SACC (Shared Addiction Care Copenhagen) blev etableret i 2014 som et 3-årigt samarbejdsprojekt mellem Socialforvaltningen i Københavns Kommune, Forskningsenheden CHIP og Infektionsmedicinsk Klinik, Rigshospitalet, med det formål at udvikle og evaluere en ny model for HCV-udredning og -behandling af personer med stofmisbrug ved at samle al HCV-testning, videreudredning og behandling lokalt på misbrugscentrene.

SACC projektet er foreløbigt implementeret i tre pilotenheder, der har ca. 500 indskrevne personer med stofmisbrug. Efter evaluering af pilotfasen i efteråret 2015 skal de øvrige modtageenheder, behandlingsenheder og specialinstitutioner i Københavns Kommune integreres i projektet, der således, i bedste fald, kan nå op omkring 2.000 inkluderede.

Med SACC er det lykkedes at skabe en model for et sammenhængende tværsektorielt forløb for håndtering af hepatitis C-smitte hos personer med stofmisbrug. Modellen kan være løsningen på mange af de udfordringer, der findes ved den aktuelle organisering af sundhedsvæsenet og den tværsektorielle håndtering af patientforløb. SACC vil kunne overføres til resten af landet. Erfaringerne med at nedbryde grænser mellem adskilte dele af sundhedsvæsenet vil også kunne overføres til andre specialer og sygdomme.

3.2.3.3. Langsigtet plan og behandling med udgangspunkt i den enkeltes fysiske og psykiske formåen

Fra pårørendeside fremhæves det, at der er gode erfaringer med forløb med en langsigtet plan og behandling, som tager udgangspunkt i den enkeltes fysiske og psykiske formåen. I et konkret tilfælde kom en 19-årig mand efter halvandet år i et kaosfyldt blandingsmisbrug af den farligste slags og med tre korte behandlingsforløb, som mislykkedes på grund af krav og forventninger, i rammer, der passede til det, som han kunne håndtere og overleve i. Han blev dels skærmet i en ikke på forhånd afgrænset periode i et døgnbehandlingstilbud et godt stykke fra hovedstaden, dels stabiliseret medicinsk (med metadon), og da der var ro på og overskud, blev han sluset videre i et mere åbent døgntilbud. Herefter fik han mulighed for at begynde på et job, og han begyndte at tage kørekort, som var en forudsætning for jobbet. Der var ikke krav om udtrapning af hans stabiliserende medicin. Desværre lykkedes planen ikke, hvilket vurderes primært at skyldes, at døgnbehandlingsstedet (delt i dagbehandling + botilbud) ændrede på medicineringen for tidligt,

dvs. før han var klar. Man ændrede medicineringen med den begrundelse, at han ellers ikke var i stand til at modtage terapi. Problemet var et mangelfuldt uddannelses- og kompetenceniveau hos behandlingsstedets personale, hvortil kom en lang sagsbehandlingstid, som trak kørekortsudstedelsen ud, så jobtilbuddet bortfaldt. Den 19-årige mand "knækkede" herefter.

Fra pårørendeside fremhæves det, at det gode i det beskrevne tilfælde i korte træk er, at man indledte med afdækning af fysisk og psykisk formåen hos den 19-årige mand og planlagde forløbet med udgangspunkt heri. Først etablerede man ro og beskyttende rammer, og derpå afdækkede man ressourcer, drømme og ønsker. Derefter planlagde man indhold og igangsætning af meningsgivende livsindhold. Der var altså fokus på individet frem for systemet. Men systemet fulgte i dette tilfælde ikke med og formåede ikke at honorere det klare behov for den højeste grad af individualisering, fleksibilitet og timing.

3.2.3.4. Forældre i substitutionsbehandling

Fra pårørendeside fremhæves det, at mødre i substitutionsbehandling sagtens kan fungere som ansvarlige forældre, men at dette ikke altid anerkendes, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for mor og barn. I et konkret tilfælde lykkedes det en ung mor at trappe ud af metadonbehandlingen, hvilket hun ønskede, men hvilket også var stillet som krav for, at hun kunne være indlagt sammen med sit nyfødte barn. Under graviditeten blev kvinden opfordret til at fortsætte metadonbehandlingen, men samtidig vurderede man, at personer i metadonbehandling ikke magter forældreskabet. Det betød, at den unge mor efter fødslen meget hurtigt og på egen hånd – dog med hjælp fra pårørende – trappede helt ud af metadonbehandlingen. I første omgang blev hun altså ikke tilskyndet til at trappe ud, hvilket er positivt og helt modsat næsten alle de behandlingstilbud, som man fra pårørendeside ellers kender til. I det konkrete tilfælde var grunden imidlertid helt tydeligt, at man ikke ønskede, at kvinden fik forældreret over barnet, som blev tvangsfjernet, hvorefter fulgte to års kamp for at få ham hjemgivet. Da det endelig lykkedes, fulgte også et helt års ophold på familiebehandlingsinstitution for at sikre genetablering af tilknytning. I dette tilfælde endte det dog heldigvis godt.

Fra pårørendeside fremhæves det, at det gode i det beskrevne tilfælde er, at denne unge mor trappede ud af metadonbehandlingen, hvilket formentlig lykkedes, fordi hun havde fået et særdeles meningsfuldt indhold i sit liv og blev bakket op af et stort og godt personligt netværk. Udtrapningen var dog uhensigtsmæssig og uforsvarlig brat, hvilket skyldtes det stillede krav for at være indlagt sammen med det nyfødte barn og for at få forældreret. Da kvinden under udtrapningen var på en relativt lav metadondosis, fik hun lov at blive på den, så længe hun ønskede det. Der var intet pres i forhold til at være "clean" eller med andre ord helt medicinfri. Dog fik hun ikke lov at være medindlagt, hvilket blev besluttet af familieambulatoriet, men på neonatalafdelingen oplevede man, at kvinden gjorde det godt, og at hendes barn havde brug for hende, hvorfor de redte op til hende i et møderum. Hun fik til sidst hjælp til at trappe helt ud af metadonbehandlingen, idet man satte ind i forhold til den psykiske del af hendes problemer, hvilket foregik i et andet behandlingstilbud – og altså efter barnets tvangsfjernelse. At være uden pres i den sidste del af udtrapningen gjorde, at kvinden kunne arbejde på at få normaliseret sit liv med istandsættelse af bolig og få interesse i at deltage i diverse fritidsaktiviteter på egen hånd. Arbejde og uddannelse måtte desværre vente, da hun skulle møde op hver dag til metadonudlevering samt aflægge urinprøver flere gange ugentligt, hvortil kom, at samtlige samvær blev planlagt på hverdage i tidsrummet kl. 10-15 og på et sted med flere timers transporttid.

3.2.3.5. Det primære netværks betydning

Fra pårørendeside fremhæves det, at der er gode erfaringer med inddragelse af det primære netværk i indsatsen. I et konkret tilfælde havde en kvinde været i mange behandlinger eller i hvert

fald indskrevet i mange forskellige tilbud, hvor der typisk blev stillet krav om, at hun skulle trappe ud af al medicin på meget kort tid, hvilket gik galt gentagne gange. Alligevel fortsatte man på samme vis. Først efter flere år lykkedes det kvinden og hendes forældre at overbevise behandlingssystemet om, at hun havde brug for at en alternativ tilgang. Hun flyttede hjem til sine forældre et godt stykke fra hovedstaden, hvor hun nedtrappede stille og roligt i eget tempo. De hentede medicin én gang ugentligt og afleverede her evt. overskydende medicin tilbage. Det tog lang tid, og det lykkedes. Hun har nu været stof- og medicinfri i en længere periode og er næsten færdig med sin uddannelse.

Fra pårørendeside fremhæves det, at det gode i det beskrevne tilfælde er, at der blev lyttet og udvist fleksibilitet i forhold til inddragelse af det primære netværk, som blev brugt på en konstruktiv og effektiv måde.

3.3. Behandling i fængslerne

3.3.1. Retsgrundlag

Behandlingsgaranti

I 2007 blev det lovfæstet, at indsatte i fængslerne har ret til vederlagsfri behandling mod stofmisbrug, medmindre vedkommende ikke skønnes egnet og motiveret til behandling, og at behandlingen så vidt muligt skal iværksættes senest 14 dage efter, at den indsatte har fremsat begæring herom over for kriminalforsorgen.

Indsatte, som forventedes løsladt indenfor tre måneder, eller som ikke skønnedes egnet og motiveret til behandling, var dog ikke omfattet af denne rettighed. En lovændring i 2011 udvidede målgruppen til at omfatte alle indsatte uanset fængselsstraffens længde samt varetægtsarrestanter.

Indholdet af behandlingen mod stofmisbrug svarer som udgangspunkt til den behandling, som kommunerne tilbyder efter servicelovens. Dog er indsatte i kriminalforsorgens institutioner ikke omfattet af fritvalgsordningen og kan således ikke vælge et andet behandlingstilbud end det, som kriminalforsorgen kan anvise. Ordens- og sikkerhedsforhold samt logistiske forhold gør, at behandlingsgarantien opfyldes på anden vis i fængsler og arresthuse end i kommunerne. Derimod er 14-dages reglen den samme som i serviceloven, jf. afsnit 3.1.1.1.

Substitutionsbehandling

Kriminalforsorgen følger de retningslinjer, som findes i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, jf. afsnit . Substitutionsbehandling er ikke omfattet af behandlingsgarantien.

3.3.2. Generelt

3.3.2.1. National strategi for behandling

Den nationale strategi for kriminalforsorgens klientel baserer sig på et af hovedprincipperne for hele Kriminalforsorgens virksomhed; normaliseringsprincippet, som tilsiger, at forholdene i fængslerne skal ligne det øvrige samfund mest muligt i alle forhold, og at de indsatte, så vidt det er muligt, skal have adgang til de samme tilbud som i det øvrige samfund.

Konkret betyder det, at kriminalforsorgens klientel i videst muligt omfang bl.a. skal benytte det øvrige samfunds misbrugsbehandlingstilbud. For løsladte klienter og betinget dømte gælder det, at de på linje med ustraffede personer skal søge behandling via opholdskommunen, og for indsatte gælder det, at der i videst muligt omfang finder en overførsel sted fra fængslet til en egnet behandlingsinstitution. En sådan overførsel kræver, at den indsatte ikke er flugttrende, ikke kan betegnes som værende farlig, eller at retsfølelsen ikke vurderes at blive stødt i øvrigt ved en sådan

anbringelse. Anbringelsen i en behandlingsinstitution kan desuden planlægges og påbegyndes allerede før eller i forbindelse med afsoningens start.

3.3.2.2. Importmodellen

Siden 1997 er der gradvis opbygget sociale behandlingstilbud i fængslerne møntet på dem, som ikke kan overføres til behandling uden for fængslet. Den nationale strategi bygger langt overvejende på den såkaldte import-model, altså en model hvor private og offentlige behandlingsinstitutioner uden for kriminalforsorgens regi tilbyder stofbehandling i fængslerne i et tæt samarbejde med kriminalforsorgens eget personale. Målgruppen for importmodellen er således den gruppe af indsatte, som ikke kan benytte det øvrige samfunds tilbud.

Med henblik på at sikre behandling til denne gruppe er normaliseringsprincippet også i fokus. Som et spejl på det øvrige samfunds behandlingstilbud har en udvalgt række behandlingsinstitutioner, som repræsenterer forskellige metoder inden for stofmisbrugsbehandling, etableret behandling på de fleste fængsler i landet.

Behandlingsinstitutionerne er således kontraktligt forpligtet til at levere en nærmere beskrevet behandling (i samarbejde med kriminalforsorgens personale) typisk for en 4-årig periode, hvorefter behandlingen udbydes på ny.

3.3.2.3. De forskellige behandlingstilbud i fængslerne

Der er tale om flere typer af behandlingstilbud i fængslerne. Dels er der *motivations- og forbehandlingsprojekter* i arresthuse i hele landet, der helt overvejende er baseret på de stedlige kommuners misbrugscentre, og hvor formålet er at forberede varetægtsarrestanterne på den behandling, de kan få i fængslerne ved afsoning eller efter løsladelse fra varetægtsfængsling. Såfremt der ikke sikres en god overgang fra substitutionsbehandling i fængsel til behandling på misbrugscenter, er tiden umiddelbart efter løsladelse forbundet med en høj overdødelighed med overdosis og selvmord. I SERAFs rapport "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011" havde 17 % af de afdøde været indsat i et fængsel i året op til død. Fængslet og misbrugscenteret skal derfor sikre, at der allerede under fængselsopholdet etableres en kontakt, således at de indsatte umiddelbart efter løsladelse kan fortsætte deres misbrugsbehandling i regi af et misbrugscenter."

Hertil findes de såkaldte *behandlingsafdelinger*, som i udgangspunkt er helt isoleret fra det øvrige fængselsmiljø og defineres dermed som døgnbehandling, idet de indsatte hele tiden befinder sig i et terapeutisk behandlingsmiljø.

Der er *efterbehandlingsafdelinger* i udvalgte fængsler til indsatte, som har længere domme, og som har gennemført primærbehandlingen. Efterbehandlingen har stor fokus på uddannelse/beskæftigelse og udslusning og sker også efter importmodellen.

Derudover er der tilbud om psykosocial *støtte i forbindelse med substitutionsbehandling* (medicinsk behandling med metadon/buprenorphin) på tværs af de eksisterende afdelinger i alle fængsler. En del indsatte er i substitutionsbehandling og følges op af støttende samtaler.

Tilsvarende er der tilbud om behandling for kokainmisbrug til indsatte i åbne fængsler og tilbud til *hashmisbrugere* i alle fængslerne. Både kokain-, hash- og substitutionstilbuddene er tilrettelagt som dagbehandling (ambulant behandling), hvor de indsatte er placeret på fællesskabsafdelinger og i dagtimerne deltager i behandling i kortere eller længere tid som supplement til eller i stedet for egentlig undervisning/anden beskæftigelse.

Endelig er der *særlige såkaldte kontraktafdelinger*, hvor der som udgangspunkt ingen behandling finder sted, men hvor indsatte, som ikke ønsker at afsones sammen med misbrugere, kan sikres en

total stoffri afsoning. Kriminalforsorgen råder desuden over syv udslusningspensioner, hvoraf en er særligt indrettet til at modtage klienter, der har været i primærbehandling i et fængsel og fortsat har behov for efterbehandling.

3.3.2.4. Gennemførte og afbrudte forløb – et overblik

I 2014 blev 2.545 behandlingsforløb iværksat i fængslerne. 1.280 forløb blev gennemført og afsluttet, mens 1.212 forløb blev afbrudt. En stor del af de afbrudte forløb skyldes dog overførsel/løsladelse, og trækkes denne andel fra, er antallet af afbrudte forløb 538. Antallet af iværksatte forløb har været nogenlunde konstant de sidste tre år.

3.3.2.5. Akkreditering af behandlingstilbuddene

Alle primære stofbehandlingstilbud i kriminalforsorgen skal igennem en akkrediteringsproces, hvor et ekspertpanel vurderer, om behandlingstilbuddet lever op til standarderne for god behandling. Ekspertpanelet vurderer behandlingsudbydere ud fra otte fastlagte kriterier; forandringsmodel, metode, etik, behandlernes uddannelsesniveau, dokumentation, samarbejde med fængslet,

I kriminalforsorgen bruges akkreditering til at vurdere, hvorvidt de behandlingstilbud, der udbydes, lever op til standarderne for god behandling. Akkreditering skal dog ikke ses som en enkeltstående hændelse, men som en proces, der stiler mod kvalitetsudvikling af behandlingstilbuddet. Det vil derfor kun sjældent ske, at et behandlingstilbud akkrediteres fuldt i første forsøg. Efter en afsluttet akkrediteringsproces skal behandlingstilbuddet desuden løbende rapportere om status og udvikling til akkrediteringssekretariatet.

Bedømmelsen af behandlingstilbuddet foretages på baggrund af en ansøgning, som bliver vurderet af et panel, der består af personer med stor viden og erfaring med misbrugsbehandling, socialt udsatte, straf og resocialisering. Ansøgningen skal skrives med udgangspunkt i otte fastlagte kriterier, der har til formål at komme rundt om alle relevante dele af behandlingen. Kriterierne er udarbejdet med afsæt i den svenske Kriminalforsorgs akkrediteringsmodel, og de er herefter tilpasset danske forhold.

Kriterierne er udformet på baggrund af forskning om, hvad der virker i behandlingsøjemed. Ved en besvarelse af kriterierne kommer man rundt om de processer, rammer, refleksioner og beslutninger, som behandlingstilbuddet bygger på. Fordi akkreditering i høj grad handler om udvikling, er det vigtigt, at det i ansøgningen beskrives, hvis der er kriterier, behandlingstilbuddet umiddelbart ikke opfylder. Desuden skal det beskrives, hvordan forbedringer kan opnås.

De otte kriterier, der skal beskrives, er følgende:

1. Behandlingsmodel
2. Målgruppe og deltagergruppe
3. Behandlingsmetoder og motivationsarbejde
4. Varighed, intensitet og struktur
5. Etik
6. Behandlingsforløb og straffuldbyrdelse
7. Personale
8. Dokumentation og kvalitetssikring

3.3.3. Konkrete eksempler

3.3.3.1. Efterværn i fængslerne

Det er af stor betydning, at den rette efterbehandling er til stede i fængslerne.

Behandlingsgarantien tilsiger, at en klient skal i behandling umiddelbart efter, at denne har fremsagt ønske herom. Det medfører, at en del klienter på et meget tidligt tidspunkt påbegynder

behandling, men som konsekvens heraf er en del færdige med det primære behandlingsforløb på et tidspunkt, hvor der fortsat resterer en betydelig afsoningstid. Derefter er det ofte vanskeligt at skulle afsone sammen med øvrige indsatte, der fortsat bruger illegale rusmidler. Der konfiskeres flere stoffer nu end tidligere, men dette skyldes primært, at personalet er blevet dygtigere, har fået bedre hjælpemidler m.m., så indsatsen er blevet opkvalificeret. Det er således ikke et udtryk for, at der skulle være kommet flere stoffer.

Efterbehandlingen lykkes bedst, når den finder sted i dertil indrettede isolerede afdelinger. Dette findes i udvalgte lukkede fængsler. Alternativt må den indsatte blive siddende på behandlingsafdelingen efter at have gennemført for ikke at skulle komme ud på en almindelig fællesskabsafdeling.

3.3.3.2. Motivationstilbud i fængslerne

Der er motivationsforløb i alle arresthuse og arrestafdelinger, men den motiverende indsats sker ikke systematisk i fængslerne, da der alene er tilbud om egentlige behandlingsforløb samt til en vis grad efterbehandling. Motivationsforløb ville formentlig kunne øge gennemførselsprocenten.

3.4. Behandling af dobbeltbelastede

3.4.1. Retsgrundlag

Kommunerne tilbyder social og lægelig stofmisbrugsbehandling efter henholdsvis § 101 i serviceloven, jf. afsnit 3.1.1.1., og § 142 i sundhedsloven, jf. afsnit 3.2.1.

Kommunerne er ansvarlige for den socialpsykiatriske indsats, som finder sted i henhold til serviceloven.

Efter sundhedslovens § 57 har regionerne ansvaret for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner. Efter lovens § 74 har regionerne ansvaret for at varetage sygehusvæsenets opgaver, og regionerne yder efter lovens § 79 sygehusbehandling. Det regionale ansvar for praksissektoren og sygehusvæsenet omfatter også psykiatrisk behandling.

3.4.2. Generelt

Dobbeltdiagnose defineres af WHO som "samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser". Det drejer sig altså om personer, der samtidig med en psykisk lidelse har et misbrug af rusmidler.

Det er vanskeligt præcist at opgøre antallet af personer med dobbeltdiagnose. Det skyldes bl.a., at personer med dobbeltdiagnose ikke er en homogen gruppe, at misbruget kan være mere eller mindre erkendt, og at nogle personer med misbrug vil have en underliggende ikke erkendt psykisk lidelse.

Der findes ikke komplette opgørelser over, hvor mange personer med dobbeltdiagnose der er i Danmark. Tal fra Landspatientregisteret kan dog sige noget om udbredelsen og udviklingen.

Det fremgår af Landspatientregisteret, at i alt 5.709 personer blev indlagt på de psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose i 2012. Med 5.687 indlæggelser var niveauet i 2011 det samme, men ser man på perioden 2003-2012, kan der konstateres en væsentlig stigning i løbet af de ti år fra 3.422 i 2003 til som nævnt 5.709 i 2012. Mange faktorer, fx stigende opmærksomhed om problemstillingen, kan have betydning for den konstaterede stigning.

Ser man på, hvilke stoffer de personer, som indlægges på de psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose, misbruger, kan det konstateres, at hash spiller den største rolle. Af de 5.709 personer, som blev indlagt på de psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose i 2012, relaterede misbruget sig til hash hos i alt 2.797, dvs. hos næsten halvdelen. Blandt dem, som blev

indlagt på de psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose i 2003, relaterede misbruget sig til hash hos mindre end en tredjedel. Hash spiller med andre ord en stigende rolle.

Personer med misbrug af heroin og andre såkaldte opioider – dvs. de personer, som substitutionsbehandling med buprenorphin eller metadon kan være relevant for – udgør en relativt lille del af dem, der indlægges på de psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose. Af de 5.709 personer, som blev indlagt i 2012, relaterede misbruget sig til heroin og andre opioider hos i alt 516, dvs. hos mindre end en tiendedel. I SERAFs rapport "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011" fandt man også, at en del af de afdøde havde haft kontakt med psykiatrien i tiden op til forgiftningsdødsfaldet. I alt havde 16 % af de afdøde været indlagt eller været på skadestuen på psykiatrisk sygehus i året op til død. Heraf fandt en tredjedel af disse kontakter sted i de sidste 4 uger op til dødsfaldet.

I forbindelse med tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen er det derfor afgørende at holde sig for øje, at stofmisbrug ofte optræder sammen med psykiske lidelser og problemer, fx angst, depressioner og personlighedsforstyrrelser. En sådan dobbeltbelastning komplicerer indsatsen i forhold til både stofmisbruget og de psykiske lidelser og problemer.

Det er således en udfordring at sikre en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af dobbeltbelastede. Det hænger bl.a. sammen med, at ansvaret for indsatsen er delt mellem kommunen, som er ansvarlig for stofmisbrugsbehandlingen, og regionen, som er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse.

Udfordringerne er bl.a. beskrevet i den afdækning af den kommunale lægelige stofmisbrugsbehandling, som Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, foretog for KABS VIDEN i 2013, jf. afsnit 3.2.2.6.

Med hensyn til screening for psykiatrisk komorbiditet viste afdækningen, at et mindretal af behandlingsinstitutionerne (37 %) screener konsekvent for psykiatrisk komorbiditet, og 18 % angiver, at de aldrig screener. Det hyppigst anvendte screeningsværktøj er ASI.

Afdækningen viste endvidere, at på størstedelen af institutionerne (67 %) er det mindre end en fjerdedel af patienterne, der udredes af speciallæge i psykiatri inden for det første år efter indskrivning.

Herudover viste afdækningen, at størstedelen af institutionerne vurderer samarbejdet med psykiatrien markant dårligere end samarbejdet med praktiserende læger, somatiske sygehuse, kriminalforsorgen og kommunens øvrige forvaltninger.

På baggrund af udfordringerne har alle regioner – sammen med kommunerne i den enkelte region – fokus på patienter med en dobbeltdiagnose både via overordnede samarbejdsaftaler og lokale samarbejdsaftaler mellem de psykiatriske centre og kommunerne. Samtidig er det i de fleste regioner blevet en del af de nye sundhedsaftaler, hvor man også er opmærksom på implementering af Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, jf. afsnit 3.4.2.2.

Særligt for så vidt angår kommunerne, er den kommunale koordinering af de tværgående og tværsektorielle indsatser afgørende for indsatsen på stofmisbrugsområdet, jf. afsnit 3.1.2.1., hvoraf det bl.a. fremgår, dels at målet er en helhedsorienteret indsats, hvor der ud over stofmisbruget efter behov fokuseres på fx psykiske sygdomme, dels at den sociale del af den kommunale indsats over for en person med stofmisbrug består ofte af bl.a. en social og/eller psykiatrisk indsats rettet mod personens psykiske helbred.

3.4.2.1. Psykiatriudvalgets rapport

Den daværende regering modtog i oktober 2013 en rapport fra dens udvalg om psykiatri (Psykiatriudvalget).

I sin rapport behandlede Psykiatriudvalget bl.a. samarbejdet om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Udvalget pegede bl.a. på, at der er udfordringer i samarbejdet mellem kommune og region, og at mangel på samarbejde mellem den regionale psykiatri, praksissektor og de kommunale misbrugscentre kan resultere i underbehandling af den psykiatriske lidelse eller af misbruget.

Nærmere om opgavefordelingen anførte Psykiatriudvalget i sin rapport, at kommunerne som ansvarlige for misbrugsbehandlingen bl.a. skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper, herunder tilbud, som særligt retter sig mod misbrugere med en psykisk lidelse, og at det kommunale behandlingssystem derfor ikke må afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Med henvisning til regionernes ansvar for behandling i praksissektoren og sygehusvæsenet anførte Psykiatriudvalget endvidere, at det regionale behandlingssystem tilsvarende ikke må afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug. Hvis en person med et misbrug har en sindslidelse, som kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelsen behandle patientens misbrug. Behandling af misbruget vil ofte være en forudsætning for, at patienter kan profitere af den psykiatriske behandling og omvendt. Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal der med misbrugerens samtykke etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus, såfremt misbrugeren måtte ønske det. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin sindslidelse i fx ambulatorium, distriktpsychiatrien eller hos egen læge.

Psykiatriudvalget fremhævede i sin rapport, at regioner og kommuner er forpligtede i sundhedsaftalerne til at indgå aftale om indsatsen over for mennesker med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug, og at sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre klarhed over de enkelte aktørers rolle og opgaver såvel som over de samarbejdsflader, der findes mellem de regionale aktører i sygehusvæsenet og praksissektoren samt de kommunale aktører i de forskellige forvaltningsområder. I forbindelse med dette skal aftalen i forhold til sindslidende med samtidigt misbrug medvirke til at sikre samarbejdet mellem den regionale psykiatriske behandling og den kommunale misbrugsbehandling. Ligeledes skal aftalen medvirke til at sikre, at indsatsen over for den sindslidende på ethvert tidspunkt i et forløb er tilstrækkeligt koordineret, bl.a. med henblik på at undgå uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser, og at relevante aktører, herunder den sindslidende selv og dennes pårørende, ved, hvem der har ansvaret for at varetage koordineringen. I forbindelse med dette skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante aktører har de informationer, der er nødvendige for den fortsatte opgavevaretagelse, herunder at den sindslidende og de pårørende ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om sygdomsforløbet og det videre forløb.

Om sammenhæng i indsatsen anførte Psykiatriudvalget bl.a., at personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug ikke er en homogen gruppe, og at behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats. Der er tale om en

patientgruppe, som er særlig skrøbelig, og som ikke kan forventes selv at kunne varetage koordinationen.

Psykiatriudvalget pegede på, at litteraturen anbefaler en integreret behandlingsindsats for mennesker med svær psykisk lidelse og misbrug, og at litteraturen ifølge Social Udviklingscenter (SUS) relativt entydigt peger på, at især personer med svær sindslidelse og misbrug har behov for en indsats, hvor misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er integreret og tæt koordineret med en social indsats, og hvor der tages udgangspunkt i en grundig udredning af personens livssituation. Den sociale støtte skal have særligt fokus på borgerens boligsituation og på støtte til praktiske gøremål i hverdagen. Endvidere skal borgeren også støttes i kontakten med andre offentlige myndigheder.

Med henvisning til ”En tværfaglig udfordring – undersøgelse af kommunernes indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug”, som Socialt Udviklingscenter (SUS) fremlagde i 2011, pegede Psykiatriudvalget imidlertid også på, at de eksisterende koordinationsredskaber som udskrivnings- og koordinationsplaner samt sociale handleplaner ikke anvendes konsekvent eller systematisk på tværs af sektorer, og at planerne ikke koordineres. Det gælder fx den psykiatriske behandlingsplan og planen for misbrugsbehandling.

På den baggrund anbefalede Psykiatriudvalget indførelsen af koordinerende indsatsplaner, jf. afsnit 3.4.2.2.

3.4.2.2. Koordinerende indsatsplaner

På baggrund af Psykiatriudvalgets anbefaling, jf. afsnit 3.4.2.2., er der med satspuljeaftalen for 2014-2017 indført en ordning med koordinerende indsatsplaner. Indsatsplanerne er for personer med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien og/eller personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen fremlagde i 2014 vejledende retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Som opfølgning på fremlæggelsen af retningslinjerne afholdt de to styrelser i hver region informationsmøder, hvortil man havde inviteret repræsentanter fra psykiatrien, den kommunale alkohol- og stofmisbrugsbehandling, social- og sundhedsforvaltningerne i kommunerne samt repræsentanter for de regionale afdelinger, der arbejder med sundhedsaftaler og tværsektorielt samarbejde.

De individuelle koordinerende indsatsplaner skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling. Øvrige indsatser på det somatiske, sociale og/eller beskæftigelsesmæssige område mv. kan inddrages, hvis det vurderes relevant.

Udarbejdelsen af de individuelle koordinerende indsatsplaner har til formål at støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug. De koordinerende indsatsplaner skal medvirke til at forbedre indsatsen for borgere ved at skabe bedre sammenhæng i den enkelte borgers forløb.

Af retningslinjerne fremgår det bl.a., at det ud over at sikre en koordinering af indsatserne via de koordinerende indsatsplaner også vil være væsentligt, at regioner og kommuner har fokus på, at personalet har kompetencerne til at sikre en integreret behandling såvel i psykiatrien som i stof- og alkoholbehandlingen.

Initiativet med koordinerende indsatsplaner implementeres i sundhedsaftalerne som et redskab til at sikre en sammenhængende indsats for borgeren ved at pointere, at de relevante behandlere og

evt. kommunale sagsbehandlere skal mødes og koordinere indsatser på baggrund af en fælles forståelse af borgerens udfordringer.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsens retningslinjer beskriver de overordnede rammer for indholdet af indsatsplanerne, mens den konkrete arbejdstilrettelæggelse mellem kommune og region aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne. Effekten af de koordinerende indsatsplaner skal monitoreres og evalueres i forbindelse med den overordnede evaluering af sundhedsaftalerne.

Der er i de senere år iværksat en række tiltag for at sikre den tværsektorielle koordinering om borgerne, herunder førnævnte indsatsplaner. I praksis ses der imidlertid fortsat organisatoriske og administrative barrierer for et effektivt og smidigt samarbejde om borgeren på tværs af behandlingssystemerne.

3.4.2.3. Lægesamtaler

Siden 1. januar 2015 har personer, som ønsker at komme i social eller lægelig stofmisbrugsbehandling haft ret til en lægesamtale, som skal finde sted senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen. På den måde sikres det, at undersøgelse for misbruget og afhængigheden såvel som for bl.a. de psykiske problemstillinger, der måtte knytte sig til misbruget, vil finde sted på et tidligt tidspunkt i forløbet. Det betyder bl.a., at det allerede fra selve stofmisbrugsbehandlingens iværksættelse er muligt at tilrettelægge behandlingen under hensyntagen til resultatet af den helhedsorienterede undersøgelse, som lægen skal foretage i forbindelse med lægesamtalen.

Det overordnede formål med lægesamtalen vil uanset misbrugsstof bl.a. være at identificere psykiske problemstillinger og at vurdere behov for henvisning til psykiatrisk speciallæge.

Retten til en lægesamtale for alle, der ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, giver som noget nyt for de personer, som skal i social stofmisbrugsbehandling, og som derfor ikke nødvendigvis ser en læge i forbindelse med selve behandlingen, mulighed for bl.a. at få opsporet en psykisk lidelse. Det er herefter muligt at tilrettelægge stofmisbrugsbehandling under hensyntagen hertil og at sikre sammenhæng mellem stofmisbrugsbehandling og behandlingen af den psykiske lidelse.

Som opfølgning på bl.a. den nye ret til en lægesamtale vil Sundhedsstyrelsen revidere sine vejledninger om stofmisbrugsbehandling, jf. afsnit 3.2.2.9. Allerede i dag er der i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling fastsat retningslinjer for bl.a. udredning af psykisk sygdom hos stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Af de detaljerede retningslinjer fremgår det bl.a., at det er vigtigt, at alle læger kender til forekomsten af psykisk sygdom ved stofmisbrug og forekomsten af stofmisbrug ved psykisk sygdom. Til disse retningslinjer henvises der i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer.

Om lægesamtaler henvises i øvrigt til afsnit 3.2.2.4.

3.4.2.4. Evaluering af tværsektorielt samarbejde

KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning – har med rapporten "Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug" fra 2015 fremlagt en kvalitativ evaluering af det tværsektorielle samarbejde om etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup.

Projektet om tværsektorielt samarbejde om personer med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug fokuserede på den gruppe, hvorom der kan være uklarhed om behandlingsansvaret.

Projektet løb i perioden 2013-2014 og havde ifølge projektbeskrivelsen det formål at etablere et integreret behandlingstilbud til patienter med ikke-psykotiske lidelser og misbrug for at sikre, at patienterne bliver udredt og behandlet for både den psykiatriske lidelse og misbruget – og at dette sker integreret.

Evalueringen viste, at der på den ene side er skabt en regional dobbeltdiagnose-klinik med et velfungerende tilbud til dobbeltdiagnose-patienter. De involverede parter forventer således også, at tilbuddet har en positiv effekt for de patienter, der inkluderes. På den anden side viser data fra dobbeltdiagnose-projektet og fra interviews, at antallet af inkluderede patienter er væsentligt lavere end forventet, samt at målsætningen om styrket samarbejde og koordinering på tværs af den regionale psykiatri og den kommunale misbrugsbehandling ikke er indfriet.

Blandt de forhold, som har stået i vejen for de opstillede succeskriterier, nævnes i rapporten bl.a. problemer med opsporing og henvisning af relevante patienter. Endvidere nævnes det, at samarbejdet mellem dobbeltdiagnose-klinikken og misbrugsbehandlingen ikke har skabt de ønskede resultater, og at kommunikationen internt i projektet og mellem de forskellige dele af projektorganisationen og samarbejdspartnere har været mangelfuld og uklar. Hertil kommer bl.a., at misbrugsbehandlingsinstitutionerne og behandlingspsykiatrien har haft forskellige udgangspunkter og forventninger til dobbeltdiagnose-projektets indhold og udformning, og at der har været uenighed om, hvilke patienter der befinder sig i projektets målgruppe, og hvordan behandlingen bør organiseres.

3.4.2.5. Styrket indsats over for unge med stofrelateret psykose

Det har store konsekvenser for unge at få en psykose. Fx er der risiko for, at uddannelse eller arbejde afbrydes, og for social isolation. Et samtidigt stofmisbrug kan forstærke de negative konsekvenser.

I 2015-2018 gennemføres med satspuljemidler en styrket indsats over for unge, der har haft en psykose relateret til hash eller andre stoffer. Det overordnede formål med den styrkede indsats er at støtte offentlige og private aktører med henblik på videreudvikling eller udvidelse af eksisterende tilbud, der hjælper unge, der har eller har haft en psykose relateret til hash eller andre stoffer, til at komme tilbage i hverdagslivet og uddannelsessporet.

3.4.3. Konkrete eksempler

3.4.3.1. Samarbejdsaftale i Region Syddanmark og implementering af koordinerende indsatsplaner

For at sikre en koordineret indsats over for personer med psykiske lidelser og misbrug har Region Syddanmark, regionens 22 kommuner og de praktiserende læger i regionen indgået en samarbejdsaftale, der skal medvirke til, at parterne får en tydelig arbejdsdeling. Konkret betyder samarbejdsaftalen bl.a., at parterne skal sørge for, at der sker en vedvarende parallel indsats over for personer med psykiske lidelser og misbrug. Samarbejdsaftalen implementeres sammen med Sundhedsstyrelsens retningslinjer om udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, jf. afsnit 3.4.2.2., der bl.a. skal sikre overensstemmelse mellem kommunale og regionale behandlingsplaner.

I samarbejdsaftalen præciseres det, at psykiatriske og somatiske afdelinger skal motivere patienten til misbrugsbehandling, og med patientens samtykke videregiver afdelingerne efterfølgende oplysninger til det kommunale misbrugscenter.

På lokalt niveau er det i regi af sundhedsaftalerne oprettet lokale samarbejdsfora. Konkret består disse af en række kommuner, som er geografisk "parret", praktiserede læger og psykiatriske

afdelinger i området. I disse samarbejdsfora drøftes elementerne i den koordinerende indsatsplan, og de har nedsat lokale implementeringsgrupper

3.4.3.2. Tværsektorielle udviklingsprojekter i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden arbejdes med flere tværsektorielle udviklingsprojekter, som skal understøtte en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Projekt bedre udredning er et samarbejde på tværs mellem region og kommune, Psykiatrisk Center Frederiksberg (PCF) og Frederiksberg Kommunes Rådgivningscenter (FKRC), hvor det socialfaglige personale i misbrugscentret vurderer, om en psykiatrisk udredning/behandling er relevant, hvorefter de indstiller borgerne til en udredning i psykiatrien. Hvis det viser sig, at brugeren har en psykisk lidelse, kan psykiateren eventuelt iværksætte en behandling i eget eller henvise til andet psykiatrisk regi på vanlig vis. Det socialfaglige personale bestiller efterfølgende tid til opfølgninger, efter psykiaterens anvisninger i forhold til antal og intensitet.

Projektet supplerer andre projekter vedrørende samarbejde om patienter med dobbeltdiagnoser, herunder et projekt om etablering af et psykiatrisk gadeplansteam – et samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune – og et projekt om tværsektorielt samarbejde om indsatsen over for mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser). Sidstnævnte projektet er forankret på Psykiatrisk Center Glostrup, som samarbejder med bl.a. de deltagende kommuner, KABS under Glostrup Kommune og relevante alkoholbehandlingstilbud.

Herudover har Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri i 2015 og 2016 et samarbejdsprojekt om implementeringen af de koordinerende indsatsplaner, jf. afsnit 3.4.2.2. I dette projekt er der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe og styregruppe, og i løbet af foråret 2015 er der blevet udviklet en model for, hvordan de koordinerende indsatsplaner kan implementeres. I efteråret 2015 skal modellen afprøves, og der gennemføres en mindre intern evaluering i slutningen af 2015. I 2016 udrulles modellen i hele Københavns Kommune og de regionale psykiatriske behandlingstilbud, der dækker dette område. Modellen evalueres så endelig med udgangen af 2016.

Modellen opererer med en overordnet koordinatorfunktion, der støtter implementeringen af modellen og har en monitorerende funktion i forhold til drift og eventuelle udfordringer. Koordinatorfunktionen er administrativt delt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. Selve indsatsplansmødet og udarbejdelsen af den koordinerende indsatsplan ligger hos en fagperson, der som oftest vil være en kontaktperson i enten den regionale behandlingspsykiatri eller den kommunale misbrugsbehandling. Borgerinddragelse står centralt i modellen: I forhold til samtykke inden arbejdet med indsatsplanen igangsættes, i forhold til at identificere relevante parter, der skal inddrages i arbejdet, i forhold til prioriteringer af indsatserne og i en endelig godkendelse af indsatsplanen.

Den interne evaluering i 2015 og den eksterne evaluering i 2016 vil bl.a. fokusere på: Antallet af koordinerende indsatsplaner, kvaliteten af de udarbejdede indsatsplaner, erfaringer med at få borgerne visiteret til psykiatrisk behandling via den centrale visitationsenhed samt oplevelser og erfaringer med modellen hos borgere, fagpersoner og koordinatore.

Et andet projekt, der blev etableret i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune i 2015, var "Fælles tværsektorielt team for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug på socialpsykiatriske botilbud". Projektet er etableret med det formål at sikre en mere sammenhængende indsats for borgere, som bor på et socialpsykiatrisk botilbud, og som både har en psykisk lidelse og et misbrug. Teamet består af to psykiatrisygeplejersker, en kommunal misbrugsbehandler, en kommunal sagsbehandler og en medarbejder med

brugerbaggrund, og teamet arbejder opsøgende på botilbuddet i tæt samarbejde med botilbuddets socialpsykiatriske personale. I den første fase af projektet arbejder teamet på botilbuddet Sundbyhus, fra 2016 vil det også omfatte botilbuddet på Robert Jacobsens Vej. Teamet anvender de koordinerende indsatsplaner som et vigtigt arbejdsredskab.

3.4.3.3. Tværsektorielt dobbeltdiagnose-projekt i Region Sjælland

I Region Sjælland er der et tværsektorielt satspuljeprosjekt om dobbeltdiagnoser, som påbegyndtes i 2013. Formålet med projektet er bl.a. at udvikle en netværksbaseret samarbejdsmodel mellem psykiatri og kommunerne herunder at øge kendskabet til hinandens muligheder og organisation. Konkret afholdes arrangementer, hvor medarbejdere på området mødes på tværs af sektorer, kaldet "Fælles skolebænk" for psykiatri og kommuner. Derudover inviteres misbrugscentre ind på de psykiatriske afdelinger, hvor der afholdes misbrugsgrupper for patienter med misbrugsproblemer, og hvor medarbejderne så kan møde patienterne og træffe aftale om misbrugsbehandling efter udskrivning.

Projektet blev startet op medio 2013. Projektet har 3 hovedfokusområder:

1. Udvikle og afprøve samarbejdsformer og værktøjer, der kan forbedre patientforløb i overgangen mellem sektorer: Tre sundhedsfaglige projektmedarbejdere har i praksis fulgt projektpatienter og ført logbøger over samarbejdet i de enkelte patientforløb.
2. På baggrund af den viden og de erfaringer, der er indsamlet i projektet, udvikles en samarbejdsmodel for arbejdet med dobbeltdiagnosticerede mellem de 17 kommuner og psykiatrien i Region Sjælland.
3. At tilføje ny viden om arbejdet med dobbeltdiagnosticerede og disses forløb i begge sektorer: "Den fælles skolebænk" er et tiltag, hvor der er blevet afholdt arrangementer for medarbejdere i begge sektorer, som arbejder på dobbeltdiagnoseområdet i Region Sjælland. På arrangementerne præsenteres projektviden og ny viden på dobbeltdiagnoseområdet. Der har samtidig været fokus på at skabe tid og rammer for at netværke på tværs af sektorer.

Projektet har haft en stor opgave i forhold til at tydeliggøre psykiatriens såvel som kommunernes forpligtigelse til at behandle borgere med dobbeltdiagnose. I forhold til denne opgave er der sket et stort generelt ryk. Det skyldes selvfølgelig projektets initiativer, men også en stor velvillighed i organisationerne i forhold til at etablere tværsektorielt samarbejde for at støtte borgerne.

Der er flere eksempler på, at de organisatoriske grænser er krydset for at understøtte konkrete borgerforløb. Der kan nævnes en kommunal misbrugsgruppe på et sengeafsnit, besøg af fremskudte sagsbehandlere på et sengeafsnit samt faste virtuelle møder mellem et rusmiddelcenter og en psykiatrisk afdeling. Der er tale om tiltag, som sikrer en samtidig behandling og en koordineret indsats. Flere af disse tiltag er i drift.

Den koordinerende indsatsplan er gjort til et væsentligt omdrejningspunkt for den samarbejdsmodel, som projektet skal munde ud i. Der har fra styrelsernes side været produceret en rigtig grundig skabelon af den koordinerende indsatsplan, som er blevet tilpasset til brug for kommunerne og psykiatrien i Region Sjælland. Arbejdsgruppen om den koordinerende indsatsplan har været sammensat af ca. 30 fagprofessionelle fra sengeafsnit, distriktskykiatrien, tre kommuner, en praksiskonsulent og medarbejderne fra det tværsektorielle projekt: Styrket indsats for dobbeltdiagnosticerede. Gruppen mødtes tre gange, og mellem møderne blev testversionerne afprøvet i de respektive organisationer. Brugerpanelet i psykiatrien i Region Sjælland, som er præsenteret for arbejdet, er kommet med vigtige input.

Slutproduktet er en samskabt version af den koordinerende indsatsplan tilpasset til brug i de 17 kommuner og psykiatrien i Region Sjælland. Der er hertil tre støttedokumenter: 1) vejledning til den koordinerende indsatsplan, 2) infoark om koordinator-opgaven og 3) pjece om koordinationsmødet.

3.4.3.4. Dobbeldiagnose-sygeplejersker og fællesteams i Region Midtjylland

I Region Midtjylland har mange af de psykiatriske afdelinger ansat dobbeltdiagnose-sygeplejersker, som bl.a. har til opgave at rådgive kollegerne i regionspsykiatrien om behandlingen af personer med dobbeltdiagnose. I mange kommuner i Region Midtjylland er der etableret tværsektorielle fællesteams, som er sammensat af repræsentanter fra regionspsykiatrien, kommunen (rusmiddelcenter og visitation) samt kriminalforsorgen. Patienter med dobbeltdiagnose kan henvises disse fællesteams, hvis der er behov for en koordineret tværsektoriel handleplan, som omfatter både misbrugsbehandling, social indsats og psykiatrisk behandling.

3.4.3.5. Specialiserede ambulante misbrugsteams og kompetenceudvikling i Region Nordjylland

Psykiatrien i Region Nordjylland arbejder bl.a. med specialiserede ambulante misbrugsteams. Ambulatoriet for misbrug er udvidet med medarbejdere, således at tilbuddet kan udbredes til hele regionen. Der er gennemført kompetenceudvikling af medarbejdere i sengeafsnit og ambulante enheder gennem deltagelse i en specifik tilrettelagt dobbeltdiagnoseuddannelse. 10 % af det sundhedsfaglige personale i den nordjyske behandlingspsykiatri har gennemført uddannelsen.

4. Skadesreduktion

4.1. Retsgrundlag

Efter sundhedslovens § 119, stk. 2, etablerer kommunen bl.a. forebyggende tilbud til borgerne. Efter § 119, stk. 3, tilbyder regionen rådgivning mv. i forhold til kommunernes etablering af bl.a. forebyggende tilbud efter stk. 2. Indsatsen efter § 119 omfatter bl.a. forebyggelse af dødsfald, sygdomme og andre problemer som følge af stofmisbrug.

Efter sundhedslovens § 214 vejleder Sundhedsstyrelsen om udførelsen af sundhedsfaglige opgaver efter sundhedsloven, hvilket altså også omfatter kommunernes forebyggelsesopgaver efter lovens § 119. I øvrigt har bl.a. kommunerne efter § 214, stk. 2, adgang til direkte rådgivning og anden bistand fra Sundhedsstyrelsen i sundhedsfaglige spørgsmål. Det overordnede formål med den sociale behandlingsindsats efter servicelovens § 101 over for mennesker med stofmisbrug er at støtte dem til at opnå stoffrihed eller – hvis dette ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt – at yde en skadesreducerende indsats. Skadesreduktion kan således i nogle tilfælde være det primære mål for behandlingen.

4.2. Generelt

4.2.1. Dødsfald, skader og andre konsekvenser

Stofmisbrug har meget ofte alvorlige sundhedsmæssige og sociale konsekvenser for de personer, som har et stofmisbrug, og deres nærmeste. Hertil kommer generne for de borgere, herunder børnefamilier, som bor og færdes i lokalområder berørt af stofmisbrug.

De sundhedsmæssige konsekvenser er omfattende fysiske og psykiske helbredsskader, som dels kan være livstruende, dels kan udvikle sig til kroniske sygdomstilstande.

Personer med et stofmisbrug har en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger, fx på grund af stoffernes styrke, farlige blandinger og tilsætningsstoffer, og misbrugsrelaterede sygdomme, herunder infektionssygdomme som hiv/aids og leverbetændelse, og er der tale om personer, der er løsladt fra fængslerne, er der en særlig høj dødelighed grundet forgiftninger kort tid efter løsladelsen. Det samme gælder for personer, som genoptager misbrug efter at have forladt stoffri døgnbehandling, hvor de har mistet deres opiattolerance.

Personer, som indtager euforiserende stoffer intravenøst, har en særlig forhøjet risiko for at få en forgiftning, da stofindtagelsen foregår mere ukontrolleret, end tilfældet er ved rygning af stoffet (heroin). Herudover har personer, der indtager stoffer intravenøst, en forhøjet risiko for at pådrage sig blodoverførte infektionssygdomme. Smitte sker som følge af deling af injektionsudstyr, herunder deling af kogekekar, vand, vat, filtre og skeer.

Leverbetændelse (hepatitis) og især den form, som forårsages af hepatitis C-virus, er særdeles udbredt blandt danske stofmisbrugere. Der er tale om en potentielt alvorlig infektion, som kan medføre skrumpet lever og leverkræft.

Ud over hiv/aids og leverbetændelse er blodforgiftninger, blodpropper og hjerteklapbetændelse samt komplikationer i form af amputationer af arme og ben risici, som er forbundet med stofmisbrug. Også andre lidelser som fx lunge-, tand- og underlivssygdomme ses ofte hos personer med stofmisbrug. Disse lidelser kan være, men er ofte ikke direkte forårsaget af misbruget, men er forbundet med de betingelser, hvorunder mange misbrugere lever.

I tillæg til de forskellige somatiske sygdomme er psykiske lidelser hos personer med stofmisbrug velkendt, jf. afsnit 3.4.

Der er desuden en tydelig sammenhæng mellem stofmisbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår. Den sociale marginalisering af personer med et stofmisbrug er stor. Ser man på de sociale samt uddannelses- og bolig-mæssige forhold blandt personer med et stofmisbrug er det tydeligt, at der er tale om en marginaliseret gruppe sammenlignet med befolkningen i øvrigt. De mest belastede personer med et stofmisbrug har omfattende sociale problemstillinger som ustabil boligsituation samt ringe beskæftigelses- og indtægtsforhold.

Ud over de personer, som har et stofmisbrug, berører misbruget også det omgivende samfund. Borgere, herunder børnefamilier, som bor og færdes i visse lokalområder, kan være generede af følgerne af stofindtagelsen.

Det kan fx skabe utryghed, når personer med et stofmisbrug opholder sig på gaden, på trappesten og i trappeopgange for at tage deres stoffer, og ubehag, hvis kanyler og andet uhygiejnisk og farligt affald efterfølgende ligger tilbage. Følelsen af magtesløshed over for den marginalisering og udstødelse samt de uværdige livsbetingelser, som beboerne er vidner til, kan være stor, og især børn og unge er sårbare i den henseende.

4.2.2. Skadesreduktion som begreb

Skadesreduktion er den danske oversættelse af begrebet *harm reduction*, der dækker over indsatser, hvis mål dels er at mindske de fysiske, psykiske og sociale skader, som stofmisbrug kan medføre for både de personer, som har et stofmisbrug, deres nærmeste og samfundet, dels er at forbedre funktionsevnen og udviklingsmulighederne. Ikke alle kan eller vil opnå stoffrihed, og målsætningen er derfor at sikre trivsel og livskvalitet ved at tilpasse behandlingen til den enkelte borgers behov og ressourcer.

Skadesreduktion sigter således mod at reducere følgeskaderne ved stofmisbrug, også selv om det ikke lykkes at reducere selve forbruget. Skadesreduktion er et omdiskuteret begreb, som der ikke findes en entydig definition af. Der er dog bred enighed om, at skadesreduktion har vundet indpas som en grundlæggende tilgang, der kan komme til udtryk i konkrete og praktiske tiltag.

Skadesreducerende tilbud skal ses i forhold til den enkelte borgers behov og ressourcer. Der er en udvikling i misbrugsmønstret og belastningsgraden, jf. afsnit 1.1., og denne udvikling betyder også en udvikling i behovet for skadesreducerende tilbud. Personer med et misbrug af hash og centralstimulerende rusmidler er som udgangspunkt ikke i samme omfang som personer med intravenøst misbrug belastet af fysiske følgevirkninger som fx hepatitis, men kan have brug for skadesreducerende tilbud i forhold til sociale og psykiske problemstillinger som fx hjemløshed og social eksklusion.

Derudover er der i behandlingssystemet i dag en del personer, for hvem det i mindre grad er relevant med en skadesreducerende behandling. Det gælder fx målgruppen for anonym ambulat stofmisbrugsbehandling, som udelukkende modtager et behandlingstilbud målrettet deres misbrug.

4.2.3. Undersøgelse af narkotikarelaterede dødsfald

I 2012 blev der fra statslig side bevilget midler til Københavns Kommune, Aarhus Kommune og Odense Kommune til en undersøgelse, der skulle give ny viden om narkotikarelaterede dødsfald og munde ud i forslag til, hvordan dødsfaldene kan forebygges. Undersøgelsen blev gennemført af det norske forskningsinstitut "Senter for Rus- og Avhengighedsforskning" (SERAF), Oslo Universitet, i tæt samarbejde med de tre kommuner. Undersøgelsen mandede ud i rapporten "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011", som SERAF offentliggjorde i efteråret 2014.

I rapporten peger SERAF på, at årsagerne til narkotikarelaterede dødsfald er sammensatte, men at der er visse forskelle mellem kommunerne både med hensyn til fordelingen af dødsfald og med hensyn til stofmisbrugsbehandlingen, jf. afsnit 3. I den forbindelse nævnes, at metadonrelaterede dødsfald blandt patienter i substitutionsbehandling synes at være en særlig udfordring, jf. afsnit 3.2.2.7. Selv om det retsmedicinsk vurderes, at metadon er den væsentligste årsag til mere end halvdelen af de narkotikarelaterede dødsfald, anføres det i den forbindelse fra brugerside, at man ikke dør "af", men "med" metadon, og at mange formentlig var døde endnu tidligere, hvis de ikke havde fået ordineret metadon som led i behandling. Fra brugerside gives der derfor udtryk for bekymring over en unuanceret opfattelse af metadon. Selv om den ordinerende læge i forbindelse med en beslutning om, hvilken substitutionsmedicin der skal tilbydes, altid skal overveje buprenorphin/naloxon, skal lægen lade bl.a. den enkeltes ønsker indgå i sin vurdering og afvejning, jf. afsnit 3.2.2.2.

Af SERAF's rapport fremgår det endvidere, at personer, som dør af forgiftning (overdosis), som regel er kendte i det offentlige behandlingssystem i bred forstand og har været i kontakt med systemet i tiden op til dødsfaldet. Samtidig tegner undersøgelsen et billede af et behandlingssystem, hvori der ikke altid er god sammenhæng mellem de forskellige aktører.

SERAF's rapport indeholder en række forslag af meget forskellig karakter.

Nogle forslag er rettet specielt til Københavns Kommune, Aarhus Kommune og Odense Kommune. Disse anbefalinger har man umiddelbart kunne arbejde videre med i kommunerne, hvor den forebyggende indsats, herunder indsatsen for at forebygge dødsfald, sygdomme og andre problemer som følge af stofmisbrug, er forankret, og hvor i øvrigt også behandlingsindsatsen er forankret.

Bl.a. med henvisning til, at der er tale om et folkesundhedsproblem, som efter SERAF' opfattelse tilsiger en langsigtet systematisk og samlet tilgang, er andre forslag i højere grad rettet til de centrale myndigheder. Det gælder fx de forslag, som kan relatere sig til de retningslinjer om stofmisbrugsbehandling, der i dag findes i Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling og vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer, jf. afsnit 3.2.2.9.

Som opfølgning på de nye rettigheder, der med en ændring af sundhedslovens § 142 er indført pr. 1. januar 2015, vil Sundhedsstyrelsen revidere sine vejledninger med retningslinjer om behandling af personer med stofmisbrug. I forbindelse med revisionen, hvori bl.a. KL samt behandler- og brugerrepræsentanter vil blive inddraget, vil Sundhedsstyrelsen bl.a. overveje grundlaget for at foretage ændringer på baggrund af SERAF's rapport, jf. afsnit 3.2.2.9.

4.2.4. Kommunalt ansvar

Det kommunale ansvar for den skadesreducerende indsats, jf. afsnit 4.1., skal bl.a. ses i lyset af, at kommunerne er nær på borgerne og har det lokalkendskab, som er nødvendigt for nærmere at tilrettelægge den social- og sundhedsfaglige indsats, der tager sigte på at reducere de skader, som personer med stofmisbrug kan påføre sig selv og det omgivende samfund.

Ikke mindst fordi stofmisbrug i nogle tilfælde må anses for at være kronisk, er indsatsen for at reducere omfanget af disse skader afgørende, og der skal være en bred vifte af tilbud om skadesreduktion, så man når ud til de forskellige målgrupper med hver deres behov, jf. afsnit 1.5.

Der eksisterer da også mange forskellige foranstaltninger, der kan reducere de skader, som personer med et stofmisbrug således kan påføre sig selv og det omgivende samfund. Imidlertid kan misbrugsmønstrene være forskellige fra kommune til kommune og fra lokalområde til

lokalområde, hvilket sammen med forskelle i stofmisbrugsproblemernes omfang og betydning kan begrunde en vis variation i, hvordan den enkelte kommune tilrettelægger sin social- og sundhedsfaglige indsats, herunder hvilke skadesreducerende foranstaltninger der efter kommunens opfattelse bør indgå i kommunens samlede tilbud til personer med stofmisbrug.

4.2.5. Stofmisbrugsbehandling

Et væsentligt element i stofmisbrugsbehandlingen er at begrænse de fysiske, psykiske og sociale skader, som stofmisbruget kan medføre, jf. afsnit 3.1.2.1. For nogle vil målet være at stabilisere forbruget og forbedre den generelle livssituation. Effekten af behandling kan derfor ikke altid alene måles på, hvorvidt en person efter behandlingsophør forbliver stoffri eller fastholder et reduceret misbrug. Den skal også måles på forbedring af borgerens samlede livssituation, bl.a. øget livskvalitet, mestring af eget liv, deltagelse i sociale fællesskaber – og hvis relevant og muligt – beskæftigelses- eller uddannelsesrelaterede fællesskaber.

Skadesreducerende indsatser tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte borger og dennes behov.

Særligt gælder det for substitutionsbehandling af misbrug af heroin og andre opioider, at behandlingen kan have et skadesreducerende sigte, og det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, at den skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt personer med misbrug af heroin og andre opioider. Personer i substitutionsbehandling har da også lavere dødelighed end personer, som ikke er i behandling for deres stofmisbrug. Endvidere ses reduceret risikoadfærd i relation til blodoverførte sygdomme og en mindre forekomst af andre misbrugsrelaterede sygdomme. Endelig udøver personer i substitutionsbehandling erfaringsmæssigt mindre berigelseskriminalitet, ligesom de i nogen grad har øget beskæftigelse, jf. afsnit 3.2.2.2.

I særdeleshed gælder det for behandlingen med injicerbar metadon og behandlingen med lægeordineret heroin, at formålet i første omgang er at forebygge en forværring af personens helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af personens livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt, jf. afsnit 3.2.2.2. Af Sundhedsstyrelsens evaluering af ordningen med lægeordineret heroin fremgår det, at det alt i alt må konkluderes, at ordningen har været en succes i forhold til at forbedre den enkeltes sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden, jf. afsnit 3.2.2.5.

Ud over stofmisbrugsbehandlingen i sig selv kan også nogle af de tilbud, som knytter sig til behandlingen, være skadesreducerende. Dette gælder både i forhold til sociale og sundhedsrelaterede indsatser, og tilrettelæggelsen sker sammen med borgeren med udgangspunkt i den enkeltes behov ved indskrivning i behandling efter § 101 i serviceloven.

I forbindelse med den lægesamtale, som alle, der ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, har ret til, og som skal finde sted med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende retningslinjer herom, skal lægen foretage en helhedsorienteret undersøgelse af misbruget og afhængigheden såvel som for de fysiske og psykiske problemstillinger, der knytter sig til misbruget. Det overordnede formål med lægesamtalen vil uanset misbrugsstof bl.a. være at identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd samt at sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og hiv, herunder præ- og posttest rådgivning og vaccination, jf. afsnit 3.2.2.4.

Da lægesamtalen skal finde sted senest inden iværksættelse af stofmisbrugsbehandlingen, vil undersøgelsen finde sted på et tidligt tidspunkt i forløbet. Det betyder bl.a., at det allerede fra selve

stofmisbrugsbehandlingens iværksættelse er muligt at tilrettelægge behandlingen under hensyntagen til bl.a. misbrugsrelaterede komplikationer og eventuel risikoadfærd.

Lægen skal alene udarbejde en behandlingsplan, hvis der er tale om substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider efter sundhedslovens § 142, eller hvis der i forbindelse med undersøgelsen konstateres fysiske og psykiske problemstillinger, hvis behandling det skønnes relevant at udarbejde en plan for. I tilfælde af misbrug af stoffer som fx hash, kokain og amfetamin, hvor der er tale om social stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101, udarbejdes behandlingsplaner for behandlingsforløbet af behandlerne på dette område, og resultatet af den lægelige undersøgelse indgår da som et af flere elementer i den samlede vurdering af behandlingsbehovet.

Selv om stofmisbrugsbehandling og de tilbud, som knytter sig til behandlingen, således kan være skadesreducerende, gøres behandling ikke til genstand for nærmere beskrivelse i dette kapitel. I stedet henvises til kapitel 3.

4.2.6. Stofindtagelsesrum

Siden en ændring af lov om euforiserende stoffer i 2012 har det efter tilladelse fra Sundheds- og Ældreministeriet været muligt at oprette og drive stofindtagelsesrum for personer på 18 år eller derover med en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer, jf. afsnit 3.2.2.4. Et stofindtagelsesrum kan enten drives af en kommune selv eller af en selvejende institution med driftsoverenskomst med kommunen.

Tilvejebringelsen af retsgrundlaget for oprettelse og drift af stofindtagelsesrum var udtryk for en imødekommelse af enkelte kommuners ønske om at kunne tilrettelægge den social- og sundhedsfaglige indsats således, at stofindtagelsesrum kan indgå som en skadesreducerende foranstaltning i kommunens samlede tilbud til personer med et stofmisbrug.

Kommunernes ønske om at kunne oprette stofindtagelsesrum skulle ses i lyset af, at stofmisbrug ofte har meget alvorlige sundhedsmæssige og sociale konsekvenser for de personer, som har et stofmisbrug, hvortil kommer generne for de borgere, herunder børnefamilier, som bor og færdes i lokalområder berørt af stofmisbrug. Fra kommunal side blev der bl.a. henvist til erfaringer fra udlandet, der har vist, at stofindtagelsesrum vil kunne medvirke til dels at nedbringe dødeligheden blandt og forbedre forholdene for stofmisbrugere, dels at begrænse generne for det omgivende samfund.

Der drives stofindtagelsesrum i Københavns, Aarhus og Odense kommuner. I København drives to rum af Mændenes Hjem, mens kommunen selv driver et mobilt stofindtagelsesrum med fast placering. I både Aarhus og Odense findes et stofindtagelsesrum, som begge steder drives af Kirkens Korshær.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) har under inddragelse af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (nu Social- og Indenrigsministeriet) samt Justitsministeriet i 2015 foretaget en evaluering af ordningen med stofindtagelsesrum. Også en følgegruppe, som er nedsat med henblik på udveksling af erfaringer med stofindtagelsesrum og dialog om evt. fælles problemstillinger, blev inddraget i forbindelse med evalueringens udarbejdelse. I følgegruppen deltager bl.a. repræsentanter for målgruppen for stofindtagelsesrum.

Af evalueringen fremgår det bl.a., at der er stor søgning til stofindtagelsesrummene i Københavns, Odense og Aarhus kommuner, hvor der i forvejen er en bred vifte af behandlingsmæssige og

skadesreducerende foranstaltninger, som rummene ikke erstatter, men alene supplerer. Det fremgår endvidere, at antallet af stofindtagelser i rummene er højt.

Ifølge evalueringen viser det forhold, at stofindtagelsesrummene i 2014 i alt havde 3.564 aktive brugere, som i årets løb samlet indtog stoffer 199.075 gange i rummene, at der i målgruppen er et udbredt ønske om at kunne indtage stoffer i hygiejniske omgivelser og under overvågning af kvalificeret personale. Ønsket giver sig også udslag i den overordnede store tilfredshed med stofindtagelsesrummene og den glæde over at kunne "rummes" i et tilbud", som brugerne i Københavns Kommune efter det oplyste giver udtryk for.

Ifølge evalueringen må det høje antal stofindtagelser – 355.255 fra stofindtagelsesrummenes oprettelse til udgangen af 2014 og altså som nævnt 199.075 alene i 2014 – antages at bidrage til at begrænse risikoen for dødsfald og skader forbundet med stofindtagelse. Skader kan fx være hjerneskader som følge af overdosis. På grund af målgruppens stærke afhængighed må alle disse stofindtagelser antages at ville have fundet sted, selv om der ikke havde været adgang til stofindtagelsesrum. Langt de fleste af stofindtagelserne ville i givet fald næppe have fundet sted i hygiejniske omgivelser, og formentlig ingen af dem ville have fundet sted under overvågning af kvalificeret personale.

Selv om stofindtagelsesrummenes bidrag til begrænsning af risikoen for dødsfald og skader forbundet med stofindtagelse ikke umiddelbart kan kvantificeres, må det ifølge evalueringen antages, at både de hygiejniske omgivelser og det kvalificerede personale har stor betydning i denne henseende. Fx blev der sat ind med akut behandling i forbindelse med de i alt 301 tilfælde af overdosis/svær forgiftning, som fandt sted fra rummene hver især blev oprettet til udgangen af 2014. Alene i 2014 skete det 133 gange. Ingen af disse tilfælde, hvor brugeren ikke kunne trække vejret ved egen hjælp, medførte døden. Havde disse overdoser/svære forgiftninger fundet sted et andet sted end i et stofindtagelsesrum, ville der ikke nødvendigvis have været mulighed for at sætte ind med akut behandling og i hvert fald ikke lige så hurtigt.

Det fremgår af evalueringen, at det høje antal aktive brugere af stofindtagelsesrummene betyder, at der er mulighed for at skabe kontakt til mange personer, som er stærkt afhængige som følge af et længere og vedvarende stofmisbrug, og som ikke nødvendigvis er i kontakt med behandlingssystemet eller myndighederne i øvrigt. Kommunernes afrapporteringer viser, at kontakten til målgruppen bl.a. giver mulighed for at vejlede om stofindtagelsen, give sundhedsfaglige råd, foretage helbreds vurderinger og henvise til eksterne tilbud, herunder sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud samt social og lægelig stofmisbrugsbehandling.

Ifølge evalueringen må det kvalificerede personales overvågning af stofindtagelsen i hygiejniske omgivelser såvel som personalets vejledning om stofindtagelsen, sundhedsfaglige rådgivning, foretagelse af helbreds vurderinger og henvisning til eksterne tilbud antages at bidrage positivt til nedbringelse af dødeligheden blandt og forbedring af forholdene for målgruppen, som er særlig hårdt ramt, når det gælder narkotikarelaterede dødsfald, sundhedsmæssige skader og sociale problemer.

Hertil kommer, at stofindtagelsesrummene må antages at bidrage positivt til begrænsning af gener i form af utryghed og ubehag for det omgivende samfund, herunder ikke mindst for borgerne, herunder børnefamilierne, i lokalmiljøer berørt af misbrug på gadeplan. Også på anden måde må stofindtagelsesrummene antages at bidrage positivt til begrænsning af gener for det omgivende samfund; nemlig ved et fald i mængden af kanyleaffald.

På den baggrund konkluderes det i evalueringen bl.a., at stofindtagelsesrum synes at være en effektiv foranstaltning, som medfører klare fordele for målgruppen såvel som for det omgivende samfund. Samlet set synes de udenlandske erfaringer om, at stofindtagelsesrum vil kunne medvirke til dels at nedbringe dødeligheden blandt og forbedre forholdene for stofmisbrugere, dels at begrænse generne for det omgivende samfund, at være blevet bekræftet i dansk sammenhæng.

Fordelene for det omgivende samfund må sammen med kommunernes og de selvejende institutioners samarbejde med politiet, lokalsamfundet og målgruppen antages ifølge evalueringen at være medvirkende til, at der ikke er rapporteret om væsentlige problemer forbundet med rummenes drift.

4.2.7. Behandling af overdoser og forgiftninger

Mens der i stofindtagelsesrummene er kvalificeret personale, som har mulighed for at sætte ind med akut behandling i tilfælde af overdoser og forgiftninger, gør det samme sig ikke gældende, hvor euforiserende stoffer i øvrigt indtages.

Det er imidlertid muligt at forebygge forgiftningsdødsfald med heroin og andre opioider såvel som skadevirkninger efter opioidforgiftninger gennem undervisning af personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet i genoplivning og brugen af modgiften naloxon. Et projekt herom er nærmere beskrevet i afsnit 4.3.1.

Ud over den akuthjælp, som kan ydes af personalet i et stofindtagelsesrum, andre folk i stofmisbrugsmiljøet og af ambulancereddere, kan en lægelig behandling af patienter med en akut rusmiddelforgiftning være af afgørende betydning i forhold til at forebygge dødsfald og skader.

Det er baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen har udstedt vejledning nr. 77 af 31. oktober 2012 om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger. Formålet med vejledningen, der præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som læger skal udvise ved behandling af rusmiddelforgiftede patienter, jf. § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, er at sikre relevant og tilstrækkelig behandling af patienter med akutte rusmiddelforgiftninger.

Vejledningen er rettet mod den lægelige behandling af patienter med akutte rusmiddelforgiftninger i akutmodtagelser, herunder somatiske og psykiatriske skadestuer. Men vejledningen er gældende, uanset hvor lægelig behandling af rusmiddelforgiftede patienter finder sted.

I vejledningen beskrives patientgruppen, som er heterogen og spænder fra socialt marginaliserede til socialt velfungerende personer. Patientgruppen omfatter således personer med et misbrug, men også personer der ikke umiddelbart opfattes som havende et misbrug. Blandt de sidstnævnte er de såkaldte rekreative stofbrugere, som fx kan være snydt på det illegale stofmarked til at købe et andet stof, end de havde regnet med.

Vejledningen indeholder en detaljeret beskrivelse af principper for modtagelse, diagnostik og behandling af rusmiddelforgiftede patienter, og det fremgår bl.a., at den administrerende overlæge i akutmodtagelser er ansvarlig for, at der foreligger instruks herom.

Ud over den detaljerede beskrivelse af de omhandlede principper indeholder vejledningen også retningslinjer, som tager sigte på sikring af behandlingsforløbet. Heraf fremgår det bl.a., at den behandlende læge løbende skal sammenholde patientens tilstand med de tilstedeværende behandlingsmuligheder og vurdere, om patienten skal overflyttes til anden afdeling med specialkompetence. Det fremgår endvidere, at der i akutmodtagelser skal foreligge en instruks, der fastlægger kriterierne for, hvornår patienter skal konfereres med en læge fra andet speciale. Der skal foreligge samarbejdsaftaler mellem relevante afdelinger, der fastlægger visitation af akutte

rusmiddelforgiftede patienter, herunder patienter med akut, specialiseret behandlingsbehov, der kun kan finde sted på afdelinger med særlig ekspertise.

For så vidt angår sikring af patientforløbet på lidt længere sigt, dvs. opfølgning på behandlingen af den akutte rusmiddelforgiftning, fremgår det af vejledningen, at patienter indlagt med rusmiddelforgiftning skal informeres om deres behandlingsmulighed i det kommunale misbrugsbehandlingstilbud og tilbydes henvisning hertil. Det fremgår endvidere, at børn og unge efter konkret vurdering skal tilbydes kontakt til psykosocialt og/eller psykiatrisk behandlingsregi.

4.2.8. Udlevering af sterilt injektionsudstyr

Gratis og let adgang til sterilt injektionsudstyr er sammen med substitutionsbehandling den vigtigste forebyggende indsats mod infektionssygdomme som hiv og hepatitis C blandt personer med stofmisbrug. Gratis og let adgang til sterilt udstyr har medvirket til den lave udbredelse af hiv blandt personer med stofmisbrug i Danmark. Det mere smitsomme hepatitis C-virus menes fortsat at være udbredt blandt personer, der injicerer stoffer. Personer med stofmisbrug smittes ofte meget tidligt i deres stofbrug, også tidligere end tidspunktet for, at de eventuelt søger behandling. Effektive ordninger med udlevering af sterilt udstyr i og uden for behandlingsinstitutionerne er derfor essentielle i kommunernes bestræbelser på at forebygge hiv, hepatitis og andre smitsomme sygdomme samt injektionsskader som følge af genbrug af injektionsudstyr blandt personer med stofmisbrug.

For KABS VIDEN foretog Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i 2013 en afdækning af den lægelige stofmisbrugsbehandling i kommunerne, jf. afsnit 3.2.2.6. Til brug for afdækningen besvarede 91 kommuner og 114 behandlingsinstitutioner et spørgeskema. Ifølge afdækningen angav 63 % af institutionerne, at kommunen eller institutionen udleverer sprøjter, kanyler eller vand til personer med stofmisbrug.

Den private organisation Gadejuristen foretog i 2013 foretog en kortlægning af den kommunale udlevering af sterilt injektionsudstyr fra behandlingsinstitutioner, apoteker, væresteder, herberger mv. I 2014 fremlagde Gadejuristen resultaterne af kortlægningen i rapporten "Intravenøse stofbrugeres adgang til sterilt injektionsudstyr i Danmark".

Ifølge Gadejuristens rapport, hvoraf det fremgår, at to kommuner ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, og at en del kommuner ikke besvarede alle spørgsmål, udleverer 34 ud af landets 98 kommuner ikke sterilt injektionsudstyr. Ifølge rapporten udleverer 24 kommuner alene sterilt injektionsudstyr i behandlingsregi.

Efter rapportens fremlæggelse vurderede KL, at Gadejuristens billede af, hvor mange kommuner der udleverer sterilt injektionsudstyr, er retvisende. KL's vurdering gik alene på billedet af, hvor mange kommuner der udleverer, og ikke på billedet af, hvor og hvad de udleverer.

KL pegede i den forbindelse på, at Gadejuristens rapport viser, at alle de seks største byer udleverer sterilt injektionsudstyr, hvilket en række af de større kommuner ligeledes gør. KL vurderede på den baggrund, at langt størstedelen af landets personer med stofmisbrug har adgang til gratis injektionsudstyr.

KL pegede endvidere på, at nogle af de kommuner, der slet ikke udleverer sterilt injektionsudstyr, kan gøre det af den årsag, at der ikke er behov for det, fordi der ikke er personer med injektionsmisbrug, eller fordi antallet er ganske lille.

I øvrigt er kommunerne ikke forpligtede til at udlevere sterilt injektionsudstyr. Det er op til den enkelte kommune at beslutte, hvilke skadesreducerende foranstaltninger der efter kommunens opfattelse bør indgå i kommunens samlede tilbud til personer med stofmisbrug, jf. afsnit 4.2.4.

Med satspuljeaftalen for 2004 blev der som en permanent bevilling afsat midler til, at ampuller med sterilt vand kan indgå i det injektionsudstyr, der udleveres til injektionsmisbrugere som led i den skadesreducerende indsats. Det må på den baggrund forventes, at de kommuner, der udleverer sterilt injektionsudstyr, sørger for, at sådanne ampuller indgår i det udleverede injektionsudstyr.

4.2.9. Indsats mod hepatitis

I 2004 blev der indført en ordning med tidlig og gratis vaccination mod både hepatitis A og B. I 2006 blev vaccinationsordningen udvidet, så den også kom til at omfatte andre risikogrupper end personer med injektionsmisbrug og deres pårørende. Ordningen blev indført som en reaktion på, at leverbetændelse er meget udbredt blandt og et alvorligt problem for personer med stofmisbrug.

Mens det er muligt at vaccinere mod hepatitis A og B, er dette ikke tilfældet med hepatitis C, som er særdeles udbredt blandt personer med stofmisbrug. For at øge indsatsen mod hepatitis C blandt personer med stofmisbrug udsendte Sundhedsstyrelsen i 2007 en national handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere.

Den nationale handlingsplan indeholder en beskrivelse af udbredelse af samt smitteveje og smitterisiko for hepatitis C såvel som en beskrivelse af sygdomsforløb og behandling. Endvidere beskrives principper for forebyggelse og den i 2007 eksisterende indsats.

Handlingsplanen indeholder også en anbefaling til kommunerne om at øge indsatsen mod hepatitis C blandt personer med stofmisbrug. Konkret peger Sundhedsstyrelsen i handlingsplanen to initiativer; nemlig:

- 1) Sikring af en systematisk gennemførelse af de forebyggende foranstaltninger, som allerede bør indgå i indsatsen mod narkotikamisbrug, jf. pkt. A-D nedenfor – eksempelvis af en særligt udpeget tovholder.
 - 2) Monitorering af og opfølgning på forebyggelsesindsatsen, jf. pkt. E nedenfor.
- Af handlingsplanen fremgår det, at kommunerne skal sikre, at arbejdet organiseres således, at målgruppen systematisk tilbydes forebyggende foranstaltninger i form af:
- A. Oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til personer med stofmisbrug, hvad enten de findes smittede eller ej.
 - B. Screening for hepatitis A, B og C samt hiv.
 - C. Vaccination mod hepatitis A og B.
 - D. Henvielse til behandling.
 - E. Monitorering og opfølgning.

Det fremgår af handlingsplanen, at målgruppen er alle indskrevne personer med et intravenøst stofmisbrug. Det gælder også personer, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som havende et egentligt intravenøst stofmisbrug. Tilbuddet er ikke relevant for rene hashmisbrugere, men kunne være det for personer, der kan have haft blodkontakt med andre gennem fx deling af snifferør.

For så vidt angår hepatitis og hiv, skal kommunerne altså i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere sikre, at arbejdet organiseres således, at personer med injektionsmisbrug og andre, som måske blot en enkelt gang har injiceret stoffer, tilbydes foranstaltninger i form af bl.a. henvielse til behandling.

For KABS VIDEN foretog Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i 2013 en afdækning af den lægelige stofmisbrugsbehandling i kommunerne, jf. afsnit 3.2.2.6. Til brug for afdækningen besvarede 91 kommuner og 114 behandlingsinstitutioner et spørgeskema. Ifølge

afdækningen svarede knap halvdelen af institutionerne (47 %), at det er 75-100 % af nye opioidafhængige patienter, der screenes for hiv, og at det vedrørende screening for hepatitis B og C er det lidt over halvdelen (57 %). Det skal i den forbindelse nævnes, at af de 13.000 aktive injektionsmisbrugere, som Sundhedsstyrelsen skønner der er, er mellem halvdelen og 2/3 ikke kendt i behandlingssystemet og bliver derfor ikke i det regi screenet for hiv og hepatitis eller i øvrigt undersøgt for andre lidelser.

Fra brugerside oplyses det, at der er udfordringer i forhold til dels at blive ordentligt undersøgt for hepatitis, dels at komme i behandling, hvis man har et stofmisbrug, også selv om der er tale om personer, som er i substitutionsbehandling.

4.2.10. Indsats i fængslerne

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, abstinenssymptomer og stoftrang ("craving") tilbyder Kriminalforsorgen medikamentel abstinensbehandling. Behandlingen kan strække sig over uger eller måneder. Denne temporære behandling bliver i udstrakt grad efterfulgt af tilbud om substitutionsbehandling (til personer med misbrug af heroin og andre opioider), der kan vare op til flere år, når tværfaglig vurdering finder grundlag herfor. Tilbuddet bliver sædvanligvis modtaget og videreformidlet til den forventede behandlingsinstans efter løsladelse.

Med henblik på at forebygge infektionssygdomme, herunder specielt bylder (abscesser), blodforgiftning (sepsis), leverbetændelse og hiv/aids giver Kriminalforsorgen de indsatte adgang til kondomer, klorholdig renevæske til rensning af sprøjter og kanyler, vaccination mod leverbetændelse B og A samt almindelig sundhedsbistand, herunder information om ovennævnte sygdomme og almen lægelig behandling på lige vilkår med den øvrige befolkning. Indsatte har dog ikke adgang til gratis sprøjter og kanyler.

4.2.11. Sociale indsatser som kan have en skadesreducerende virkning

En række sociale indsatser uden for behandlingssystemet kan have en skadesreducerende effekt i forhold til den enkelte person med stofmisbrug. Dette gælder fx væresteder, SKP-ordning og beskæftigelsestilbud. Disse indsatser kan være med til at øge livskvaliteten og forebygge socialt udstødelse, jf. afsnit 3.1.2.4 om støtte og rådgivningstilbud.

Ligeledes kan gadeplans- og opsøgende arbejde bygge bro til det etablerede system og støtte den enkelte i forhold til dennes behov – ikke kun i forhold til misbruget, men også i forhold til de hjælpetilbud, der er relevante for den enkelte, fx med hensyn til boligproblemer og social isolation. Et eksempel på dette er den udgående og rummelige stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug jf. afsnit 3.1.3.1.

Øvrige indsatser, der retter sig mod problemer relateret til den enkeltes samlede livssituation, fx hjemløshed og psykiske lidelser, kan ligeledes have en skadesreducerende virkning, da det kan være disse problemer, der står i vejen for en forandring for den enkelte.

Unge med et stofmisbrugsproblem er karakteriseret ved, at misbruget sjældent er et isoleret problem, men en del af en række sociale problemer, hvor misbruget sjældent er det primære. Derfor skal den unge hyppigt have hjælp og støtte til hele sin situation. Skadesreducerende indsatser i denne sammenhæng skal ses i en helt anden optik end for personer med et længerevarende heroinmisbrug. Indsatsen her kan fx have fokus på at fastholde de unge i uddannelse eller beskæftigelse.

4.2.12. Indsatser rettet mod pårørende

I indsatsen for personer med stofmisbrug bør der være opmærksomhed på, at en del har pårørende, for hvem misbruget kan have konsekvenser. Familiemønstret i en familie med en

misbruger vil som regel være stærkt præget af misbruget. Derfor vil det ofte være en fordel for både personen med et misbrug og for de pårørende, at de pårørendes roller og behov for hjælp tænkes ind i behandlingstilbuddet.

4.3. Konkrete eksempler

4.3.1. Projekt om forebyggelse af dødsfald og skader ved brug af modgiften naloxon

På baggrund af de positive erfaringer fra et pilotprojekt i Københavns Kommune blev der i begyndelsen af 2013 iværksat et projekt, som har til formål at reducere antallet af dødsfald og andre skadevirkninger som følge af overdoser hos personer med misbrug af heroin og andre opioider. Formålet søges nået gennem undervisning af personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet i genoplivning og brugen af modgiften naloxon. I tilfælde af overdosis bliver de personer, som har modtaget undervisning og fået udleveret naloxon i stand til at yde akuthjælp, indtil ambulancen når frem.

Indsatsen er lokalt forankret i fire kommuner (København, Aarhus, Odense og Glostrup), hvor der er et væsentligt stofmisbrug på gadeplan. Personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet bliver undervist i genoplivning og brugen af naloxon. Københavns Kommune har som koordinerende kommune ansvaret for at undervise de øvrige kommuners lokale undervisere samt for at indsamle projektdata.

Projektet afsluttes med en evaluering i efteråret 2015.

En foreløbig status viser, at der som led i projektet er uddannet 550 personer i genoplivning og brugen af naloxon, og at naloxon er blevet benyttet 32 gange i projektet. Det kan ikke dermed konkluderes, at der er blevet reddet 32 liv, men overdoserne har i disse 32 tilfælde været så alvorlige, at det er blevet vurderet, at naloxon skulle benyttes.

Ud over ovennævnte projekt er der også i civilsamfundsregi iværksat et projekt med gratis kurser i overdosishåndtering og oplæring i brug af modgift. Kurserne er for personer med stofmisbrug og deres pårørende. Organisationen ANTIDOTE Danmark står bag projektet.

4.3.2. Sprøjtebytteordninger i fængsler

Der er ikke sprøjtebytteordninger i fængslerne i Danmark, jf. afsnit 4.2.9. Flere lande – særligt i Sydeuropa – har sådanne ordninger og har gode erfaringer hermed. Senest i 2014 har Kriminalforsorgen vurderet, at den nuværende ordning med rensesække bør fortsætte. En grundigere analyse af sprøjtebytteordningen i eksempelvis Spanien vil kunne bidrage til en mere nuanceret vurdering af hele problemfeltet. I de senere år er antallet af opioidmisbrugere, der injicerer, faldet – ligesom det er tilfældet udenfor fængslerne – men der er fortsat en del af de ældre misbrugere, der frihedsberøves, som injicerer stofferne. En stor del af de fund, personalet gør i fængslerne, er endvidere relateret til brug af anabolske steroider.

4.3.3. J_Key Cards

Projektet J_Key Cards handler om formidling af information i retssikkerhedsfremmende og skadesreducerende øjemed. Formidlingen tager udgangspunkt i personer med et stofmisbrugs virkelighed.

J_Key Cards består af små kunstneriske kort, der formidler svarene på nogle af de vigtigste spørgsmål, som personer med et stofmisbrug har behov for at kende svarene på. Spørgsmålene er stillet af personer selv, og sproget er deres eget. Hvert kort har en unik illustration, som i en del tilfælde også bidrager til at huske teksten, når det gælder.

Blandt mange andre relevante spørgsmål er spørgsmålene eksempelvis, hvordan de enkelte rusmidler virker, hvordan de kan indtages mere hensigtsmæssigt, hvordan en overdosis kan undgås, og hvad man skal gøre, hvis man finder et menneske med en overdosis.

Kortene er med succes blevet distribueret i København og har ligget i de såkaldte "værktøjssæt" (poser med sterilt injektionsudstyr) så personer med et stofmisbrug har haft nem og lige adgang til informationen.

4.3.4. Støtte- og kontaktpersonordningen (SKP)

Ordningen er et tilbud til borgere, der ikke kan indgå i andre tilbud, og en metode til opsøgende, socialt arbejde. Dens formål er at styrke brugernes muligheder for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra deres egne ønsker og behov. På sigt skal tilbuddet sætte den enkelte i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud. SKP-ordningen kan i forhold til socialt udsatte borgere med stofmisbrug virke som en skadesreducerende indsats, hvor SKP-medarbejderen bistår brugeren i kontakten til myndighederne mv.

Andre sociale indsatser, herunder fx udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug og fremskudt misbrugsindsats på væresteder, jf. afsnit 3.1.3.1. og 3.1.3.2., virker også skadesreducerende.

5. Kontrol og retshåndhævelse

5.1. Retsgrundlag

5.1.1. Politimæssig indsats

Det overordnede retsgrundlag for politiets virksomhed findes i politiloven. Efter lovens § 1 skal politiet virke for tryghed, sikkerhed, fred og orden i samfundet, og politiet skal fremme dette formål gennem forebyggende, hjælpende og håndhævende virksomhed. Politiets opgaver er nærmere beskrevet i lovens § 2, hvoraf det fremgår, at politiet bl.a. har til opgave at forebygge strafbare forhold jf. § 2, nr. 1, at bringe strafbar virksomhed til ophør samt efterforske og forfølge strafbare forhold jf. § 2, nr. 3, og at yde borgerne bistand i faresituationer jf. § 2, nr. 4.

De generelle rammer for politiets iværksættelse af indgreb er reguleret i lovens kapitel 3. Det fremgår i den forbindelse af § 3, at politiet uden for de tilfælde, hvor indgreb er hjemlet i anden lovgivning, alene kan foretage indgreb over for borgerne i det omfang, det følger af bestemmelserne i politilovens kapitel 3.

Det kan i den forbindelse oplyses, at reglerne i politilovens kapitel 3 bl.a. foreskriver, at politiet i nærmere reguleret omfang skal tage sig af svage og udsatte persongrupper, jf. §§ 10-13, herunder af personer, der er ude af stand til at tage vare på sig selv på grund af indtagelse af alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler, og som træffes under forhold, der indebærer fare for den pågældende selv eller andre eller for den offentlige orden eller sikkerhed, jf. § 11.

Politolovens regler om indgreb suppleres bl.a. af reglerne i retsplejelovens fjerde bog, andet afsnit, som beskriver retsgrundlaget for politiets efterforskning, herunder reglerne for politiets iværksættelse af tvangsindgreb inden for strafferetsplejen.

Endvidere suppleres politiloven bl.a. af Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 511 af 20. juni 2005 (ordensbekendtgørelsen) om politiets sikring af den offentlige orden og beskyttelse af enkeltpersoners og den offentlige sikkerhed mv. samt politiets adgang til at iværksætte midlertidige foranstaltninger (påbud og forbud).

Retsgrundlaget for politiets og anklagemyndighedens strafforfølgning er nærmere beskrevet i afsnit 5.2.1.6.

5.1.2. Toldmæssig indsats

Retsgrundlaget for SKAT's gennemførelse af kontroller (toldkontrol) findes i toldlovens § 10 a, hvoraf fremgår, at Told- og Skatteforvaltningen foretager kontrol af, at der ikke ved indrejse i, udrejse fra eller transit af det danske toldområde sker overtrædelse af forbud mod indførsel, udførsel eller transit, der er fastsat af sikkerhedsmæssige, sundhedsmæssige, veterinære, plantepatologiske, valutamæssige eller andre grunde.

Desuden indeholder toldlovens § 27, stk. 2, en pligtbestemmelse for importører af varer, der er berørt af de såkaldte varebestemmelser. Varebestemmelser gælder for ind- og udførsel af en særlig varegruppe, fx euforiserende stoffer, og betyder, at der er nogle ting, som man skal være særligt opmærksom på ved ind- og udførsel af varen, hvilket fx kan være at se efter, om den nødvendige tilladelse til indførsel af varen nu også følger med varen.

Efter pligtbestemmelsen i toldlovens § 27, stk. 2, skal den, der angiver varer til toldbehandling i henhold til EU's bestemmelser herom, afgive sådanne oplysninger og erklæringer om varernes art og beskaffenhed mv., der er nødvendige for kontrollen med udenrigshandelsstatistikken og med de særlige indførsels-, udførsels- og transitbestemmelser, som af valutamæssige, sundhedsmæssige, sikkerhedsmæssige, veterinære, plantepatologiske eller andre grunde er fastsat for disse var

5.2. Generelt

5.2.1. Politimæssig indsats

5.2.1.1. Den overordnede politimæssige indsats i relation til bekæmpelse af narkotikakriminalitet

Det fremgår af politiets og anklagemyndighedens strategi for 2011-2015, at de særligt prioriterede indsatsområder omfatter både forebyggelse generelt, bekæmpelse af den borgernære kriminalitet og bekæmpelse af den tunge og organiserede kriminalitet.

Narkotikakriminaliteten rummer aspekter af både den borgernære og organiserede kriminalitet, og politiet har stor fokus på bekæmpelsen heraf.

Politiet modtager, indsamler, sammenligner, bearbejder og formidler oplysninger for at kunne modvirke og opklare organiseret kriminalitet. Overvågningen sker på en række kriminalitetsområder, herunder i relation til narkotikakriminalitet.

Formålet med den systematiske politimæssige overvågning er, at politiet på baggrund af en omfattende og aktuel baggrundsviden proaktivt – dvs. uden at afvente anmeldelse – kan iværksætte og målrette indsatser og efterforskninger inden for de områder, som er undergivet systematisk politimæssig kontrol.

Det er i den forbindelse Rigspolitiets erfaring, at en effektiv indsats mod organiseret og grænseoverskridende kriminalitet forudsætter et effektivt samarbejde mellem nationale myndigheder såvel som et effektivt internationalt politisamarbejde.

Politiet samarbejder på den baggrund også med en række nationale myndigheder om bekæmpelse af narkotikakriminalitet og har endvidere et veludviklet samarbejde med udenlandske politimyndigheder i både Norden, Europa og resten af verden.

Det nationale samarbejde

Via det nationale Early Warning System samarbejder Sundhedsstyrelsen, Rigspolitiet, SKAT og de tre retskemiske afdelinger i København, Odense og Aarhus om "Overvågning af nye psykoaktive stoffer i Danmark". Overvågningen er en del af det europæiske "early warning" system, som koordineres af EU's Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA).

Overvågningen i Danmark bidrager således til det fælles europæiske samarbejde om overvågning af nye og farlige potentielle misbrugsstoffer med henblik på evt. risikovurdering og evt. forbud. Herudover anvender Rigspolitiet overvågningen til at identificere mønstre og sammenhænge i kriminaliteten.

Rigspolitiet deltager endvidere i "Projekt Gadeplan", som er et samarbejdsprojekt mellem Rigspolitiet, Sundhedsstyrelsen, de retskemiske institutter og særligt udvalgte politikredse. Projektet har til formål at følge de mere "klassiske" og "kendte" illegale stoffer såsom heroin, amfetamin og kokain på narkotikamarkedet med henblik på at følge udviklingen i renhed og koncentration samt tilsætningsstoffer i e stoffer, der findes på gadeplan.

Det internationale samarbejde

Det nordiske samarbejde om narkotikabekæmpelse er forankret inden for rammerne af det nordiske Poli- og Toldsamarbejde (PTN-samarbejdet), hvorigennem de nordiske lande regelmæssigt mødes for at drøfte kriminalitetstendenser og fællesnordiske problemstillinger i forhold til bl.a. organiseret kriminalitet. Endvidere deltager Danmark i det nordiske organiserede kriminalitets efterforsknings samarbejde (NOKES-samarbejdet), hvor der bl.a. udarbejdes fælles nordiske operative planer for bekæmpelse af narkotikakriminalitet.

På europæisk plan er det politimæssige samarbejde fortrinsvis forankret i Europol. Europol har til opgave at styrke samarbejdet mellem EU's medlemsstater om bekæmpelse af alvorlig og

organiseret international kriminalitet, herunder ved at støtte medlemsstaternes aktiviteter inden for bestemte kriminalitetsområder som eksempelvis organiseret narkotikakriminalitet. Europol yder i den forbindelse navnlig støtte til medlemslandene ved bl.a. at fremme udveksling af oplysninger og efterretninger mellem medlemsstaternes retshåndhævende myndigheder gennem Europolis informations- og analysesystemer. Som led i den systematiske indsamling af oplysninger samarbejder dansk politi således med de øvrige EU-medlemsstater gennem Europol, hvilket giver mulighed for løbende og effektiv udveksling af operative oplysninger, der kan have betydning for Danmark, herunder udveksling af oplysninger med tredjelande, som har operative samarbejdsaftaler med Europol.

Endvidere samarbejder politiet med EU's Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA), der indsamler og analyserer data fra EU-medlemsstaternes narkotikaovervågning, ligesom EMCDDA – som ovenfor nævnt – er det centrale center for kortlægning og informationsformidling i relation til det europæiske samarbejde om overvågning af farlige stoftyper (EWS).

På globalt plan er FN-organet International Narcotics Control Board (INCB) omdrejningspunktet for informationsudveksling, herunder i relation til forekomster af nye psykoaktive stoffer (NPS) i de forskellige medlemslande og national lovgivning vedrørende kriminalisering heraf.

Politiet deltager yderligere i IDEC (International Drug Enforcement Conference). Konferencen afholdes en gang om året med deltagelse af politimyndigheder fra mere end 100 lande.

Endvidere gør politiet brug af mulighederne for yderligere operationalisering af det politimæssige samarbejde, som muliggøres ved brug af Joint Analysis Teams (JAT's) og Joint Investigation Teams (JIT's).

Endelig har dansk politi et godt bilateralt samarbejde med en række landes politimyndigheder samt udstationerede forbindelsesofficerer i flere strategisk udvalgte lande (pt. Thailand, Kina, Albanien, Frankrig og Tyrkiet), ligesom der er udstationeret fællesnordiske forbindelsesofficerer i en række andre lande.

5.2.1.2. Den overordnede politimæssige indsats i forhold til forebyggelse af narkotikarelateret misbrug og kriminalitet

Den politimæssige indsats vedrørende forebyggelse af stofmisbrug og narkotikakriminalitet er omfattet af det almene forebyggende arbejde, som politiet foretager i et tværsektorielt samarbejde med andre myndigheder og samarbejdspartnere.

Politiet er først og fremmest en central aktør i SSP-samarbejdet, som i mange kommuner udgør kernen i den forebyggende indsats mod stofmisbrug, i hvilken forbindelse det primært er SSP-konsulenten, som står for de konkrete indsatser og rådgiver kommunens frontpersonale i forhold til stofproblematikker.

Præventiv undervisning i folke- og privatskoler er i Danmark et udbredt element i politiets forebyggelse af stofmisbrug. Den kriminalpræventive under-visning foretages i et bredt tværsektorielt samarbejde med inddragelse af kommune, skole samt undervisere, SSP-medarbejdere og ungekonsulenter. I nogle af undervisningsforløbene forestår politiets undervisere undervisningen alene, mens andre forløb tilrettelægges i samarbejde med lærere, unge- eller SSP-konsulenter og rusmiddelbehandlere.

En intern spørgeskemaundersøgelse i politikredsene fra 2014 har i den forbindelse vist, at stofmisbrugsproblematikker indgår i 30 % af alle de undervisningsforløb i skolerne, som politiet deltager i. En del af undervisningsforløbene anvender social pejling som en effektiv metode til at

reducere risikoadfærd i forhold til stofmisbrug mv. Metoden baseres på, at mange unge skønner deres venners risikoadfærd (fx deres erfaringer med narkotiske stoffer) som mere hyppig og alvorlig, end tilfældet faktisk er. Ud fra dette skøn indretter de pågældende unge personer deres egen adfærd efter den adfærd, som de tror, de andre har. Ved at reducere forkerte forestillinger om andres risikoadfærd – de sociale overdrivelser – kan man imidlertid reducere risikoadfærd blandt unge.

Metoden med social pejling er evidensbaseret og bygger bl.a. på erfaringerne fra en forsøgsordning (Ringstedforsøget), der blev gennemført i 2005. Resultaterne herfra pegede således på, at et tidligt fokus på sociale overdrivelser har en forebyggende effekt i forhold til målgruppens brug af alkohol og hash samt udøvelse af kriminalitet. Hertil kommer, at en vidensindsamling på området fra 2014 viser, at metoden er mere effektiv end såvel informationsudbredelse og instruktionsprogrammer, som primært fokuserer på stoffernes virkning, som skræmmetiltag, der understreger risici ved indtag mv. af narkotiske stoffer.

Politiet bidrager herudover til en så tidlig som mulig identifikation og intervention overfor børn og unge, der udviser risikoadfærd i forhold til misbrug af narkotiske stoffer. Identifikationen af de pågældende unge sker via anvendelse af diverse IT-værktøjer. Den efterfølgende kvalificering og det videre arbejde omkring den unge sker via SSP-samarbejdet. Politiet har i den forbindelse en vigtig rolle som frontmedarbejder, da politiet i en række tilfælde vil være den myndighed, der etablerer den første kontakt med børn og unge, som har stiftet bekendtskab med euforiserende stoffer, eller som har stiftet uhensigtsmæssige sociale relationer, der indebærer en sådan fremadrettet risiko. En mulig reaktion herpå kan være, at politiet gennemfører en bekymringssamtale med den unge.

Politiets bekymringssamtalekoncept er et værktøj, der kan anvendes ved bekymrende adfærd hos børn og unge under 18 år. Bekymrende adfærd kan eksempelvis være relateret til narkotiske stoffer i tilfælde, hvor den unge er truffet i påvirket tilstand eller til fester, hvor narkotiske stoffer er tilgængelige. Bekymringssamtalen – som også den pågældende unges forældre deltager i – anvendes til at kortlægge den unges livssituation, personlige ressourcer og til at identificere risici eksempelvis i forhold til et muligt misbrug af narkotiske stoffer. Endvidere tales der om baggrunden for den bekymring, der har givet anledning til samtalen, og afslutningsvis foregår der en drøftelse af, hvordan bekymrende adfærd vil kunne undgås i fremtiden. Justitsministeriets Forskningskontors "Kortlægning og evaluering af politiets brug af bekymringssamtaler- og breve" fra 2013 har vist, at politiet i 2012 registrerede i alt 2.633 gennemførte bekymringssamtaler på landsplan.

Endeligt har Rigspolitiet i forbindelse med et større antal sager om køb af mindre mængder narkotika, som led i strafforfølgningen mod en række aktive stof-brugere vedlagt de udstedte bødeforlæg præventive orienteringsbreve. Formålet hermed har været at informere køberne om de sundhedsmæssige og retlige konsekvenser ved at købe og indtage kokain samt gøre køberne opmærksomme på, at der er rettet politimæssig opmærksomhed mod dem.

5.2.1.3. Det aktuelle kriminalitetsbillede i Danmark

Den generelle narkotikahandel i Danmark har over en længere periode ændret sig fra hovedsageligt at finde sted på faste lokaliteter, herunder i de såkaldte "hashklubber", til at være langt mere mobil. Handlen foregår således i dag i vidt omfang fra skiftende stationære og udendørs lokaliteter, herunder i parker, biler og på gadeplan. Antallet af gerningssteder er dermed udvidet eksplosivt.

Det vurderes endvidere, at narkotikahandlen i altovervejende grad er organiseret, ligesom handlen generelt foregår på langt mere systematisk vis end tidligere. Hertil kommer, at det på baggrund af

efterforskninger og efterretninger kan fastslås, at det i langt overvejende grad er herboende organiserede kriminelle organisationer, der organiserer indsmugling af narkotika i Danmark.

Det gælder særligt narkotikatyperne amfetamin, hash og kokain. Hash vurderes at være en af de største indtægtskilder for disse organisationer, og stoffet er således også den hyppigst forekommende og mest efterspurgte narkotikatype herhjemme.

Udbredelsen af nye psykoaktive stoffer (NPS) skønnes at være stigende i Danmark, men har dog ikke aktuelt samme omfang, som er tilfældet i andre dele af Europa. Distributionen af NPS vurderes imidlertid ikke at være organiseret i samme grad som førnævnte narkotikatyper, eftersom NPS primært distribueres via internettet og postforsendelser, hvilket begrænser kriminelle organisationers mulighed for at kontrollere markedet. De hyppigst forekomne typer af NPS i Danmark er syntetiske cannabinoider (i naturlig form kendt fra cannabisplanten), cathinoner (i naturlig form kendt fra khatplanten) og phenethylaminer, men der beslaglægges også nye former for NPS, som ikke nødvendigvis er omfattet af forbudsområdet i lov om euforiserende stoffer. Den overvejende mængde af NPS beslaglægges i Det Internationale Postcenter i Københavns Lufthavn i forbindelse med SKATs kontrol af postforsendelser.

Endvidere ses der en nyere trend, hvorefter bestilling af narkotika sker pr. tele-fon, hvor sælger, ofte i bil, overbringer det ønskede kvantum narkotika til den pågældende køber, hvor denne måtte ønske det (de brune (hash) og hvide (kokain) bude). Selve handlen indledes i sådanne tilfælde telefonisk, hvor køber etablerer kontakt til sælger og samtidig oplyser et område eller en adresse – ofte en offentlig vej, parkeringsplads eller lignende – hvorefter sælger oplyser mødetidspunktet. Denne type narkotikahandel er endvidere kendetegnet ved meget aggressiv ”markedsføring”, herunder ved uddeling af løbesedler, visitkort mv.

Som yderligere eksempler på den øgede mobilitet i narkotikahandlen kan der spores en stigende tendens til handel via lukkede sites på internettet samt målrettet handel i forbindelse med særlige indendørs eller udendørs events og arrangementer.

Samlet set har landets politikredse oplyst, at indsatsen mod den generelle narkotikahandel i dag kræver mere specialiseret efterforskning end tidligere.

5.2.1.4. Særligt om den politimæssige indsats i relation til bekæmpelse af navnlig hashhandlen på Christiania

Det kan særligt for så vidt angår hashhandlen på Christiania oplyses, at den politimæssige indsats på Christiania gennem mange år har været et prioriteret område i den samlede opgavevaretagelse for Københavns Politi.

Politikredsens målrettede indsats i området har i de seneste år primært været forankret i den særlige task force, som blev etableret den 1. september 2012 med henblik på at bekæmpe den ulovlige hashhandel i Pusherstreet (Task Force Pusherstreet). Den strategiske hensigt med indsatsen via Task Force Pusherstreet er at minimere den organiserede og åbenlyse hashhandel på Christiania, således at beboerne i området kan føle sig trygge, og således at politiet kan foretage patruljering og betjening af borgerne på Christiania på samme måde som i andre særlige boligområder i København.

Gennem en række målrettede indsatser ønsker Københavns Politi at gøre hash-handlen i Pusherstreet så uattraktiv som muligt for derigennem at presse og svække de kriminelle grupperinger, der står bag hashhandlen og samtidig styrke de lovlige og samarbejdende kræfter i området. I den forbindelse har Københavns Politi oplyst, at enkeltstående aktioner efter politikredsens opfattelse er væsentlige elementer i den samlede indsats for effektivt at bekæmpe

handlen med euforiserende stoffer og den bagvedliggende organiserede kriminalitet, hvilket imidlertid herudover forudsætter en langsigtet og flerårig helhedsindsats gennem flere fokusområder under inddragelse af andre myndigheder i relevant omfang.

Politikredsens indsatsområder mod den organiserede hashhandel på Christiania omfatter således bl.a. en formaliseret og koordineret dialog med bl.a. Christianias fondsbestyrelse og relevante myndigheder samt synlig patruljering såvel på Christiania som i randområdet til Christiania med henblik på at gøre det så risikofyldt som muligt både at sælge og at købe hash i Pusherstreet. Sideløbende hermed pågår et målrettet efterforskningsmæssigt arbejde mod de kriminelle grupperinger og enkeltpersoner, som mistænkes for at stå bag kriminaliteten på Christiania samt en lokalpolitimæssig indsats, der bl.a. omfatter udbredelse af kendskab til projektet "Din betjent", hvis formål er at styrke det borgernære politiarbejde.

5.2.1.5. Politiets narkotikabeslag oplyst efter antal og mængde

Rigspolitiet kan om antallet og mængden af narkotikabeslag foretaget i Danmark oplyse følgende vedrørende perioden fra 2000-2014:

Antal årlige narkotikabeslag opgjort efter stoftype

	Amfetamin	Ecstasy/MDMA	Hash	Heroin	Kokain
Politikreds	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
2014*	1.772	674	9.814	434	2.343
2013 total	2.232	592	11.440	497	2.346
2012 total	1.793	523	9.239	430	2.056
2011 total	1.757	209	8.499	488	1.777
2010 total	1.764	200	7.689	699	1.589
2009 total	1.260	200	7.430	648	1.365
2008 total	1.543	251	8.365	906	1.858
2007 total	2.215	452	9.301	1.016	2.098
2006 total	2.022	540	10.962	927	1.901
2005 total	1.576	462	10.292	1.064	1.617
2004 total	1.388	505	7.313	1.041	1.207
2003 total	1.264	322	5.942	894	1.095
2002 total	1.134	340	5.234	966	881
2001 total	954	331	5.788	1.304	815
2000 total	1.152	444	5.561	1.499	780

Foreløbig opgørelse, eftersom statistikken for 2014 endnu ikke er endeligt opgjort.

Årlig beslaglagt mængde narkotika opgjort efter stoftype

	MDMA (kg)	Amfetamin (kg)	Ecstasy (stk.)	Hash (kg)	Heroin (kg)	Kokain (kg)
2014*	9,96	361,26	53.337	2.118,16	12,21	88,94
2013 total	12,82	287,79	7.706	3.292,39	13,68	680,97
2012 total	-	301,52	72.654	1.333,94	40,58	42,08
2011 total	-	240,29	16.042	2.325,73	36,62	42,94
2010 total	-	193,97	45.360	2.317,63	39,04	54,16
2009 total	-	103,84	53.929	1.219,84	22,39	72,42
2008 total	-	119,83	17.631	2.914,46	43,94	56,09
2007 total	-	70,44	82.390	876,51	48,08	91,75
2006 total	-	79,44	22.712	1.035,39	28,87	76,22
2005 total	-	195,02	44.195	1.406,22	26,96	56,95
2004 total	-	63,05	38.094	1.757,74	37,52	32,26
2003 total	-	65,89	62.475	3.829,09	16,28	104,04
2002 total	-	34,91	25.738	2.635,24	62,50	14,15
2001 total	-	160,62	150.080	1.762,74	25,13	25,62
2000 total	-	57,14	21.608	2.914,42	32,08	35,91

Foreløbig opgørelse, eftersom statistikken for 2014 endnu ikke er endeligt opgjort.

Som det fremgår af statistikken over antallet af årlige narkotikabeslag opgjort efter stoftype, afviger den foreløbige opgørelse for 2014 ikke væsentligt fra de tidligere år. Statistikken vedrørende den årlige mængde af beslaglagt narkotika i Danmark viser dog, at opgørelsen for 2013 og den foreløbige opgørelse for 2014 på enkelte punkter afviger i forhold til tidligere år. Således var mængden af beslaglagt amfetamin i 2014 rekord høj, hvilket sammenholdt med de sidste 5 års mængdeopgørelser af beslaglagt amfetamin efter Rigspolitiets vurdering kan indikere et moderat stigende handelsmarked for amfetamin i Danmark. Mængden af beslaglagt ecstasy i 2014 afviger efter den foreløbige opgørelse ikke væsentligt fra tidligere år, når der bortses fra 2013, hvor mængden af beslaglagt ecstasy var den mindste i 15 år. For så vidt angår mængden af beslaglagt kokain afviger den foreløbige opgørelse for 2014 ligeledes ikke fra tidligere år med undtagelse af 2013, hvor den beslaglagte mængde kokain på landsplan i forhold til tidligere år var særdeles høj. Politiets efterforskningsarbejde på området har imidlertid vist, at hovedparten af den beslaglagte mængde kokain i 2013 med stor sandsynlighed utilsigtet var havnet i Danmark og derfor ikke var målrettet det danske marked.

For så vidt angår udbredelsen af narkotika er det umiddelbart Rigspolitiets vurdering, at der ikke aktuelt er sket markante ændringer heri, idet de årlige mængder af beslaglagt narkotika ikke umiddelbart afviger markant fra hinanden, ligesom de indhentede narkotikapriser fra politikredsene viser, at prisniveauet i forhold til de forskellige typer af narkotika stort set er uændret gennem flere år.

Det er endvidere Rigspolitiets erfaring, at priserne vil falde ved et stort udbud og stige ved manglende udbud. Det skønnes derfor, at udbuddet af narkotika ikke har ændret sig væsentligt gennem de senere år.

5.2.1.6. Strafforfølgning

Narkotikakriminalitet straffes efter lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191.

Overtrædelser af lov om euforiserende stoffer straffes med bøde eller fængsel i indtil 2 år. I forbindelse med straffastsættelsen lægges der vægt på, om stoffet er bestemt til eget forbrug, eller om stoffet er videreoverdraget eller bestemt til videreoverdragelse. Der lægges endvidere vægt på arten og mængden af stoffet. I tilfælde hvor besiddelse af stoffet er led i et længere og vedvarende

misbrug af euforiserende stoffer, kan der som alternativ til bødestraf meddeles en advarsel, såfremt sociale hensyn taler for det.

Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer stige til fængsel i indtil 10 år. Ved overdragelse af særligt farligt eller skadeligt stof kan straffen stige til fængsel i indtil 16 år.

Rigspolitiet kan i forlængelse heraf oplyse følgende vedrørende den statistiske udvikling i antallet af anmeldelser og sigtelser på området:

Antallet af anmeldelser for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
12351	12178	13498	15656	18448	19482	16777	18235	17060	17200	20396	20755	23095	25314

Gerningskoder: 84110 (lov om euforiserende stoffer) og 84111 (lov om euforiserende stoffer, salg)

Antallet af anmeldelser for overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 1 og 2

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
899	1085	1115	1133	979	1167	995	910	857	1083	1238	1018	1153	1150

Gerningskoder: 71281 (straffelovens § 191, stk. 1) og 71282 (straffelovens § 191, stk. 2)

Antallet af sigtelser for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
12710	12593	13870	15988	18680	19753	17103	18428	17196	17454	20618	21185	23365	25366

Gerningskoder: 84110 (lov om euforiserende stoffer) og 84111 (lov om euforiserende stoffer, salg)

Antallet af sigtelser for overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 1 og 2

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1510	1648	2110	1844	1627	1802	1653	1434	1290	1794	1811	1856	2110	2090

Gerningskoder 71281 (straffeloven § 191, stk. 1) og 71282 (straffeloven § 191, stk. 2)

Det fremgår af statistikken, at antallet af anmeldelser for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer var stigende fra 2001 til 2006, hvorefter antallet af anmeldelser faldt. Siden 2009 har anmeldelsestallet været konstant stigende og var i 2014 på det højeste niveau i analyseperioden 2001-2014.

Antallet af anmeldelser for overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 1 og 2, har siden 2001 ligget på et niveau omkring 1.000 anmeldelser årligt. Fra 2009 til 2011 ses den største stigning i anmeldelser i perioden, hvorefter antallet af anmeldelse faldt fra 2011 til 2012 for derefter at stige igen i 2013.

I relation til antallet af sigtelser for overtrædelse af straffelovens § 191, stk. 1 og 2, blev der i 2013 (på linje med 2003) rejst det højeste antal sigtelser og i 2014 det næsthøjeste antal sigtelser i perioden siden 2001. Der er dermed et stigende antal sigtelser pr. anmeldelse, hvilket efter Rigspolitiets vurdering kan indikere, at dette kriminalitetsområde er blevet mere organiseret.

5.2.1.7. Den politimæssige indsats i Grønland og på Færøerne i relation til forebyggelse og bekæmpelse af narkotikakriminalitet

Forekomsten af narkotika i såvel Grønland som på Færøerne vedrører hovedsageligt cannabis, der forefindes i forskellige former.

Grønlands Politi og Toldfunktionen beslaglagde i Grønland i alt 54,9 kg. hash og 4,3 mio. kr. som hidrørte fra narkotikakriminalitet i 2014, hvilket er nogenlunde svarende til et gennemsnitligt år. På Færøerne beslaglagde Færøernes Politi og Toldfunktionen i 2014 i alt 4 kg hash og 4,9 kg skunk i 2014, hvilket er noget mindre end et gennemsnitligt år.

Grønlands Politi beslaglægger kun meget sjældent andre typer af narkotika, og i sådanne tilfælde besiddes de pågældende narkotiske stoffer til eget forbrug.

Færøernes Politi foretog i 2014, foruden af cannabis, beslag af både amfetamin og kokain dog i så begrænsede mængder, at det i samtlige tilfælde blev lagt til grund, at der var tale om besiddelse af de pågældende narkotiske stoffer til eget forbrug. Færøernes Politi har imidlertid tidligere år foretaget beslag af såvel amfetamin som ecstasy i sådanne mængder, at en videreoverdragelses-hensigt blev statueret. Derudover forekommer på Færøerne ulovligt salg af Ritalin tabletter, der på recept udskrives som middel mod ADHD.

Ind- og udførselskontrol

I Grønland henhører ansvaret for den rutinemæssige kontrol med indførsel af varer under Skattestyrelsens Toldfunktion i Grønlands Selvstyre. Grønlands Politi har dog valgt at prioritere at udføre en selvstændig målrettet indsats navnlig i Grønlands største lufthavn i Kangerlussuaq i form af fast stationering af en politihundefører med narkohund med henblik på at forhindre indførsel af narkotika.

Endvidere foretager Grønlands Politi rutinemæssige kontroller i andre byer ved hjælp af narkohunde i forbindelse med ankomsten af navnlig fly. Disse rutinemæssige indrejsekontroller fører ofte til fund af hash i forskellige mængder. Ved udrejser foretager Grønlands Politi herudover ofte systematisk rutinemæssig udrejsekontrol af bagage i Kangerlussuaq Lufthavn, hvorved der ofte findes store pengebeløb, som den pågældende indehaver sædvanligvis ikke kan redegøre for en lovlig erhvervelse af.

Endelig foretager Grønlands Politi kontrol ved ind- og udrejse af personer, der på baggrund af konkrete efterforskninger mistænkes for at være involveret i narkotikakriminalitet.

På Færøerne henhører ansvaret for den rutinemæssige kontrol med varers (herunder euforiserende stoffers) indførsel til Færøerne under det færøske skattevæsen Taks Toldfunktion. Kontrollen udføres dels i forbindelse med passagerers ankomst til Vágur lufthavn, dels ved skibsanløb til Færøerne. Der er i den forbindelse rutetrafik med færgen Norrøna fra Hirtshals til Tórshavn en eller to gange ugentligt afhængig af årstiden, hvorefter færgen sejler videre til Island. På den baggrund er der etableret et samarbejde med det islandske politi, som i flere tilfælde har ført til beslaglæggelse af forskellige slags narkotiske stoffer. Endvidere anløber et antal containerskibe og krydstogtskibe årligt Færøerne, i hvilken forbindelse der ligeledes foretages stikprøvevis kontrol af last eller passagerer.

Færøernes Politi udfører herudover en række målrettede indsatser med henblik på at forhindre ind- og udførsel af narkotika.

Den politimæssige indsats i Grønland og på Færøerne i relation til bekæmpelse af narkotikakriminalitet

Efterforskningen af narkotikakriminalitet er et prioriteret indsatsområde for både Færøernes Politi og Grønlands Politi. I Efterforskningssektionen på politigården i henholdsvis Nuuk og Tórshavn er der således etableret en særlig narkogruppe, der sammen med medarbejderne på de lokale politistationer og samarbejdspartnere i navnlig Rigspolitiet og de øvrige politikredse i Danmark efterforsker sager vedrørende narkotikakriminalitet. Såfremt der i forbindelse med konkrete efterforskninger vurderes at være behov herfor, samarbejder Grønlands Politi og Færøernes Politi ligeledes med politimyndigheder i andre lande.

Som et led i Grønlands Politis strategi i relation til bekæmpelse af narkotika-kriminalitet er alle politikredsens patruljehunde endvidere uddannet til at markere på forekomst af cannabis, hvilket medfører en smidig adgang for politiet til at inddrage hunde i forbindelse med ind- og udrejsekontroller og konkrete efterforskninger.

På Færøerne har den fremadrettede efterforskning været vanskeliggjort af, at Færøernes Politi i en årrække ikke har kunnet aflytte mobiltelefoner, da det efter den på Færøerne dagældende retsplejelov ikke var muligt at pålægge tele-udbydere at etablere en sådan aflytning. I forbindelse med en ændring af retsplejeloven i 2014 indførtes imidlertid en sådan hjemmel, hvilket forventes at intensivere den efterforskningsmæssige indsats, så snart det tekniske udstyr til at foretage aflytning af mobiltelefoner er færdigetableret.

Den politimæssige indsats i Grønland og på Færøerne i forhold til forebyggelse af narkotikarelateret misbrug og kriminalitet

Grønlands Politi deltager aktivt i forebyggelsesarbejdet vedrørende stofmisbrug og narkotikakriminalitet.

I Grønland sker dette via etablerede samarbejdsfora, herunder lokale SSSPK-udvalg (svarende til det danske SSP) og lignende lokale fora, det grønlandske Kriminalpræventive Råd samt Alkohol- og Narkotikarådet. På Færøerne iværksættes den forebyggende indsats navnlig i SSP-regi.

Endvidere tager såvel Færøernes Politi som Grønlands Politi selv initiativ til konkrete forebyggelsesindsatser, herunder foredrag på uddannelsesinstitutioner, ungdomsklubber mv. Herudover stiller Grønlands Politi sig konsekvent til rådighed for medierne med henblik på at oplyse om de politi- og anklagerfaglige aspekter i relation til narkotikarelateret misbrug og kriminalitet. Færøernes politi tilbyder endvidere bl.a. forebyggende undervisning i forhold til misbrug af euforiserende stoffer til alle 8. klasser på Færøerne.

Behandlingen af straffesager

Det er Anklagemyndigheden på Færøerne, som fører straffesager i både første og anden instans ved henholdsvis Færøernes Ret og Østre Landsret. Anklagemyndigheden på Færøerne afgør således, om der skal rejses tiltale i alle sager herunder i nævningsager.

Grønlands Politi er anklagemyndighed i både første og anden instans. Grønlands Politi afgør således, om der skal rejses tiltale i alle sager vedrørende euforiserende stoffer, ligesom politiet fører sagerne i både kredsretterne, Retten i Grønland og Grønlands Landsret. Med henblik på at understøtte det strategiske fokus på sager vedrørende narkotikakriminalitet er en af politikredsens anklagere endvidere udpeget til at koordinere det anklagerfaglige arbejde vedrørende komplicerede eller omfattende sager vedrørende narkotikakriminalitet.

5.2.2. Toldmæssig indsats

SKAT har implementeret en vision for den fremadrettede toldkontrol i indsatsplanlægningen, indsatsprojekter og i de daglige arbejdsrutiner. Visionen omfatter også SKAT's indsats i forbindelse med den grænseoverskridende kriminalitet.

Rent konkret har det udmøntet sig i, at den toldkontrol, herunder kontrol med ulovlig ind- og udførsel af narkotika, som SKAT i dag udfører, har afsæt i en risikobaseret tilgang i form af en effektiv, fleksibel og mobil indsats, som tager udgangspunkt i efterretninger og risikobilleder. Den danske toldkontrol tilrettelægges derfor som et tæt samarbejde mellem de involverede myndigheder, herunder politiet, samt udenlandske myndigheder.

Den risikobaserede tilgang medvirker til at give gode resultater og også være uforudsigelig for de personer og virksomheder, der ikke overholder reglerne. Som supplement til de risikobaserede kontroller foretager SKAT stikprøvekontroller, som har til formål at underbygge og teste de eksisterende risikovurderinger.

Kontrollen tilrettelægges og gennemføres ved alle Danmarks grænser samt i de grænsenære områder. Det betyder tilstedeværelse ved alle grænseovergange og grænsenære områder samt tilstedeværelse ved den landfaste dansk-tyske grænse, Øresundsforbindelsen, danske færge- og lufthavne samt de danske farvande.

SKAT har med jævne mellemrum informationskampagner på toldområdet, fx om pengereglerne, indførselsforbudte varer osv.

5.3. Konkrete eksempler på SKAT's kontrolindsats

5.3.1. Bodyscannere

SKAT har afprøvet forskellige former for teknologi til understøttelse af toldkontrol. Det har bl.a. gjort, at SKAT siden 2013 i Københavns lufthavn har afprøvet ny teknologi til afsløring af potentielle narkotikasmuglere i flytrafikken. Denne nye teknologi består af en kropsscanner, der kan afdække om den rejsende, der er udtaget til kontrol, har skjult narkotika indvortes. Kropsscanneren vil samtidig kunne give toldmedarbejderne og den mistænkte en hurtig og effektiv afklaring under kontrolsituationen.

Røntgenscannerteknologien er nu blevet godkendt til permanent anvendelse og SKAT har primo marts 2015 igangsat et EU-udbud på køb af tre scannere til placering i lufthavnene i København, Billund og Aalborg.

Det forventes at de tre kropsscannere kan tages i brug i løbet af efteråret 2015.

Ud over de tre kropsscannere omfatter udbuddet også en ny mobil containerscanner. Den nye mobile containerscanner vil skulle erstatte den ældste af SKATs containerscannere. SKAT har bl.a. ydet assistance til forsvaret omkring FN's indsats med at fjerne kemiske våben i Syrien ved at stille en af disse containerscannere til rådighed.

5.3.2. TruNarc

SKAT har investeret i to TruNarc måleapparater. TruNarc er en håndholdt elektronisk enhed til hurtig analyse og identificering af om en substans, der tilbageholdes i en kontrolsituation, er narkotika eller ej. TruNarc er et elektronisk instrument. Via laserlys foretager TruNarc en analyse af stoffer og angiver i enhedens display, hvilken substans/narkotisk stof, der er tale om. Indtil videre har TruNarc vist sig at være et godt og effektivt værktøj for SKAT – især i forbindelse med identificering af nye psykoaktive stoffer (NPS).

5.3.3. Kontrolaktioner

Kontrolaktioner er et eksempel på et effektivt og målrettet samarbejde mellem myndigheder og på tværs af landegrænser. SKAT iværksætter og deltager i kontrolaktioner på en række områder, og bl.a. også på narkotikaområdet. Disse kontrolaktioner er koordinerede og målrettede aktioner af begrænset varighed og har bl.a. til formål at bekæmpe smugleri af følsomme varer samt bekæmpe svig i visse risikofyldte områder og/eller identificerede ruter.

6. Nordiske erfaringer

For at supplere beskrivelsen af den samlede indsats på stofmisbrugsområdet med erfaringer fra de andre nordiske lande, er de ansvarlige centrale myndigheder i de nordiske lande og selvstyrende områder blevet kontaktet med henblik på at få beskrevet konkrete eksempler, som der er gode erfaringer med.

I et vist omfang har de modtagne bidrag mere karakter af generelle beskrivelser af indsatsen end af beskrivelser af konkrete eksempler. Alene beskrivelser af konkrete eksempler er medtaget. Endvidere er medtaget beskrivelser af konkrete eksempler, som der blandt arbejdsgruppens medlemmer har været kendskab til.

6.1. Forebyggelse og tidlig indsats

Ungdata

I Norge har staten for at målrette indsatsen lokalt udviklet et eget kortlægningsværktøj – Ungdata – som det er gratis for kommunerne at tage i brug. Ungdata er et kvalitetssikret system til gennemførelse af lokale spørgeskemaundersøgelser blandt elever på ungdomsuddannelser og videregående uddannelser. Ungdata er med kortlægningen af den lokale situation velegnet som grundlag for kommunalt planlægnings- og udviklingsarbejde knyttet til folkesundhed og forebyggende arbejde i forhold til de unge.

"Krogar mot knark"

I Sverige har man indført metoden "Krogar mot knark", som har til formål at forebygge brugen af narkotika på serveringssteder. Metoden bygger på metoden "Ansvarsfull alkoholservering", hvor man kommune, len, politi og branche samarbejder om uddannelse af personale, udarbejde af alkoholpolitik osv. Effekterne af "Krogar mot knark" blev evalueret i 2012. Evalueringen viste, at betydeligt flere narkotikapåvirkede personer var blevet afvist ved indgangen til serveringsstederne, og at narkotikabrug blandt personalet var faldet.

"MUMIN – Maria Ungdom Motiverande Intervention"

I Sverige har man indførte metoden "MUMIN – Maria Ungdom Motiverande Intervention", som retter sig mod 15-20-årige, der er begyndt at tage stoffer. I modellen arbejder socialforvaltningen og behandlingstilbuddet tæt sammen med politiet, når en ung har begået en mindre overtrædelse af narkotikalovgivningen. For at finde de unge arbejder socialforvaltningen og politiet ude blandt de unge. Når en ung mistænkes for at have overtrådt narkotikalovgivningen, tages den unge med til modtagelsen på behandlingstilbuddet Maria Ungdom, hvor politiet råder over et lokale, som formelt set er en politistation. Derfra kontaktes forældrene, og socialforvaltningen er med til afhøringen. Derefter forestår en medarbejder fra socialforvaltningen en samtale, der har form af en motiverende intervention. Når det er nødvendigt, skabes der en hurtig adgang til behandling. De fleste af de unge er hidtil ukendte for socialforvaltningen og politiet. Mere end halvdelen af de unge mener, at de er blevet hjulpet af det tilbud, som de fik i modtagelsen på behandlingstilbuddet Maria Ungdom.

6.2. Behandling

Koordinerende tillidspersoner

I Norge har der været gennemført et forsøg med koordinerende tillidspersoner med en koordinerende funktion mellem de forskellige kommunale tilbud såvel som mellem de kommunale tilbud og de statslige tilbud. Målgruppen for forsøget var personer med behov for koordination af forskellige tilbud. En evaluering af forsøget viste, at tillidspersonernes systematiske individuelle opfølgning har bidraget til, at brugerne oplever øget mestring, og at de bliver aktive deltagere i

udformningen af tilbuddene. Brugere oplever, at de i højere grad end tidligere får dækket deres behov for tilbud. De 26 kommuner, som deltog i forsøget, er i høj grad lykkedes med at fremme et godt samarbejde.

Nationale møder med ledere fra misbrugscentre og vidensindsamling

I Norge afholdes i regi af Helsedirektoratet nationale møder to gange årligt med deltagelse af lederne fra misbrugscentrene. Til møderne fremlægger Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) en national statusrapport, som beskriver udviklingen på området. Statusrapporten baserer sig på spørgeskemaer, som fagpersoner udfylder for hver person, der på et tidspunkt i løbet af året har været i substitutionsbehandling. Monitoreringen af behandlingen gennem spørgeskemaer, udarbejdelsen af statusrapporten om udviklingen og præsentationen af statusrapporten for ansvarlige behandlere på faste møder med henblik på faglig udvikling har været centralt for udviklingen af substitutionsbehandlingen – både i forhold til sikring af en ensartethed centrene imellem, i forhold til fremme af en faglig dialog og i forhold til videnskabelig dokumentation af effekt, fx i form af en reduktion af dødelighed og af kriminalitet som følge af behandlingen. Både Helsedirektoratet og SERAF har udtrykt sig positivt om værdien af statusrapporterne og møderne, hvor man bl.a. har gennemgået og drøftet national og international evidens, har fx medvirket til en optimering af metadonbehandlingen.

Ordinationspraksis af benzodiazepiner til personer i substitutionsbehandling

Ordnation af benzodiazepiner bør principielt ikke finde sted til personer, som har et stofmisbrug. Det skyldes afhængighedspotentialet og påvirkningen af de kognitive funktioner, der kan modarbejde den psykosociale behandling. Især bør der udvises varsomhed ved ordination af benzodiazepiner til personer i metadonbehandling, da benzodiazepiner potentielt kan forstærke metadonens respirationsdæmpende virkning. Efter at der i 2010 blev fastsat nye retningslinjer for substitutionsbehandling i Norge, er en ellers meget stor lokal variation i praksis med hensyn til ordination af benzodiazepiner til personer i substitutionsbehandling i høj grad udlignet.

Substitutionsbehandling med buprenorphin med naloxon

I Norge har man over en 10-årig periode (2002-2011) øget andelen af personer i substitutionsbehandling med buprenorphin fra 16 % til 50 %. I samme periode tredobledes antallet af personer i substitutionsbehandling, og frafaldsraten blev reduceret for personer i behandling. I løbet af perioden blev der afholdt nationale møder, hvor implementeringsprocessen med en praktisk indførelse af buprenorphin som 1. valg i substitutionsbehandlingen blev diskuteret og justeret.

6.3. Skadesreduktion

Lavtærskeltilbud

I Norge har flere kommuner etableret lavtærskel gadeplanssundhedstilbud til rusmiddelafhængige. Ved at organisere og tilbyde tilbuddene som lavtærskeltilbud er det lettere at nå personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. På den måde opnås kontakt, og det kan hjælpe personer og deres pårørende videre i systemet. Lavtærskeltilbuddene kendetegnes ved, at de giver direkte hjælp uden krav om henvisning samt uden ventetider, sagsbehandling og betaling. Tilbuddene er åbne for alle, og åbningstiderne er ofte tilpasset målgrupperne.

Overdosisstrategi og naloxon-projekt

Med henblik på at reducere de høje overdosisrater i Norge blev der i 2014 lanceret en femårig overdosisstrategi. Som led i strategien gennemføres i Oslo og Bergen et projekt med oplæring i, hvordan man bruger modgiften naloxon som næsespray, og efterfølgende udlevering af modgiften

Arbejdsgruppens kommissorium

Baggrund

For at styrke indsatsen mod stofmisbrug blev satspuljepartierne med satspuljeaftalen for 2015 enige om, at der i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal nedsættes en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en kortlægning af den samlede indsats på området.

Opgave

Der skal udarbejdes en kortlægning af den samlede indsats på stofmisbrugsområdet. Kortlægningen skal dække følgende hovedområder:

1. Forebyggelse og tidlig indsats
2. Behandling
3. Skadesreduktion
4. Kontrol og retshåndhævelse

På hvert af de fire hovedområder skal indsatsen beskrives. Hvor det er relevant, kan beskrivelsen tage udgangspunkt i eksisterende viden og materiale, herunder det arbejde, der er igangsat dels med Stofmisbrugspakken, som Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration, Sociale Forhold lancerede i efteråret 2012, dels med De Sociale 2020-mål, som regeringen lancerede i efteråret 2013. For så vidt angår behandling, skal beskrivelsen også belyse kvaliteten, herunder kvalitetsforskelle, med henblik på, at kommunerne kan indhente inspiration og udveksle erfaringer om *best practice*.

I forbindelse med kortlægningens udarbejdelse kan der ligeledes bl.a. tages afsæt i relevante rapporter mv., herunder f.eks. i Sundhedsstyrelsens årsrapport om narkotikasituationen i Danmark 2014 og rapporten "Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011", som Senter for Rus- og Avhengighetsforskning (SERAF), Oslo Universitet, offentliggjorde i efteråret 2014.

Beskrivelsen af indsatsen skal suppleres med erfaringer fra de andre nordiske lande.

Deltagere

Af satspuljeaftalen fremgår det, at arbejdsgruppen skal være tværministeriel og have deltagelse af relevante parter, herunder brugerorganisationer, fagfolk, forskere mv.

Arbejdsgruppen består af:

- 1 medlem fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)
- 1 medlem fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration, Sociale Forhold
- 1 medlem fra Justitsministeriet
- 1 medlem fra Sundhedsstyrelsen
- 1 medlem fra Socialstyrelsen
- 1 medlem fra Direktoratet for Kriminalforsorgen
- 1 medlem fra Rigspolitiet
- 1 medlem fra KL
- 1 medlem fra Danske Regioner
- 3 medlemmer, herunder fra brugerorganisationer, udpeget af Rådet for Socialt Udsatte
- 1 medlem udpeget af Brugerforeningen

- 1 medlem udpeget af Pårørendenetværket Antistigma
- 1 medlem udpeget af Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- 1 medlem udpeget af Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
- 1 medlem udpeget af Centerlederforeningen
- 1 medlem udpeget af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- 1 medlem udpeget af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- 1 medlem udpeget af Senter for Rus- og Avhengighetsforskning, Oslo Universitet

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Arbejdsgruppens sammensætning

- Kontorchef Nina Moss, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) (formand)
- Fuldmægtig Clara Dawe, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration, Sociale Forhold (nu Social- og Indenrigsministeriet)
- Fuldmægtig Samina Munir Lanewala, Justitsministeriet (til 9. september 2015) / Anklager Pernille Østergaard (fra 9. september 2015)
- Afdelingslæge Vibeke Thygesen, Sundhedsstyrelsen
- Fuldmægtig Line Vistisen, Socialstyrelsen (til 9. april 2015) / Konsulent Mette Lauridsen, Socialstyrelsen (fra 9. april 2015)
- Chefkonsulent Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Politifuldmægtig Malene Lynggaard, Rigspolitiet
- Konsulent Rafai Al-Atia, KL
- Konsulent Jannie Bruun Andersen, Danske Regioner
- Rådmedlem og formand for Brugernes Akademi Anja Bloch udpeget af Rådet for Socialt Udsatte
- Rådmedlem Cliff Kaltoft udpeget af Rådet for Socialt Udsatte
- Rådmedlem Henrik Thiesen udpeget af Rådet for Socialt Udsatte
- Formand Jørgen Kjær, Brugerforeningen
- Bestyrelsesmedlem Marianne Thomas Schouw, Pårørendenetværket Antistigma
- Socialoverlæge Helle Petersen udpeget af Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Formand Nina Brünés udpeget af Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje
- Centerleder Karin Raahauge udpeget af Centerlederforeningen
- Lektor Birgitte Thylstrup udpeget af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Forsker Ditte Andersen udpeget af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Læge Christian Tjagvad udpeget af Senter for Rus- og Avhengighetsforskning, Oslo Universitet

Arbejdsgruppens møder

Arbejdsgruppen har holdt fire møder.

Arbejdsgruppen inviterede Gadejuristen til at holde et oplæg på arbejdsgruppens 2. møde. For oplægget stod Gadejuristens leder Nanna W. Gotfredsen og Peter Ege, som er medlem af Gadejuristens bestyrelse.