



KABS

20 års stofmisbrugs- historie

Ved Christian Scharbau

Indhold

Forord	3
1. Indledning	4
2. Stofmisbrugsområdet før amterne	6
3. Stofmisbrugsområdet under amterne	8
3.1 Centrale udmeldinger og lovmæssige rammer	8
3.2 Etablering af KABS	9
3.3 Tal	11
4. Stofmisbrugsbehandling under kommunerne	12
4.1 Indhold i Kommunalreformen	12
4.2 Centrale udmeldinger og lovmæssige rammer	14
4.3 Tal	18
4.4 KABS efter kommunalreformen	19
4.5 Tal	21
4.6 KABS VIDEN	22
5. Sammenfatning af udviklingen på stofmisbrugsområdet	24
6. Monitorering af kvalitet	26
6.1 Udskrivningsstatus	27
6.2 Narkotikarelaterede dødsfald	29
7. Personer med psykisk sygdom og stofmisbrug	30
Litteratur	32

©KABS

KABS
Bakken 3
2600 Glostrup

Tlf: 45117500
E-mail: kabs@glostrup.dk
www.kabs.dk

Publicering
Manus blev præsenteret til afskedsreceptionen august 2021
Udgivet december 2021
1. udgave
1. oplag
300 stk

Elektronisk version: Findes på www.kabsviden.dk

Redaktion
Kathrine Bro Ludvigsen
Rasmus Axelsson

Korrektur
Amanda Søbirk

Foto
Christian Liliendahl

Grafisk design
1:60, www.en60.dk

Citater fra teksten er tilladt med angivelse af kilde



Forord

KABS blev etableret 1. september 2001. Jeg blev ansat nogle måneder forud herfor som administrationschef i en centerledelse med overlæge Thomas Fuglsang som centerchef. I de sidste måneder, inden jeg trækker mig fra arbejdsmarkedet, har jeg fået lejlighed til at skrive om udviklingen på stofmisbrugsområdet og i KABS i de sidste 20 år.

Jeg har i alle årene i KABS haft Matisse billedet af en pibe hængende. Teksten på billedet lyder "ceci n'est pas une pipe" (dette er ikke en pibe) – og det er det jo heller ikke. Det er et billede af en pibe. Billedet har altid skulle minde mig om, at mit billede af en organisation ikke nødvendigvis deles af andre. Mit billede af en organisation handler i høj grad om love, regler og retningslinjer, styring og data. Andre har andre billeder, og jeg undskylder derfor straks til alle de behandlere som synes, at den behandlingsmæssige udvikling i dette skriv er underbelyst. For det er den helt klart – det er et andet billede af en pibe.

Det er imidlertid vigtigt at forstå den udvikling, som har gjort sig gældende for styringen af stofmisbrugsområdet i de sidste 20 år. Det har været en voldsom udvikling, som jeg synes er værdifuld at få beskrevet – dels fordi det kan give behandlere en forståelse af de skiftende styringsparadigmer, som flere jo har oplevet, og dels fordi overvejelser om effekterne af styringen kan få et bedre udgangspunkt.

I mit arbejdsliv har jeg været vant til, at mine skrivelser var anonyme og ofte lavet i samarbejde med andre. Det var på ministerens, udvalgets eller centrets vegne. Det er anderledes her. Her er alle iagttagelser og synspunkter på egne vegne.

Christian Scharbau
August 2021



1. Indledning

KABS blev etableret i september 2001 under det daværende Københavns Amt. Deraf navnet: Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere. I dag blot en lyd – ”KABS”.

I de 20 år, som er gået, er der sket en voldsom udvikling på rigtig mange måder.

Stofmisbrugsproblemet udviklede sig som ”et vildt” problem i 1960’erne, parallelt og sammenhængende med ungdomsoprøret. Stofferne omfattede primært hash, LSD og amfetamin, og behandlingen var knyttet til institutioner for unge. Da heroinmisbruget gjorde sit indtog i 1970’erne, blev overvejelserne om skadesreduktion introduceret og gradvist implementeret. For at løse en række misbrugsspecifikke problemstillinger blev den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling overført til amtskommunerne i 1996. Ved kommunalreformen i 2007 overføres det samlede misbrugsområde – i slipstrømmen af mange andre sociale opgaver – fra amterne til kommunerne.

Den styringsmæssige største ændring for KABS skete, da kommunalreformen blev gennemført. Dermed gik KABS fra at være mål- og rammestyret til at være aktivitetsstyret. Efter kommunalreformen er hash blevet det dominerende misbrugsstof, mens antallet af personer med opiater som hovedstof er stagnerende. Samtidig er antallet af personer med kokainmisbrug og personer med psykisk lidelse og stofmisbrug stigende. For KABS har ændringerne i behandlingsbehovene medført specialisering og introduktion af nye faggrupper.

Lovgivningsmæssigt er der sket en væsentlig udvikling i omfanget af bestemmelser og organisationsdannelser. *New Public Management* har sat sine tydelige spor, og KABS er måske et af de mest tydelige eksempler på, at området er underlagt konkurrence og økonomiske incitamenter.

I det følgende gives først en kort beskrivelse af situationen før amternes overtagelse af stofmisbrugsbehandlingen i 1996. Derefter er beskrivelserne struktureret i før og efter kommunalreformen i 2007. Beskrivelserne omfatter de centrale udmeldinger, ændret lovgivning, KABS’ udvikling og omfanget af stofmisbrugsproblemet. Afslutningsvis diskuteres anvendelsen af data, og der peges på to uløste problemstillinger: Narkotikarelaterede dødsfald og behandling af personer med psykisk lidelse og stofmisbrug.

I 2007 udgik begrebet ”stofmisbruger” på det lægelige område, og det samme skete i 2019 på det sociale område. Herefter er der tale om ”personer med et stofmisbrug”. Jeg har bestræbt mig på at anvende denne terminologi (eller ”stofbruger”), når det ikke har været forstyrrende for den historiske gennemgang.



2. Stofmisbrugsområdet før amterne

Problemerne med narkotika skriver sig lang tid tilbage. I en dansk sammenhæng drejer det sig i første omgang om morfin og beskrives i 1883 under betegnelsen kronisk morfinisme. Misbrugsproblemet er defineret ved fravær af nydelse af indtaget af morfin. Bruger kredsen var ofte læger, og "Det viser sig, at morfinisterne rekrutteres udelukkende fra den højere stand eller den såkaldte dannede middelklasse; i alt fald er det en ren undtagelse, når vi ser sygdommen komme til udvikling i den egentlige Arbejder- eller Landbostand" (Forsberg-Madsen, 2014, s. 39). Behandlingen foregik i psykiatrisk regi og bestod i afvæning og langvarige indlæggelser.

I 1953 udgives *Betænkning om misbrug af euforiserende stoffer*, hvor brug af euforiserende stoffer, ud over til medicinsk brug, defineres som misbrug. Stofferne omfattede udover morfin også amfetaminpræparater. Bruger kredsen er udvidet og omfatter også "et udpræget underklassesmiljø", de kroniske morfinister omtales nu som "eufomane", og fokus rettes mod især "nyhavnseufomanerne" (Forsberg-Madsen, s. 51).

I anden halvdel af 1960'erne ekspanderede brugen af euforiserende stoffer – først og fremmest hash og senere LSD. Brugen var knyttet til ungdomsoprøret og afstedkom megen debat. I 1969 blev den første regeringsredegørelse om narkotikasituationen fremlagt under overskriften *Redegørelse for foranstaltninger mod ungdomsnarkomanien*. Der blev her, og i de følgende år, lagt stor vægt på kontrollovgivningen, og *Kontaktudvalget vedrørende Ungdomsnarkomanien* blev nedsat (Storgaard, 2000, s. 75).

I starten af 1970'erne konstateredes en stigende intravenøs brug af opiater, først og fremmest morfinbase (Storgaard, 2000, s. 83). Det skønnedes i 1972 at omfatte ca. 5.000 unge. Denne gruppe blev ikke set som knyttet til et ideologisk ungdomsoprør, men karakteriseret som socialt belastede og psykisk og fysisk udsatte unge. Stofmisbruget blev i stigende grad betragtet som et socialt problem, som kunne rummes af den ekspanderende socialsektor. Samtidig passede gruppen ikke godt ind på de psykiatriske hospitaler.

De første behandlingssteder for personer med stofmisbrug blev oprettet som selvejende og kommunale institutioner i slutningen af 60'erne og finansieret efter bestemmelser om børne- og ungdomsforsorg. Antallet af behandlingssteder voksede i første halvdel af 70'erne og fra 1976 overgik de fleste - i henhold til bistandsloven - til amtskommunerne som amtsungdomscentre og kommunale ungdomsklinikker for stofmisbrugere og andre unge med særlige adfærdsvanskeligheder.

Fra midten af 1970'erne rasede debatten om formålet med behandling og anvendelse af metadon i misbrugsbehandlingen. Modstanden mod metadon var stor, og resultatet var, at stadig flere opiatmisbrugere henvendte sig hos de praktiserende læger for at få udskrevet metadon. I 1984 udgav Alkohol- og Narkotikarådet *At møde mennesket hvor det er* (Alkohol- og Narkotikarådet, 1984). Det skønnes her, at antallet af stofmisbrugere er på 6.-10.000 personer, og det konstateres, at gennemsnitsalderen for stofmisbrugere er ca. 27 år. Stofmisbrug er



således ikke længere et ungdomsfænomen, som indsatsen ellers hidtil har koncentreret sig om. Døgninstitutioner og familieplejeophold udgjorde de væsentligste elementer i behandlingen, og det dominerende mål om stoffrihed får Alkohol- og Narkotikarådet til at introducere en revurdering af målsætninger og metoder for at bringe overensstemmelse mellem problemer og løsningsmodeller. Uden at anvende begrebet "skadesreduktion" foreslår rådet, at man arbejder med graduerede målsætninger, som ikke nødvendigvis handler om stoffrihed. I forlængelse heraf anbefales det, at der lokalt etableres åbne, ambulante, rådgivende virksomheder med behandlingsmæssige, visiterende og koordinerende funktioner.

I 1996 blev der foretaget en omlægning af misbrugsbehandlingen på baggrund af en række faktorer. Disse var bl.a. hiv-smitte blandt stofbrugere, et stigende antal dødsfald (268 i 1996), og et stigende antal personer med stofmisbrug, som fik metadon ordineret af praktiserende læger uden samtidig social behandling. Amterne fik ansvaret for den sociale og lægelige misbrugsbehandling, og de praktiserende læger kunne kun varetage metadonbehandling efter delegation fra en amtsansat læge.

Det var bagtæppet for dannelsen af KABS i 2001. Men først lidt om den generelle udvikling i perioden.

3. Stofmisbrugsområdet under amterne

3.1 Centrale udmeldinger og lovmæssige rammer

I 1996 overtog de daværende amter ansvaret for stofmisbrugsbehandling i Danmark. De lovmæssige formuleringer var i første omgang, at amtskommunerne fik ansvaret for "Tilbud om støtte i form af dag- eller døgnophold til stofmisbrugere" og for "den lægelige behandling af stofmisbrugere med euforiserende stoffer."¹

Kort tid senere ændredes formuleringen i Lov om social service § 85 til det mere enkle: "Amtskommunen sørger for tilbud om behandling af stofmisbrugere."²

I forbindelse med Folketingets behandling af et beslutningsforslag om indførelse af heroinbehandling i 2001³ blev en ekspertgruppe nedsat, som skulle vurdere behovet for yderligere skadesreducerende støtte og tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Ekspertgruppen udgav sin rapport i februar 2002 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Heri afviste fem af eksperterne at indføre heroinbehandling, mens to eksperter gik ind for det (- efter seks år blev heroinbehandling imidlertid muliggjort). Med undtagelse af én gik alle eksperter imod etablering af stofindtagelsesrum (fixerum, som det blev kaldt - efter ti år blev stofindtagelsesrum muliggjort). Ekspertgruppen pegede imidlertid på en række andre tiltag:

Hepatitisvaccination, behov for klarhed over behandlingen af brugere med dobbeltdiagnoser, mulighed for metadoninjektion og øget psykosocial

indsats, herunder bedre samarbejde mellem amter og kommuner.

Sundhedsstyrelsens *Register over stofmisbrugere i behandling* (SIB) blev oprettet 1. januar 1996.

Finansieringen af stofmisbrugsområdet var delt ligeligt mellem amter og kommuner. Ordningen blev i 2002 afløst af den såkaldte grundtakstmodel, hvorefter kommunerne skulle finansiere udgifter op til grundtaksten, mens amterne skulle finansiere ydelser, som oversteg grundtakstbeløbet⁴.

I *Det fælles ansvar* fra 2002 (Regeringen, 2002) varsles behandlingsgarantien og DanRIS⁵ udvides til at omfatte hele landet. Desuden varsles Rådet for Socialt Udsatte etableret.

Med virkning fra 1. januar 2003 blev amtskommunerne forpligtet til at iværksætte tilbud om social stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter borgerens henvendelse. En visiteret borger kunne herefter vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter⁶.

I *Kampen mod narko* fra 2003 (Regeringen, 2003) fremhæves den høje dødelighed for stofbrugere (omkring 250 årligt) og den eksperimenterende brug af cannabis og stimulerende stoffer blandt unge.

Skadesreduktionen skal fortsat være et integreret element i narkotikapolitikken, men der tages

kraftig afstand fra heroinklinikker, fixerum, test af stoffer samt legalisering af cannabis og afkriminalisering af andre stoffer (legalisering af stoffer til eget brug).

I regeringens udspil prioriteres vederlagsfri vaccination mod hepatitis A og hepatitis B og initiativer til begrænsning af hepatitis C-smitte. Der peges på, at det primære ansvar for dobbeltdiagnosebehandlingen bør placeres i det psykiatriske behandlingssystem, og at et godkendt behandlingssted skal tilsluttes DanRIS (døgn). Endvidere skal der udvikles et DanRIS-ambulant.

Den 31.12.2004 skulle alle amter for første gang udarbejde en kvalitetsstandard for den sociale stofmisbrugsbehandling⁷. Kvalitetsstandarderne skulle som minimum omfatte en beskrivelse af de opgaver, som udføres på stofmisbrugsbehandlingsområdet, målgruppen, det overordnede mål (herunder værdier og normer), den organisatoriske struktur (herunder typer af tilbud), visitationsprocedure, behandlingsgaranti, muligheden for frit valg, målsætning for handleplaner, brugerinddragelse, betaling for kost og logi m.v., information om sagsbehandling og klageadgang, personalets faglige kvalifikationer og kompetenceudvikling samt monitorering af indsatsen. Tilsvarende krav blev sat til flere sociale områder.

Perioden er karakteriseret af, at skadesreduktionspolitikken grundfæstes og udvides, og at der gennem behandlingsgaranti, muligheden for frit valg og kvalitetsstandarder blev stillet krav til amtskommunernes behandling. Tilsvarende bestemmelser gjorde sig gældende for en lang række sociale og sundhedsmæssige områder. Stofmisbrugsområdet bliver således underlagt generelle statslige styringsmetoder. Samtidig øges fokus på omfang og effekt af behandlingen og der oprustes på dokumentationssiden.

Perioden er i øvrigt præget af en spændt venten på organisatoriske ændringer, som er varslet med nedsættelsen af Strukturkommissionen i oktober 2002.

3.2 Etablering af KABS

I Københavns Amt omfattede misbrugsbehandlingen i 2000:

- Tre regionale afdelinger under Åben Rådgivning (i Gentofte, Tårnby og Glostrup) med en tilknyttet visitationsgruppe (efterfølgende blev etableret endnu en regional afdeling i Hvidovre)
- Socialmedicinsk Klinik for længerevarende substitutionsbehandling (etableret 1.1.1999)
- Dag- og døgnbehandlingstilbudet Stjernevang.

De tre regionale afdelinger var hver bemandede med en afdelingsleder og en administrativ medarbejder, to socialrådgivere og to pædagoger, og normeringen var på 37 brugere (i Tårnby dog 47 brugere). Socialmedicinsk Klinik havde konsulentfunktioner for Åben Rådgivning og Stjernevang havde ansvaret for ca. 400 borgere i længerevarende substitutionsbehandling. Brugere på Socialmedicinsk Klinik blev indkaldt ca. en gang i kvartalet til lægesamtale og tilbudt en månedlig samtale med en socialfaglig opfølgingsmedarbejder. Substitutionsmedicinen blev udleveret på apotek, ved Falck-busser eller udleveringssteder betjent

¹ Lov nr. 432 af 14/06/1995, Lov om ændring af lov om social bistand (Amtskommunalt ansvar for stofmisbrugsbehandling) og Lov nr. 435 af 14/06/1995 Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om udøvelse af lægegerning (Lægelig behandling for stofmisbrug).

² Lov nr. 454 af 10/06/1997, Lov om social service.

³ Beslutningsforslag B 123, maj 2001.

⁴ Ifølge Lov nr. 489 af 7. juni 2001 om ændring af lov om social service og lov om hjemmesygeplejerskeordninger (indførelse af en grundtakstmodel for visse sociale serviceydelser i stedet for delt finansiering), skulle kommunerne betale kr. 100.000 for døgnbehandling af stofmisbrugere, når opholdet varede udover 120 dage inden for de seneste 365 dage.

⁵ DanRIS (Dansk Registrerings- og Informationssystem) blev etableret under Center for Rusmiddelforskning, som blev etableret i 1994 og omfattede i første omgang en række døgninstitutioner. Den første DanRIS-rapport udkom i 2005.

⁶ Lov nr. 1070 af 17/12/2002, Lov om ændring af lov om social service (Garanti for social behandling for stofmisbrug).

⁷ BEK nr. 398 af 26/05/2004 - Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 85 i lov om social service.

af lægestuderende. Stjernevang var et stoffrit behandlingstilbud, normeret til 10 døgnpladser, 5 dagpladser og 20 ambulante pladser. Endvidere blev eksterne døgnpladser anvendt.

I 1998 blev 687 personer behandlet i Københavns Amt. Heraf var ca. 275 overtaget fra de praktiserende læger omkring årsskiftet 1996/97. Hovedstoffet var opioider for knap 90% af de indskrevne. Det var antagelsen, at der var 1.400 stofbrugere i Københavns Amt, hvoraf halvdelen var i behandling. På landsplan skønnedes det, at der var 14.000 stofbrugere, hvoraf halvdelen var i behandling.

I 1999 blev 35% af budgettet i KABS anvendt til køb af døgnpladser på eksterne institutioner og 17% af budgettet anvendt til metadon og -udleveringsordninger⁸ (Lisberg, 2000). Kommunerne finansierede en del af den sociale behandling.

I september 2001 blev KABS dannet som organisatorisk enhed (Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere). KABS blev skabt som en fusion af Socialmedicinsk Klinik, Åben Rådgivning og Stjernevang. Det nyetablerede KABS havde til opgave at:

1. Udvikle en enhedsorganisation
2. Sikre en større bredde og specialisering i behandlingen
3. Opruste dokumentationsindsatsen
4. Skabe et tættere samarbejde med kommunerne
5. Styrke brugerindflydelsen.

Kort før etableringen af KABS blev Rusnavigatørerne etableret i lokaler i Tårnby. Det var en afdeling for unge, som misbrugte hash og stimulantia. Samtidig hermed blev etableret en ny regional afdeling i Hvidovre. Budgettet til døgnbehandling blev gradvist reduceret til fordel for ambulante behandling. I 2006 udgjorde forbruget til døgnbehandling således 12% af de samlede udgifter.

Efter etableringen af KABS den 1. september 2001, startede arbejdet med at løse de opgaver, som organisationen havde fået i "dåbsgave":

Til brug for oprustningen af dokumentationen blev klientregistreringssystemet, KLABS, købt i 2001. Systemet var udviklet af Front-Data, som oprindeligt havde udviklet det til Vejle Amts Misbrugscenter. Systemet anvendes fortsat i KABS, men er siden hen udviklet til ukendelighed gennem årene, efterhånden som nye databehov skulle indfris. Systemet udgjorde rygraden i de efterfølgende ændringer i KABS og var helt afgørende vigtig i forbindelse med overgangen til takstfinansiering efter kommunalreformen.

Som led i udviklingen af organisationen blev Stjernevang nedlagt som dag- og døgntilbud. Herefter blev eksterne døgnbehandlingstilbud anvendt alene. Den centrale visitationsgruppe blev nedlagt og visitationskompetencen lagt ud til afdelingerne. Endelig blev de 400 brugere fra Socialmedicinsk Klinik fordelt til afdelinger, og lægerne fik deres daglige arbejde her. Den sociale og lægelige behandling i KABS blev herefter samlet i regionale afdelinger.

Som led i specialiseringen blev KASA – misbrugstilbud til personer med svær psykisk lidelse og stofmisbrug (hovedsagelig med opioater som hovedstof) etableret i 2004. Til håndtering af de behandlingsbehov, som denne målgruppe havde, begyndte andre faggrupper for alvor at vinde indpas i behandlingen: Psykolog, sygeplejerske, sundhedsassistent, psykiater. Tilbuddet blev i første omgang delvist finansieret af en satspuljebevilling.

Der blev etableret et udkørende team i Socialmedicinsk Kliniks lokaler (teamet blev efterfølgende en del af Gentofte afdeling). Endelig blev FamilieVinklen, som havde til opgave at fokusere på brugerne som forældre, etableret i 2004 som en selvstændig afdeling med konsulentfunktioner for andre afdelinger. Afdelingen blev senere nedlagt og ekspertisen søgt fastholdt gennem andre organisatoriske konstruktioner.

Set i bakspejlet har det været vanskeligt at etablere tværgående funktioner i organisationen. Efter kommunalreformen har takstsystemet gjort det yderligere vanskeligt at etablere sådanne funktioner.

Samlet set kan man sige, at KABS indfrie de fleste mål, som var opstillet: Dokumentation, enhedsorganisation, bredde og specialisering. Til gengæld kan man ikke sige, at brugerindflydelsen blev styrket væsentligt, og det lykkedes ikke at etablere et tættere samarbejde med kommunerne. Dette samarbejde blev først etableret med kommunalreformen.

I 2005 udgav Center for Rusmiddelbehandling en rapport om metadonbehandling (Pedersen, 2005). I rapporten blev givet 20 anbefalinger til tilrettelæggelsen af behandlingen. Anbefalingerne blev studeret grundigt i KABS og gav retning på udviklingen. Blandt anbefalingerne var, at der mindst skulle være én ugentlig samtale, at behandler-klient-ratioen ikke skulle overstige 1:20, at der kunne anvendes case-management-strategier, at social behandling og metadonudlevering burde foregå under samme tag, og at monitorering og skriftlighed er en betingelse for succesfuld behandling.

KABS gennemførte ydelsesregistrering i en årrække fra 2006. Registreringssystemet var indarbejdet i klientsystemet KLABS og omfattede registrering af ydelse (opdelt i 50 standardiserede ydelser), cpr. nr., dato og tidsforbrug. Der knyttede sig mange praktiske problemer til udviklingen af systemet, og datadisciplinen var et problem. Men vigtige iagttagelser blev gjort – bl.a. viste det sig, at 80% af medarbejdernes tid blev brugt på 20% af brugerne og enkelte brugere fik enorme mængder af samtaler. Det blev dermed tydeligt, at den lidt uformelle skelnen mellem "kolde" og "varme" brugere var yderst reel. Ydelsesregistreringssystemet blev udfaset med senere revision af KLABS-systemet, men erfaringerne med systemet var vigtige for etablering af takster og samarbejdsaftaler efter kommunalreformen. Med overgangen af visitationskompetencen til kommunerne og med takster og aftaler blev der systematisk indbygget en mekanisme, som forhindrede en skæv ydelsesfordeling.

3.3 Tal

I årene 1993 til 1995 lå antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling (dvs. længere end 5 måneder) på omkring 3.000 om året i hele landet. Fra 1996 indregnes også personer, som fik udleveret metadon uden forudgående recept fra amternes behandlingssteder, og antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling steg fra godt 4.000 i 1997 til godt 5.000 i 2004. Der sker således en stor stigning i antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling efter, at amterne overtog ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Det skønnes, at antallet af stofmisbrugere i 2006 var på 27.000, hvoraf godt 7.000 alene var hashbrugere. Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling steg fra 10.827 i 2002 til 13.441 i 2006 – en stigning på 24%.

I KABS blev 140 personer (unikke) indskrevet med hash som hovedstof i 2006 med en gennemsnitlig behandlingstid på godt 5 måneder. Antallet af personer (unikke) med opioater⁹ som hovedstof var 58 i 2006, og den gennemsnitlige behandlingstid var knap 3 år. På trods af, at der i 2006 er næsten 2,5 gange flere hashbrugere end opiatbrugere, som bliver indskrevet, så er antallet af behandlingsdage næsten 3 gange større for opiatbrugere.

⁸ Konsulentfirmaet Lisberg færdiggjorde i maj 2000, bl.a. på baggrund af en række rapporter udarbejdet af Københavns Amt, en rapport om misbrugsområdet i Københavns Amt. Oplysningerne stammer fra disse rapporter.

⁹ Omfatter "Andre opioater", Buprenorphin (illegal og ordineret), Heroin, Metadon (illegal og ordineret). Ordineret kan f.eks. omfatte personer, som udskrives fra fængsel.

4. Stofmisbrugsbehandling under kommunerne

4.1 Indhold i Kommunalreformen

Kommunalreformen blev indvarslet med Strukturkommissionens nedsættelse i oktober 2002. I januar 2004 offentliggjorde kommissionen sin betænkning (Strukturkommissionen, 2004) og i 2004 blev indgået en politisk aftale (Strukturkommissionen, 2004). Kommunalreformen trådte i kraft 1. januar 2007. Reformen bestod af en opgavereform, en inddelingsreform og en finansieringsreform. Amterne blev nedlagt, 5 regioner blev etableret, og 271 kommuner blev reduceret til 98. Det gennemsnitlige indbyggerantal i en kommune steg fra knap 20.000 før kommunalreformen til ca. 55.000 efter kommunalreformen. Kommunerne fik myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvaret for det sociale område, herunder det specialiserede sociale område. Ansvar gik således fra 14 amter til 98 kommuner.

Den større spredning af ansvaret gav naturligvis anledning til bekymring, og Strukturkommissionen gør sig sine tanker om faglig kvalitet og bæredygtighed (Strukturkommissionen, sektorbilag, 2004). Man når frem til, at der ikke foreligger større officielle analyser af sammenhængen mellem myndighedsstørrelse vedrørende udsatte grupper og faglig kvalitet på myndighedsniveau. Tilsvarende gælder for sammenhængen mellem effektivitet og myndighedsstørrelse. Med den manglende dokumenterede viden er der således på udsatteområdet ikke noget til hinder for mindre myndighedsstørrelser. Men omvendt heller ingen argumenter for en ressortomlægning. Området er således røget med i kølvandet på de øvrige omlægninger.

Som støttefunktion for kommunerne blev VISO¹⁰ og Tilbudsportalen oprettet¹¹. VISO skulle sikre en central støtte for kommuner, som stod overfor særligt vanskelige sager. Tilbudsportalen – en IT-baseret portal med indberetningsmulighed for sociale tilbud – havde til formål at give sammenlignelige oplysninger om sociale tilbud (målgrupper, metoder, økonomi, takster, resultater samt tilsynsoplysninger), som kommunerne så kan anvende "for valg af effektive tilbud til den enkelte borger"¹². Tilbudsportalen skulle endvidere understøtte tilsynsmyndighedernes arbejde og understøtte lige konkurrence mellem private og offentlige tilbud. For KABS' vedkommende må det dog konstateres, at Tilbudsportalen aldrig har været gennemsigtig – tværtimod har de mange takster og strukturen i Tilbudsportalen afstedkommet et kalejdoskopisk virvar af informationer, som ingen kan anvende. Den eneste værdifulde information er, at tilbuddet er godkendt af Socialtilsynet.

Med kommunalreformen blev der på det sociale område indført rammeaftaler, som et centralt og styrende redskab til koordination og samarbejde mellem kommunerne¹³. Rammeaftalerne skulle indgås mellem kommunalbestyrelserne i en region og regionsrådet og indeholder bestemmelser om bl.a. takstberegninger.

I 2012 blev et udvalg nedsat, som fik til opgave at evaluere kommunalreformen. I rapporten (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013) fremgår det, at hensigten med kommunalreformen var at sikre en markedslignende ramme for sociale tilbud, og at dette bl.a. blev understøttet af omkostningsbase-



rede takster og Tilbudsportalen. Udvalget vurderer, at der er behov for en revision af takstreglerne og fremsætter forslag herom¹⁴.

Udvalget bemærker desuden, at det kommende nye Socialtilsyn, som skulle nedsættes 1. januar 2014, ville bidrage til at skabe øget gennemsigthed for køberne omkring sammenhængen mellem pris og indhold i tilbud¹⁵.

Med reference til regeringens nedsatte psykiatriudvalg (som efterfølgende udgav sin rapport – Rapport fra regeringens psykiatriudvalg, 2013), konstaterer evalueringsudvalget desuden, at der er flere snitfladeproblematikker relateret til behandlingen af dobbeltdiagnosticerede, bl.a. på grund af manglende samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder. Mere herom senere.

Efter kommunalreformen er der sket en markant ændring i brugergruppen: i 2006 angav 45% af de indskrevne i året, at opioider var hovedstoffet. Det

faldt til 17% i 2016. Omvendt angav 20% i 2006 at cannabis var hovedstoffet. Det steg til 62% i 2016. Samtidig steg andelen af unge i behandling fra 25% i 2006 til 45% i 2016 (Pedersen, 2019).

¹⁰ Bekendtgørelse nr. 161 af 10.3.2006 om den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation – VISO. Senere ændret i bekendtgørelsen nr. 817 af 27.6.2014, hvor VISO blev en del af Socialstyrelsen.

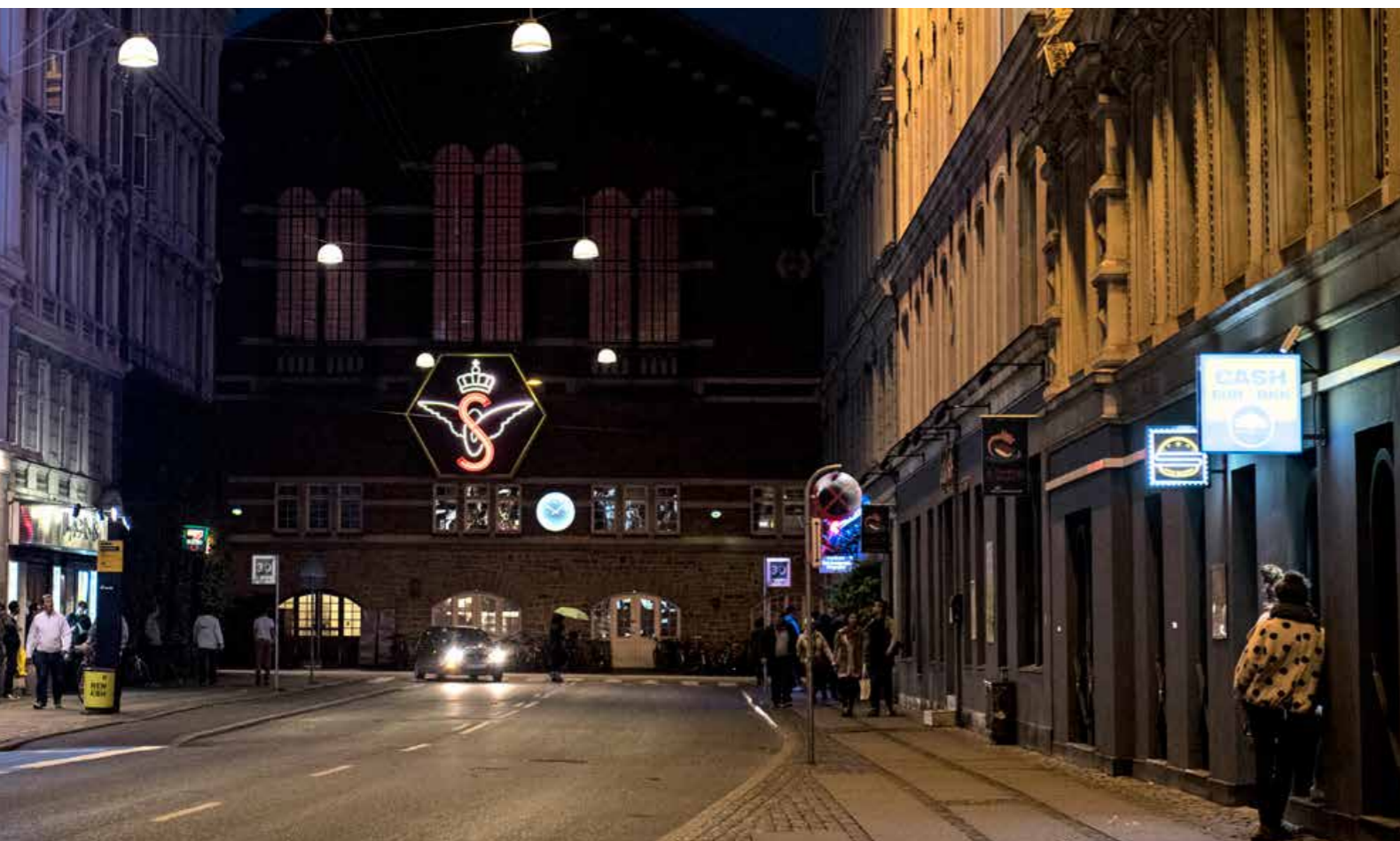
¹¹ Bekendtgørelse nr. 780 af 6.7.2006 om Tilbudsportalen. Siden ændret stort set hvert år, senest den 26.5.2021.

¹² Som det efterfølgende blev formuleret i Bekendtgørelse nr. 1558 af 19.12.2013.

¹³ Bekendtgørelse nr. 36 af 23.1.2006 om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde. Siden ændret et hav af gange, senest den 3.9.2020.

¹⁴ Bl.a. at over/underskud på under 5% ikke indregnes i taksterne fremover – tidligere blev alt under-/overskud indregnet i kommende års takster, og man frygtede at ineffektive tilbud blev holdt kunstigt i live.

¹⁵ Bekendtgørelse nr. 1557 af 19.12.2013 om socialtilsyn. Bekendtgørelsen er efterfølgende ændret mange gange, senest den 28.4.2021.



4.2 Centrale udmeldinger og lovmæssige rammer

Fra 1. januar 2007 hed bestemmelsen på det sociale område: "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af stofmisbrugere"¹⁶. På det lægelige område fremkom følgende knudrede bestemmelse: "Ordination af euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt ved private institutioner, hvormed en kommunalbestyrelse eller et regionsråd har indgået aftale om behandling."¹⁷. Begrebet "stofmisbruger" er nu forsvundet fra den lægelige behandling – nu drejer det sig om behandling af personer med stofmisbrug. Som det senere fremgår, sker det samme på det sociale område i 2019.

Stofmisbrugsdatabasen blev etableret i 2008 og omfattede register over ventetider vedrørende behandlingsgaranti (VBGS) og DanRIS-ambulans. I 2011 blev Stofmisbrugsdatabasen udvidet til også at omfatte DanRIS-døgn og Sundhedsstyrelsens SIB-register. En

undersøgelse fra 2010 (Rigsrevisionen 2012) viste, at 90% af kommunerne anvendte databasen i mindre grad eller slet ikke. Helt tilsvarende tal blev fundet for anvendelsen af Tilbudsportalen i 2010.

Fra 2009 ændredes formuleringen på det lægelige område således, at "euforiserende stoffer" blev til "afhængighedsskabende lægemidler"¹⁸.

Med virkning fra 1. juli 2008 blev der givet lovmæssig adgang til, at "euforiserende stoffer kan anvendes i medicinsk øjemed som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug"¹⁹. Kort sagt: heroinbehandling. Parallelt hermed udarbejdede Sundhedsstyrelsen en vejledning om heroinbehandling²⁰, som blev ændret i 2013²¹ i forbindelse med, at heroinen kunne indtages i tabletform ("peroralt").

Baggrunden for loven var, at en række avisartikler havde dokumenteret det hårde liv i prostitution for personer med stofmisbrug. Som et velment tilbud til, hvad der blev betragtet som de allermest udsatte personer med stofmisbrug, blev heroinbehandling

muliggjort. Erfaringerne med behandlingen er imidlertid, at det ikke er de allermest udsatte personer, som benytter tilbuddet. For det kræver en ganske struktureret livsførelse at kunne fremmøde 1-2 gange dagligt på en bestemt adresse alle årets dage. Man kan måske sige, at det er de næstmest udsatte opiatbrugere, som benytter tilbuddet.

Heroinbehandlingen blev i første omgang finansieret over satspuljen og blev gjort permanent fra 2010 med en årlig bevilling på 67,1 mio.kr., hvor de første herointilbud så dagens lys. I årene herefter fulgte lange drøftelser af, hvorledes de enkelte herointilbud skulle finansieres. Først fra 2017 blev indgået en aftale om, at herointilbuddene fik en rammebevilling til behandling af et interval af brugerårsværk (ét brugerårsværk svarer til én bruger i behandling i ét år) og at Sundhedsministeriet refunderede klinikernes udgifter til selve heroinen.

I perioden har der været forsket forbløffende lidt på området. Dette til trods for den meget omfattende registrering og indberetning til statslige registre. KABS igangsatte og finansierede kort tid efter heroinbehandlingens start et forskningsprojekt om brugernes og personalets syn på heroinbehandling samt om organiseringen og hverdagslivet på klinikkerne (Johansen, 2013). KABS var desuden samarbejdspartner på en KORA-analyse om økonomien i heroinbehandling (Bilde et al., 2016). Det fremgår af rapporten, at omkostningerne pr. vundet kvalitetsjusteret leveår ligger på et højt niveau og på linje med de mest komplicerede behandlinger i sundhedsvæsenet. Studiet blev gennemført kort tid efter klinikkerne startede, og det ville være relevant at gentage studiet efter, at der nu er blevet anvendt i omegnen af ¾ mia. på heroinbehandling.

Fra 2010 til 2018 har der været 584 personer i heroinbehandling. Sundhedsstyrelsen har udgivet to evalueringer på området.

I august 2009 udgav det daværende SFI en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling (Benjaminsen et al, 2019). Undersøgelsen var bestilt af Servicestyrelsen og gennemført i perio-

den december 2007 til maj 2009. En konklusion i rapporten var, at næsten halvdelen af brugerne i behandling var i kontakt med en behandler sjældnere end hver 14. dag og for en dels vedkommende betydeligt sjældnere. En stor del af brugerne havde psykiske, sociale og fysiske problemer og et flertal oplevede, at de ikke fik tilstrækkelig hjælp til at håndtere problemerne. Undersøgelsen pegede på, at skadesreduktionsprincippet var implementeret i behandlingen, men at der syntes at være opstået en todeling af behandlingssystemet – en del hvor målsætningen for behandlingen var at opnå stoffrihed og en anden del, hvor målsætningen var skadesreduktion. Sidstnævnte – især brugere i langvarig substitutionsbehandling – får en begrænset behandling ud over den medicinske.

I *Kampen mod Narko II* fra 2010 (Regeringen, 2010) bemærkes det, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald er steget til 276 i 2009, og at det skønnede antal stofbrugere i Danmark er steget til 33.000. Det beskrives som en "helt uacceptabel udvikling" (Regeringen, 2010, s. 3). Det konstateres også, at der er sket et skift i stofferne, således at flere er afhængige af hash, kokain og amfetamin, mens færre er afhængige af heroin. Skadesreduktion er fortsat grundpillen i narkotikapolitikken, men man mener, at det vil være at gå for langt at etablere fixerum. I den

¹⁶ Lov nr. 573 af 24/06/2005, Lov om social service.

¹⁷ Lov nr. 545 af 24/06/2005 Lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og visse andre områder (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen).

¹⁸ Lov nr. 538 af 17/06/2008 Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer (Friere sygehusvalg, kontaktpersoner på sygehusene, udvidet adgang til Medicinprofilen og nationalt forebyggelsesråd m.v.) "Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved de kommunale, regionale eller private institutioner, der er nævnt i sundhedslovens § 142, stk. 2."

¹⁹ Lov nr. 535 af 17/06/2008 Lov om ændring af lov om euforiserende stoffer (Ordination af heroin som led i lægelig behandling af stofmisbrugere).

²⁰ Vejledning nr. 9083 af 1.1.2010: Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed.

²¹ Vejledning nr. 9507 af 17.9.2013: Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed.

omfangsrige handlingsplan bebudes bl.a. udvikling af behandlingsmodeller til kokain- og hashmisbrug, uddannelses tilbud til fagpersoner, undersøgelser og modelprojekter vedrørende bl.a. screening af stofbrugere med psykiske lidelser, justering af heroinbehandling, kvalitetssikring af den sundhedsfaglige kokainbehandling, samordning af Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens forskellige registreringsordninger, forsøg med sundhedsrum (ikke at forveksle med stofindtagelsesrum). Handlingsplanen er opdelt i afsnit om *Forebyggelse og tidlig indsats; Behandling; Skadesreduktion; og Kontrol og retshåndhævelse*. Skadesreduktion adskilles således fra forebyggelse og behandling og beskrives som indsatser, "for at begrænse de skader, som stofmisbrugerne påfører sig selv og det omgivende samfund" (Regeringen, 2010, s. 35) – som eksempler nævnes udlevering af rene sprøjter og kanyler, vandampuller i sprøjtesæt og hepatitisvaccination.

Rigsrevisionen udgav i januar 2012 en beretning om styringen af misbrugsområdet (Rigsrevisionen, 2012). Rigsrevisionen havde sat sig for at undersøge, om Socialministeriet og Sundhedsministeriet havde opstillet mål for behandlingsindsatsen mod stofmisbrug, og om Socialministeriet førte tilsyn med, om kommunerne overholdt lovgivningen på området. Konklusionen på arbejdet var, at "ministeriernes mål- og resultatstyring på området i højere grad bør baseres på god praksis for effektiv styring" (Rigsrevisionen, 2012, s. 2).

Rigsrevisionen identificerede fire mål for behandlingsindsatsen: 1) stoffrihed for hovedparten af stofbrugere i behandling, 2) skadesreduktion for tungere stofbrugere i behandling, 3) flere og bedre behandlingstilbud tilpasset den enkelte stofbrugers behov, 4) helhedsorienteret indsats. Rigsrevisionens standard for målfastsættelse var, at målene skulle være specifikke, tidsafgrænsede og målbare (Rigsrevisionen, 2012, s. 8).

For Sundhedsministeriets vedkommende identificeres en række initiativer fra 2007 til 2010, som understøtter målene: Gratis vaccination mod hepatitis A og B; øget indsats mod hepatitis C; sundhedsfag-

lige tilbud til hårdest belastede stofbrugere; "projekt socialsygeplejerske", øget anvendelse af buprenorphin, metadoninjektion og heroinbehandling.

For Socialministeriets vedkommende identificeres i perioden 2007-2010 følgende initiativer: Narkopoljen, diverse konferencer, faglige netværk, indsats for gravide, og forsøg med anonym stofmisbrugsbehandling. Desuden udgivelser af informationsmateriale til sagsbehandlere²² og efteruddannelse.

Rigsrevisionen vurderer også, om Socialministeriet har fulgt op på, om kommunerne overholdt lovgivningen vedrørende behandlingsgaranti, kvalitetsstandarder, handleplaner. På alle områder skal der igangsættes yderligere initiativer, og sagen genoptages senere (jf. nedenfor).

På trods af modstanden to år tidligere, blev det med virkning fra 1. juli 2012²³ tilladt for Sundhedsministeren at give tilladelse til etablering af kommunale stofindtagelsesrum. Efterfølgende blev etableret stofindtagelsesrum i København, Odense og Århus. I den efterfølgende ministerielle evaluering (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015) fremhæves en lang række fordele ved ordningen, som fortsat er gældende.

I oktober 2012 blev den såkaldte *Stofmisbrugs-pakke* lanceret. Der blev afsat 103 mio.kr. til 10 initiativer. Blandt initiativerne var iværksættelse af analyser af sagsbehandling og kapacitet, udvikling af metodeprogram og nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling.

I *Alle skal med* fra 2013 (Regeringen, 2013) blev sat konkrete mål på området: I 2020 skulle mindst 50% af de afsluttede behandlingsforløb være endt med stoffrihed eller reduktion, og antallet af narkorelaterede dødsfald skulle højst være 200.

I september 2014 udarbejder Rigsrevisionen et opfølgende notat, hvori sagen afsluttes (Rigsrevisionen, 2014). Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at der som en del af de sociale 2020-mål (Regeringen, 2013) indgår to konkrete mål. End-

videre finder Rigsrevisionen det tilfredsstillende, at socialministeren i oktober 2012 lancerede en stofmisbrugs pakke til 103 mio.kr. med 10 initiativer på stofmisbrugsområdet. Endelig finder Rigsrevisionen det tilfredsstillende, at der er færre overskrivelser af behandlingsgarantien, at Socialministeriet vil styrke udredningen og sagsbehandlingen på stofmisbrugsområdet og følge op på kommunernes kvalitetsstandarder. På sidstnævnte område konstateres tørt, at der fortsat er kommuner, der ikke overholder lovkravene til kvalitetsstandarder for social behandling for stofmisbrug.

I 2014 etableres der parallelitet mellem sundhedslovgivningen og sociallovgivningen. På det lægelige område indføres en ret til vederlagsfri samtale for personer, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, og samtalen skal finde sted inden for 14 dage efter henvendelsen. Personen kan desuden frit vælge et andet behandlingssted²⁴.

Med virkning fra 1. juli 2015 fik kommunerne pligt til at tilbyde anonym, ambulant behandling til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer²⁵. Det hedder, at "Kommunalbestyrelsen skal tilbyde anonym, ambulant behandling af stofmisbrug til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug"²⁶. Borgere i anonym behandling er ikke "stofmisbrugere", men personer, som har et stofmisbrug. Ikke-anonyme borgere er fortsat "stofmisbrugere" (frem til 2019). Kommunalbestyrelsen skulle indgå aftale med mindst to leverandører, hvoraf mindst ét tilbud skulle være beliggende uden for kommunen.

Behandlingen skulle udgøre et "afgrænset behandlingsforløb af kortere varighed og indeholde gruppebehandling og mulighed for en individuel, afsluttende samtale" (L 649 af 18.5.2015, § 101a, stk. 8).

Ordningen blev indført efter projekter i København og Odense havde vist gode resultater (Socialstyrelsen, 2013). Som noget nyt i lovgivningen fastsættes der nu indholdsmæssige bestemmelser til omfan-

get af behandlingen (gruppebehandling og afsluttende samtale).

Sundhedsstyrelsen udgav i december 2016 en vejledning om anvendelse af substitutionsmedicin²⁷, og om behandling af misbrug af kokain og centralstimulerende stoffer²⁸.

I maj 2016 udkom regeringens *10 mål for social stabilitet* (Regeringen, 2016). På trods af Rigsrevisionens glæde over de konkrete mål, sker der nu en opblødning. Under overskriften "Større effekt af stofmisbrugsbehandlingen" er målene nu, at flere behandlingsforløb skal afsluttes som stoffri, reduceret eller stabiliseret (det omfattede 40% i 2013), og der skal være færre narkotikarelaterede dødsfald (i 2014 var tallet 263).

Socialstyrelsen udarbejdede i 2016 for første gang nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Ambitionen var at give anvisninger til, hvorledes behandlingstilbud kan yde god social stofmisbrugsbehandling. Retningslinjerne blev opdateret i efteråret 2020 (Socialstyrelsen, 2020).

Siden 2018 har Styrelsen for Patientsikkerhed foretaget et årligt tilsyn med landets misbrugscentre, som leverer ydelser efter Sundhedsloven.

²² Servicestyrelsen: Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv, 2010 og metodehæftet *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet*.

²³ Lov nr. 606 af 18. juni 2012 om ændring af lov om euforiserende stoffer.

²⁴ Servicestyrelsen: Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv, 2010 og metodehæftet *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet*.

²⁵ Lov nr. 649 af 18/05/2015 Lov om ændring af lov om social service og lov om socialtilsyn (Tilbud om anonym, ambulant behandling af stofmisbrugere m.v.).

²⁶ Se note 25.

²⁷ Vejledning nr. 10375 af 28.12.2016: Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.

²⁸ Vejledning nr. 10377 af 28.12.2016: Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer.

I forbindelse med en lovændring i 2019²⁹ forsvinder begrebet "stofmisbrugere", som nævnt tidligere, ud af lovgivningen for at blive afløst af begrebet "personer med et stofmisbrug". Der sker således en eksternalisering af stofmisbruget – problemerne er ikke knyttet til personen, men til personens stofmisbrug, og personen er andet og mere end stofmisbruget.

I forlængelse af lovændringen i 2019 blev der med virkning fra 1. januar 2020³⁰ stillet krav om, hvilke områder der skal afdækkes i forbindelse med udredningen, og der blev givet kommunerne adgang til at anvende gavekort i behandlingen af stofmisbrug. Som et 15. punkt i omfanget af kommunernes kvalitetsstandard, skal nu også kommunens retningslinjer for anvendelse af gavekort beskrives.



²⁹ Lov nr. 1421 af 17/12/2019, Lov om ændring af lov om social service og ligningsloven (Styrket behandlingsgaranti for personer med et stofmisbrug m.v.).

³⁰ Bekendtgørelse nr. 1477 af 17.12.2019 om afdækning, gavekort og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

³¹ Omfatter personer, som har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som har medført fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Personer i substitutionsbehandling er medregnet.

³² I de 52.000 indgår opioidbrugere, brugere af centralstimulerende stoffer samt personer med et blandingsmisbrug.

4.3 Tal

I 2018 var **19.265** personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2020). En stigning på **48%** efter kommunalreformen i 2007.

Et af initiativerne i *Stofmisbrugspakken* fra 2012 var at undersøge den sociale stofmisbrugsbehandlingskapacitet. Det daværende SFI foretog undersøgelsen, som udkom i 2016 (Amilon et al., 2016). Det konkluderes bl.a. at antallet af registrerede stofmisbrugere er steget med **23%** i perioden 2008-2013. Stigningen skyldes primært unge mellem 20-29 år med et misbrug af cannabis. Her er stigningen på **50%**. Kommuner uden for de største byer har haft den største stigning. Det konstateres desuden, at i **27%** af behandlingsforløbene er borgeren registreret med en psykisk lidelse i året eller året før behandlingsstart, heraf **12%** med en svær psykisk lidelse.

Fra 2010 til 2015 er andelen af indskrevne, som ikke har været i behandling tidligere, og som angiver cannabis som hovedstof stigende og topper i 2015 med **80%** af de indskrevne. I de efterfølgende år falder denne andel til **64%** i 2018, mens andelen af personer med kokain som hovedstof stiger fra **7%** i 2015 til **21%** i 2018.

En stadig større del af de unge (18-24-årige) angiver cannabis som hovedstof – **71%** i 2018.

Sundhedsstyrelsen anslår, at der i 2016 er ca. **20.000** højrisikobrugere³¹ af opioider og ca. **52.000** højrisikobrugere i alt (eksklusive cannabisbrugere)³². Det anslås, at **32.600** personer har et højrisikoforbrug af cannabis (defineret som brug i 20 dage eller derover i den sidste måned). Heraf udgør de 16-24-årige **11.500** (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Unægteligt et væsentligt større antal end de **27.000** personer, som det totale antal personer med stofmisbrug blev anslået til i 2006.

4.4 KABS efter kommunalreformen

Ved kommunalreformen blev KABS overtaget af Glostrup Kommune, og KABS gik fra at være rammefinansieret til at være en takstfinansieret. Det afstedkom ganske mange diskussioner i KABS om, hvad det mon ville betyde for den enkelte bruger og for den enkelte behandlers muligheder for at tilrettelægge behandlingen (se f.eks. Bay, 2016). Bølgerne gik undertiden højt, men reglerne var givet.

I KABS var der en opfattelse af, at de kommunale sagsbehandlere ikke vidste, hvad stofmisbrugsbehandling drejede sig om, og fra kommunernes side oplevede man utilstrækkelig information. Samtidig var der ofte diskussioner om, hvad Servicelovens § 101 kunne omfatte – kommunerne mente ofte, at KABS-medarbejdere gik ind på deres område, mens KABS-medarbejderne lagde vægt på den helhedsorienterede behandling.

Igennem årene er samarbejdet blevet langt bedre – ikke mindst fordi behandlerne har fået kendskab til hinanden og kan indgå i diskussioner på lige fod.

I de nydannede Kommunekontakttråd (KKR – sammenslutning af kommuner indenfor en Region) blev der indgået en musketér-ed om, at alle kommuner i to år fortsatte med at have samme forbrug ved de tidligere amtslige institutioner, som de hidtil havde haft. Samtidig blev der – med udgangspunkt i statslige retningslinjer³³ - fastlagt regler for, hvad der skulle indregnes i taksterne. Langt de fleste tidligere amtskommunale tilbud på det sociale område var døgntilbud, hvis brugerantal var afgrænset af bygningsmassen og ydelserne pr. borger nogenlunde ensartet i det enkelte tilbud. Dette bar reglerne for takstberegning præg af. Som ambulante tilbud, med en varierende tilgang og afgang af brugere og med forskellige ydelsesintensiteter, var KABS en lidt aparte størrelse. Fra første gang der blev regnet takster, har takstenheden for KABS været "bruger-årsværk". Forudsætningen for takstberegningerne har været 100% belægning, og taksterne har været opdelt på sociale og lægelige takster.

Overvejelserne bag strukturen i KABS' takster var dels, at takstsystemet skulle udtrykke de reelle omkostninger, således at taksterne blev oplevet som retfærdige for kommunerne og forhindre uhensigtsmæssig køberadfærd³⁴, dels at takststrukturen skulle tage hensyn til de gældende visitationsregler og dels, at taksterne skulle være praktisk anvendelige – der skulle således være et vist volumen brugere på hver takst.

Da ingen andre kommuner havde læger ansat til stofmisbrugsbehandling, lå kompetencen til at udføre lægelig behandling hos KABS' læger. Da kommunerne således ikke skulle træffe valg på dette område, blev der kun etableret to takster: en lægelig takst for borgere i substitutionsbehandling og en lægelig takst for brugere, som ikke var i substitutionsbehandling. For den sociale stofmisbrugsbehandling blev der i første omgang etableret en takststruktur, som afspejlede organisationsstrukturen. De sociale takster blev inddelt i 5 takster: Rusnavigatørerne, KASA, Det udkørende Team, Tilsyn med ekstern behandling og Ambulant social behandling. Sidstnævnte takst dækkede al social behandling på de tre regionale afdelinger (Gentofte, Glostrup og Hvidovre) og omfattede 80% af alle brugerne i KABS.

Om end spirene til takststrukturen således var lagt, så er takststrukturen udviklet gennem årene. Allerede i 2008 blev antallet af sociale takster udvidet således, at Ambulant social behandling blev opdelt i tre intensitetsniveauer. I 2011 blev indført en takst for behandlingen på det nyetablerede Stjernevang, og der blev etableret tværgående takster for bl.a. udredningsperioden (som var særlig ressourcetung). Fra 2012 og 2014 blev også City og Stjernevangs takster opdelt i flere intensiteter, og på City afdeling blev der etableret en takst for anonym

³³ Bekendtgørelse nr. 1126 af 10.11.2006 om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud. Efterfølgende ændret mange gange, senest i 2017.

³⁴ Hvis en takst omfatter forløb med for store omkostningsforskelle, så vil kommunerne få incitament til at købe de forløb, som er takseret for højt, hos andre leverandører.

behandling, da det blev lovmæssigt muliggjort. Fra 2014 blev indstiftet en ny tradition i KABS, nemlig formuleringen af et takstkatalog, som beskrev hvad de enkelte takster indeholdt, og hvor mange månedlige ydelser, som lå indenfor taksten.

Med tiden er en social takst således knyttet til en bestemt afdeling med forskellige intensitetsniveauer. Samtidig har der været mulighed for at anvende enkelte fælles takster som f.eks. Udredning. I 2018 blev udredningstaksten, som følge af lovmæssige ændringer, ændret til at omfatte lægelig og social udredning. Herefter har der kun været én lægelig takst.

Til forskel fra mange andre misbrugscentre i landet fortsatte KABS med at have mange borgere i behandling fra andre kommuner. Antallet af borgere i behandling fra Glostrup Kommune udgjorde således i årene efter kommunalreformen mindre end 6% af det samlede antal borgere i behandling i KABS.

Efter de første to års borgfred begyndte nogle kommuner at overveje at hjemtage hele eller dele af stofmisbrugsbehandlingen. Ballerup og Herlev havde fra amtets dage selv haft ansvaret for den sociale behandling, og de hjemtog snart også den lægelige behandling. I 2011 hjemtog Gladsaxe Kommune al stofmisbrugsbehandling, og senere gjorde Brøndby Kommune det samme. Igennem årene har enkelte kommuner etableret eget tilbud til især hashbrugere, og generelt er det indtrykket, at mange kommuner også køber stofmisbrugsbehandling andre steder end hos KABS.

Kort tid efter kommunalreformen gik arbejdet med at lave samarbejdsaftaler i gang. Aftalerne skulle fastlægge regler for placering af kompetence, visitationsproces, afregningsforhold og information. Kommunerne på Vestegnen ønskede at udarbejde enslydende aftaler, og samarbejdet blev derfor udarbejdet med repræsentanter fra disse kommuner. Samarbejdskommuner udenfor Vestegnen fik egne aftaler. De første samarbejdsaftaler blev indgået i 2009, og efterfølgende er de fleste aftaler revideret i 2013. I 2016 blev indgået en samarbejdsaftale

med Københavns Kommune, og der blev indgået aftaler om anonym stofmisbrugsbehandling med en række kommuner.

På trods af de gode intentioner i samarbejdsaftalerne opstod der i starten mange uenigheder, som især drejede sig om takstindplacering og afgrænsning af, hvad der lå indenfor § 101 i Serviceloven. Bag kommunernes indsigelser lå ofte en bekymring for de kommunale budgetter, og i 2010 foretog KABS en spareøvelse med det formål at reducere taksterne.

I 2011 besluttede KABS at opdele afdelingerne efter brugernes hovedstof og at opruste behandlingen af psykisk syge stofafhængige. Baggrunden var en vurdering af, at man gennem øget specialisering ville kunne øge behandlingskvaliteten. Resultatet var, at den daværende Glostrup afdeling blev nedlagt og brugerne fordelt til Hvidovre afdeling (primært) og Gentofte afdeling. Rusnavigatørerne, som i 2007 var flyttet fra Saltværksvej i Tårnby til Teglgårdsstræde i København, blev nedlagt som særlig unge-enhed. I stedet blev City afdeling oprettet, fortsat med målgruppen hash/stimulantia, men uden aldersgrænse. Endelig blev Stjernevang oprettet (i det tidligere døgntilbud Stjernevangs lokaler – deraf navnet) – i første omgang normeret til 37 brugere.

Overordnet set blev KABS' behandlingsaktiviteter herefter specialiseret i 3 søjler:

- Behandling af personer med opioidmisbrug (Gentofte afdeling, Hvidovre afdeling)
- Behandling af personer med hash/stimulantmisbrug (City afdeling)
- Behandling af personer med psykisk lidelse og stofmisbrug (KASA og Stjernevang)

Som nyt element i specialiseringen af behandlingen blev der etableret behandlerteams og tilknyttet behandlingskoordinatorer på alle afdelinger.

Muligheden for at udføre anonym stofmisbrugsbehandling blev i 2014 realiseret i City afdeling. Erfaringerne er imidlertid, at når en borger præ-

senteres for valget mellem at komme i almindelig behandling, som tilrettelægges individuelt, eller et kortere forløb med gruppebehandling som beskrevet i centrale regler, så vælger borgeren som regel det individuelt tilrettelagte forløb. Fordelen ved anonymitet kan ikke opveje dette forhold.

Som følge af, at Region Hovedstaden opsagde lejemålet for Stjernevang, flyttede Stjernevang og City i 2017 til lokaler i Valby.

I 2017 meddelte Tårnby Kommune, at den samlede misbrugsbehandling – både alkohol- og stofmisbrug – skulle i udbud. KABS ønskede at give et tilbud, men da KABS på det tidspunkt ikke leverede alkoholbehandling, gav Glostrup kommune dels tilladelse til alkoholbehandling og dels tilladelse til, at KABS kunne give et tilbud til Tårnby. Tilbuddet blev givet, men Tårnby Kommune annullerede udbuddet i 2019. På det tidspunkt var KABS allerede i gang med at yde alkoholbehandling. Og det er fortsat siden.

4.5 Tal

Antallet af indskrivninger af personer med et hashmisbrug i KABS er faldet fra **140** personer (unikke personer) i 2007 til **109** i 2019. Antallet af personer (unikke personer) med kokain som hovedstof falder fra **39** i 2007 til **12** i 2013, men stiger herefter til **51** i 2019. Antallet af indskrivninger af personer (unikke) med opiater som hovedstof falder fra **67** i 2007 til **49** i 2019. Samlet set falder antallet af indskrivninger i stofmisbrugsbehandling fra **294** i 2007 til **269** i 2019³⁵.

Det skal imidlertid huskes, at den gennemsnitlige behandlingsvarighed for personer med opiater som hovedstof er mere end **4** år, mens den er knap **9** måneder for personer med et hashmisbrug og knap **8** måneder for kokainmisbrugere. Når man derfor regner på "brugerårsværk"³⁶, så er opiatmisbrugere fortsat den største gruppe i KABS med **459** brugerårsværk i 2019. Andre grupper i stofmisbrugsbehandling udgjorde **278** årsværk.

Til understregning af pointen om den lange behandlingstid for opiatmisbrugere kan det oplyses, at ud af de **645** personer med opiatmisbrug, som var indskrevet i KABS før 2002, er **55** fortsat i behandling i KABS i 2021. I gennemsnit har denne gruppe været godt **21** år i behandling.

³⁵ Der er tale om unikke indskrivninger – der indgår ikke gengangere. Øvrige hovedstoffer omfatter benzodiazepiner, ecstasy, hallucinogener eller hovedstoffet er ikke registreret (langt den største gruppe af de nævnte – 71 indskrivninger i 2019).

³⁶ 1 brugerårsværk = 365 dage i stofmisbrugsbehandling.

4.6 KABS VIDEN

KABS VIDEN er en regnskabsmæssig konstruktion for aktiviteter, som ligger udenfor den aftalebaserede finansiering. Før kommunalreformen drejede det sig om projekter, som lå udenfor rammebevillingen, og efter kommunalreformen drejede det sig om projekter, som lå udenfor takstfinansieringen.

Før kommunalreformen havde KABS haft enkelte projekter, som var finansieret udenfor rammebevillingen. Det drejede sig om delvis finansiering af KASA, af ForældreVinklen, af et tværsektorielt projekt for unge misbrugere med psykisk sygdom og om samarbejdsprojekter med kommuner³⁷.

Efter kommunalreformen øgedes aktiviteterne i KABS VIDEN. Projekterne var finansieret af Socialministeriets satspuljer³⁸, af VISO-aktiviteter³⁹ og af andre indtægtsdækkede aktiviteter. Sidstnævnte dækkede i de første år efter kommunalreformen bl.a. lægedækning til kommuner, som havde lægemangel, Kriminalforsorgens finansiering af KABS' misbrugsbehandling i Vridsløselille Statsfængsel og Sundhedsstyrelsens finansiering af KABS' uddannelsesvirksomhed vedrørende heroinbehandling. Endvidere gennemførte KABS fra 2009-2012, med midler fra Sundhedsstyrelsen, projekt Socialsygeplejerske – et projekt som udmærker sig ved, at ordningen efterfølgende er implementeret på rigtig mange sygehuse i landet⁴⁰.

Igennem årene er overskud fra KABS VIDEN-aktiviteter anvendt til finansiering af særlige projekter. Det drejer sig f.eks. om en undersøgelse af heroinbehandling i Danmark (se Johansen, 2013), et pilotprojekt om læse- og skriveterapi i misbrugsbehandling (se Bundesen, 2018), indsamling af data til den internationale undersøgelse Global Drug Survey (se f.eks. Axelsson et al., 2017) og om tandbehandling til KABS' brugere.

I mange år har KABS VIDEN afholdt nationale misbrugskonferencer med deltagelse af professionelle fra hele landet og fra alle faggrupper. Formålet har været at formidle viden om stofmisbrugsbehand-

ling. Konferencerne er deltagerfinansieret og evt. overskud er blevet anvendt til at finansiere udarbejdelse af ny viden, som kunne præsenteres på næste års konference.

Fra 2010 har KABS leveret heroinbehandling finansieret af Sundhedsministeriet. Til forskel fra ovenstående projekter, er der her ikke tale om et midlertidigt projekt, men om en permanent behandlingsform.

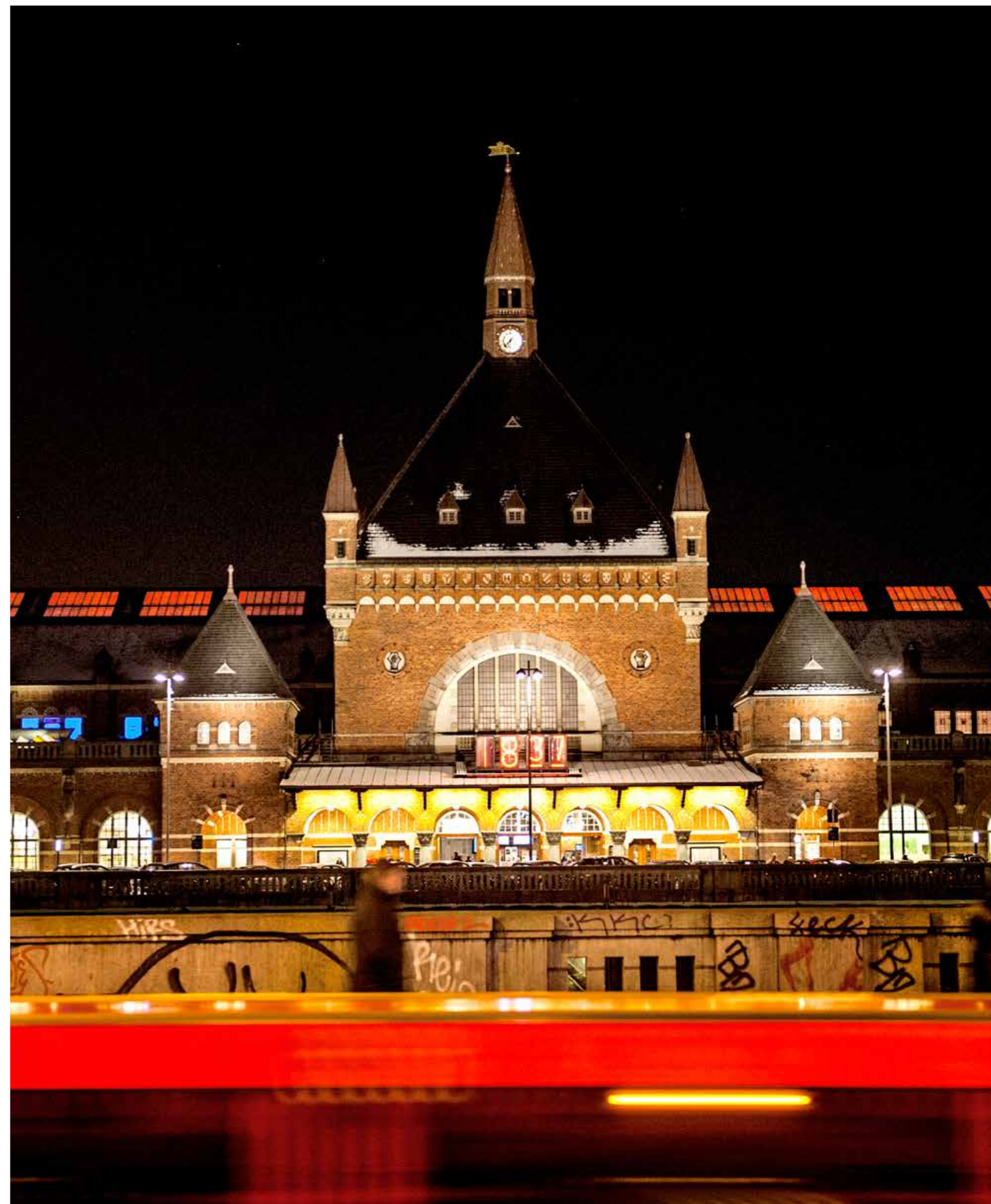
I takt med, at de statslige puljer er omlagt, er omfanget af ekstern finansiering reduceret. I de sidste år har KABS VIDEN alene omfattet Heroinbehandling, KABS-Konferencer og dansk deltagelse i Global Drug Survey.

³⁷ F.eks. Point Break – et samarbejdsprojekt med Brøndby Kommune.

³⁸ F.eks. om Case-management, Den aktive Café, Etnisk fokus, Kvindeudvikling, Pårørendetilbud – alle finansieret af den såkaldte Narkopulje. Desuden et projekt om forstærket indsats overfor gravide stofmisbrugere og fra 2016-2019 Projekt "Dit Rum" finansieret over puljen vedrørende behandlingstilbud til børn og unge fra familier med stof- eller alkoholmisbrug. (For den interesserede kan KABS VIDENs publikationer findes på www.kabsviden.dk (redaktionel note)).

³⁹ KABS var i de første år efter kommunalreformen VISO-leverandør på familierettede opgaver, på psykisk syge og på børn og unge.

⁴⁰ Socialsygeplejersker har deres daglige gang på sygehuse, hvor de har fokus på bl.a. stofmisbrugeres behandlingsforløb, til gavn for både patienter og ansatte (se Ludvigsen & Brúnés 2013).



5. Sammenfatning af udviklingen på stofmisbrugsområdet

I 1996 overgik stofmisbrugsområdet til amterne som følge af en række specifikke problemstillinger. Ved kommunalreformen røg området med i kølvandet på det øvrige sociale område, som overgik til kommunerne. For KABS, som for mange andre sociale tilbud, skulle behandlingen finansieres gennem takster frem for årligt at få et beløb til området. KABS røg dermed med i et gevaldigt administrativt system, som er opbygget gennem årene:

- Reglerne om takstberegning fastsættes i Kommunekontaktråd med udgangspunkt i statslige bestemmelser
- For at kommunerne kan finde det bedst mulige tilbud til en borger, skal alle tilbud beskrives i Tilbudsportalen
- Alle kommuner skal i en Kvalitetsstandard beskrive indholdet i kommunens tilbud om stofmisbrugsbehandling
- Fra statslig side søges kvaliteten af behandlingen øget – dels gennem nationale retningslinjer og dels gennem specifikke metodeprogrammer
- For at sikre god behandling foretager Socialtilsynet og Styrelsen for Patientsikkerhed årlige tilsyn med alle stofmisbrugstilbud
- Indberetningerne til statslige systemer er til stadighed udviklet
- Lovgivningen er løbende reguleret – dels med rettigheder til borgerne og dels med konkrete behandlingstilbud
- Der er iværksat særlige initiativer med skadesreducerende formål: udlevering af nåle og kanyler, hepatitisvaccination, heroinbehandling, stofindtagelsesrum, naloxonprogram, øget anvendelse af buprenorphin.

For KABS' vedkommende er ligeledes etableret en række administrative procedurer:

- Samarbejdsaftale med hver kommune
- Årlig takstberegning og udarbejdelse af takstkatalog
- Løbende visitationsproces vedrørende alle borgere hvor kommunen træffer afgørelse på baggrund af beskrivelse og forslag til behandlingsplan fra KABS
- Årlig indberetning til Tilbudsportalen
- Månedlig indberetning til Stofmisbrugsdatabase m.v.
- Årlige nøgletalsrapporter og prognoser til hver kommune
- Forberedelse og opfølgning på tilsyn fra Socialstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Fra et "vildt problem" i 1960'erne er området tæt styret i dag. Stofmisbrugsområdet er en lille del af det samlede socialområde, og mange initiativer er ikke særegne for stofmisbrugsområdet. Det er til gengæld initiativer vedrørende skadesreduktion (forstået som en selvstændig søjle) – og her er man faktisk nået langt. Og med langtidsvirkende substitutionsmedicin kan man forestille sig yderligere forbedringer for personer i substitutionsbehandling (se f.eks. Fynbo et al., 2021).

Fra 2019 eksternaliseres stofmisbrugsproblemet fra brugerne: De er ikke problemet – men har et problem. Samtidig er antallet af unge, som henvender sig til behandlingssystemet med et hashmisbrug steget markant. Mens det måske for den almene befolkning kan være vanskeligt at sætte sig ind i behandlingsbehov for en person med et opiatmis-



brug, så er sagen anderledes for personer med et hashmisbrug. Her kan man forestille sig naboens søn – og man forstår forældrenes problemer. Problemstillingen er på sin vis blevet mere almengjort og samtidig eksternaliseret for den enkelte – noget der kan behandles. Mange af de styringstiltag, som er taget gennem årene, kan sammenfattes under betegnelsen New Public Management.

New Public Management er en fællesbetegnelse for en række statslige tiltag som startede i de tidlige 1980'ere. Bevægelsen er bredt favnende, men der er nogle hovedstrømninger: Nedbrydning af centraliserede hierarkier, konkurrenceudsættelse og indførelse af økonomiske incitamenter (Grønnegård Christensen, 2020).

Nedbrydningen af de centraliserede hierarkier genfindes i mål- og rammestyret, som KABS var underlagt før kommunalreformen. Samtidig er statens krav til kommuner og behandlingstilbud gradvist øget: Indførelse af behandlingsgaranti, krav til kommunerne om formulering af kvalitetsstandarder og indberetning til centrale datasystemer. Efter kommunalreformen er skruerne strammet, og der er tilføjet løbende kvalitetseftersyn fra Socialtilsynet og Styrelsen for Patientsikkerhed og nationale retningslinjer for social- og lægelig behandling. Decentraliseringen er således suppleret med nye tiltag, som skal sikre kvaliteten af behandlingen.

Konkurrenceudsættelsen sker typisk gennem privatisering af offentlig virksomhed, udlicitering til private virksomheder og etablering af frit-valgs-ordninger,

hvor borgerne kan vælge mellem forskellige offentlige eller private tilbud. Fælles for modellerne er, at det offentlige finansierer opgaveløsningen i samme omfang som tidligere. KABS er ikke en privat organisation, men konkurrence forekommer dels fra kommunerne, som kan vælge at lade andre leverandører forestå behandlingen og dels fra borgerne, som kan vælge andre behandlingstilbud. Dette forhold gør, at der konstant er fokus på normeringer og belægning, og løbende overvejelser om op- og nedjustering på personalesiden. KABS er dermed en organisation, som i allerhøjeste grad er omfattet af hovedstrømningerne i New Public Management.

New Public Management har i mange år været kritiseret for bl.a. at være inkonsistent i balancen mellem decentralisering og kontrol. I en KABS-sammenhæng kan man sige, at med samarbejdsaftalerne, den kommunale visitation og takstbeskrivelserne har den enkelte behandler et noget andet fokus på ressourceforbruget til den enkelte borger end før kommunalreformen, da 80% af tiden gik til 20% af borgerne. Behandlingsomfanget for den enkelte borger er blevet et forhandlingstema mellem KABS-behandler og kommunal sagsbehandler. Styringsteknologierne er med til at forme det, som skal styres (Strøier, 2011) og i dette krydspres, er det til stadighed en opgave for behandlerne at holde den faglige fane højt, men samtidig forstå og efterleve styringskonceptet.

Som nævnt er der med decentraliseringen af behandlingsansvaret til kommunerne fulgt tiltag, som skal sikre behandlingskvaliteten. I det følgende afsnit diskuteres monitoreringen af kvaliteten.



6. Monitorering af kvalitet

Monitorering af kvaliteten af stofmisbrugsbehandlingen er ikke en nem sag. Det gør det ikke nemmere, at to faglige traditioner er involveret: Sundhedsfaglige med krav om evidens og socialfaglige med fokus på kvaliteten af relationen mellem bruger og behandler.

Man har indenfor sundhedsvæsnet haft tradition for at anvende indikatorer til kvalitetsmåling. Indikatorerne kan inddeles i procesindikatorer (gør vi det, som vi skal), strukturindikatorer (har vi de ressourcer og kompetencer til rådighed, som er nødvendige) og resultatindikatorer (ender behandlingen med de mål, som vi har sat os).

Gennem forskellige metodeprogrammer er udviklet en form for procesindikator. Gør man som der står i programmet, så må man formode, at der nås de resultater, som metodeprogrammet har vist. Tilsvarende bygger tilsyn fra Socialtilsynet og Styrelsen for Patientsikkerhed i høj grad på samme logik. KABS har i mange år anvendt antallet af rettidige betalingstilsagn fra kommunerne på de enkelte forløb, som indikator for om processerne er systematiske, og der anvendes mange kræfter på at kvalificere anvendelsen af diverse metoder.

Der er gennem årene gjort flere forsøg på at identificere resultatindikatorer, som kan udtrykke det faktiske resultat. Men det er vanskeligt – og i KABS har man da heller ikke fundet de vises sten på dette felt.

Fra centralt hold har man gennem årene forsøgt sig med nogle resultatindikatorer (se Regeringen, 2013):

- Udskrivningsstatus (ophørt misbrug, reduceret misbrug, stabiliseret misbrug)
- Narkotikarelaterede dødsfald

6.1 Udskrivningsstatus

En borgers behandlingsforløb skal registreres med svar på godt 100 spørgsmål med mange svarmuligheder. Blandt disse er "Behandlingsformål", hvor det skal angives om hensigten med behandlingen er at bringe misbruget til "Ophør" (herunder også substitutionsbehandling), "Reducere misbruget" (omfatter ikke reduktion af substitutionsmedicin), "Tilbagefaldsforebyggelse" (f.eks. efter døgnbehandling) og "Stabilisering" (undgå negativ udvikling af aktuelt misbrug). Ved behandlingens afslutning skal "Status på stofmisbrug ved afsluttet behandling" angives. Det skal her oplyses, "om borgeren har opnået det tilsigtede behandlingsmål" ("ophør", "reduktion" eller "stabilisering") eller om der er tale om "Tilbagefald" eller "Ikke færdigbehandlet" (Danmarks Statistik, Fællesindhold – Stofmisbrugsdatabasen).

Registreringerne ligger fint i forlængelse af 2020-målet (Regeringen, 2013) om, at 50% af brugerne skal være stoffri eller have reduceret misbruget. Det første problem er imidlertid, at der i den praktiske verden kan ske det, at en borger ikke dukker op til en afsluttende samtale, og behandleren må efter bedste evne træffe beslutning om

udskrivningsstatus. KABS har i sine samarbejdsaf-taler med kommunerne krav om udskrivning, hvis en borger ikke fremmøder inden syv dage fra en aflyst aftale. Der er nok ikke mange behandlingstilbud, som har samme rutiner, så man kan formode, at KABS udskriver relativt mange brugere i forhold til andre tilbud. Det andet problem er, at der er stor forskel på, om vi taler om brugere i substitutionsbehandling eller andre brugere – sandsynligheden for at en bruger i substitutionsbehandling udskrives som stoffri er mindre end for en person med et hashmisbrug. Det tredje problem er, at ingen ved, hvor data bliver af. Efter mange tovtrækkerier er alle registre endt hos Danmarks Statistik, men det er ikke muligt at trække andet end helt generiske data. Det plejer at resultere i dårlig datakvalitet, hvis de som indberetter data, ikke kan se meningen med registreringerne. Og det kan man jo frygte også sker her.

I forbindelse med udmøntningen af målet om, at halvdelen af brugerne skulle udskrives som stoffri eller have reduceret misbruget, blev kravene til kommunernes kvalitetsstandard ændret⁴¹. Kommunerne skulle senest den 8. september 2014 også beskrive monitoreringen af indsatsen på stofmisbrugsområdet, herunder opstille måltal for "andelen af stofmisbrugere, der efter afsluttet behandling er stoffri samt andelen af stofmisbrugere, der efter afsluttet behandling har reduceret deres stofmisbrug" (Bekendtgørelse nr. 430 af 30.4.2014 § 2, stk.3, a) og for "andelen af stofmisbrugere i behandling, der efter afsluttet behandling vender tilbage til stofmisbrugsbehandling inden for 12 måneder" (Bekendtgørelse nr. 430 af 30.4.2014 § 2, stk.3, b). Hvad meningen med det sidste måltal skulle være er ukendt, men det er formentlig et forsøg på at overføre genindlæggelses-mål fra sygehussektoren til stofmisbrugsområdet. På sygehusområdet skyldes genindlæggelser ofte infektioner i operationssår, mens tilbagevenden til stofmisbrugsbehandling skyldes ønske om at ændre adfærd. Og det er ikke usædvanligt at skulle gennem flere stofmisbrugsbehandlingsforløb, så det er kun godt, at en person igen henvender sig, hvis stoftrangen melder sig. Så meningen med dette mål er uklart.

Et hurtigt, aktuelt blik på en række kommunale kvalitetsstandarder afslører, at der er stor variation i beskrivelserne, og få har opstillet konkrete måltal.

I 2016 justerede den nye regering målene (Regeringen, 2016). Her bliver målet nu formuleret således: "Flere af de personer, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, skal være stoffri eller have et reduceret eller stabiliseret stofmisbrug. Der skal være færre narkotikarelaterede dødsfald." (Regeringen, 2016, s. 29). Der er således ingen faste mål, men det nævnes, at 28% af brugerne, som blev udskrevet i 2013, var stoffri, 6% havde reduceret forbruget og 6% havde stabiliseret forbruget.

I SFI-rapporten fra 2016 (Amilon et al., 2016) fremgår, at 41% af de afsluttede forløb 2008-2013 var endt med ophørt, reduceret eller stabiliseret – stigende fra 40% i 2008 til 43% i 2013. Højst for personer med et cannabismisbrug og lavest for personer med et opiatmisbrug.

KABS har troligt gennem årene oplyst de enkelte kommuner om, hvorledes resultatet var for kommunens borgere på de to måltal. For 2019 kunne det konstateres, at 43,6% af de afsluttede forløb i KABS er registreret som enten ophørte eller med reduceret stofmisbrug. Der er imidlertid markante forskelle stofgrupperne i mellem. For hash-brugerne udskrives 46,3% med status "Ophørt" eller "Reduceret". For stimulantbrugere gælder det for 25,8% af brugerne, og for opioid-brugerne er det 15,6%, der udskrives med status "Ophørt" eller "Reduceret".

Af den samlede gruppe, som blev indskrevet i 2019, var 20% udskrevet indenfor de seneste 12 måneder. Men som beskrevet ovenfor er måltallet ikke relevant.

KABS kan trække tallene fra eget klientregistreringssystem efter en del talbehandling. Hvorvidt andre kommuner trækker tilsvarende tal er uvist, men tvivlsomt.

Samlet set må man, for så vidt angår 2020-målene vedrørende behandlingsresultater sige, at der er sat et stort apparat op i form af kvalitetsstandarder,

men at der udestår en del for at gøre målene operationelle og anvendelige. Bl.a. giver det ikke mening at fastsætte generelle tal, uafhængig af hovedstof. Men det er prisværdigt, at der er gjort et forsøg på at udvikle resultatindikatorer – der skal blot ske tilpasning og opfølgning. Og data er allerede indsamlet. Det er ad den vej man bl.a. kan vurdere, om der skulle være en sammenhæng mellem behandlingskvalitet og myndighedsstørrelser, som Strukturkommissionen ledte efter.

6.2 Narkotikarelaterede dødsfald

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald har altid været bekymrende og været en del af baggrunden for organisatoriske ændringer. Det var tilfældet i 1996 da amterne overtog ansvaret for stofmisbrugsområdet (der blev registreret 268 dødsfald i 1996). I *Kampen mod Narko II* fra 2010 (Regeringen, 2010) bemærkes det, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald er steget til 276 i 2009. I *Alle skal med* fra 2013 (Regeringen, 2013) blev sat konkrete mål på området: I 2020 skulle antallet af narkotikarelaterede dødsfald højst være 200. I maj 2016 opblødes kravene (Regeringen, 2016), således der skal være færre narkotikarelaterede dødsfald (i 2014 var tallet 263). Sundhedsstyrelsen konstaterer i 2021, at der var 256 narkotikarelaterede dødsfald i 2020, og at dette er et relativt stabilt niveau sammenlignet med tidligere år.

I de første år efter 2011 (som 2020-målene tog udgangspunkt i) skete et markant fald (til godt 200), men derefter er tallet stabiliseret på godt 250 dødsfald pr. år. Der er således flere stofmisbrugsrelaterede dødsfald, end der er dræbte i trafikken⁴². På EU-plan skønnes dødeligheden som følge af overdosis at være på 22,3 pr. mio. indbyggere i alderen 15-64 år (Det Europæiske Overvågningscenter, 2020). Ud af de 256 narkotikarelaterede dødsfald i Danmark i 2020 skyldtes de 189 forgiftninger med ét eller flere stoffer (Sundhedsstyrelsen, 2021). Antallet af forgiftninger udgør i Danmark således 50 pr. mio. indbyggere i alderen 15-64 år. Eller mere end dobbelt så mange som i EU som helhed.

Uanset at man i perioden har gennemført mange skadesreducerende tiltag, så synes det ganske vanskeligt at få bugt med det store antal narkotikarelaterede dødsfald.



⁴¹ Bekendtgørelse nr. 430 af 30.4.2014: Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

⁴² Bekendtgørelse nr. 430 af 30.4.2014: Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service.

7. Personer med psykisk sygdom og stofmisbrug

Det største problem i dansk stofmisbrugsbehandling er behandlingen af personer med psykisk sygdom og stofmisbrug.

I *Det Fælles ansvar*, (Regeringen, 2002), skønnes det, at ca. 1000 personer har en sindslidelse og et samtidigt misbrug af alkohol og/eller narkotika. I *Kampen mod Narko II*, (Regeringen, 2010), skønnes gruppen med en alvorlig psykisk lidelse og/eller svært behandleligt misbrug og adfærdsmæssige problemer at omfatte 1.000-1.500 personer.

I en artikel fra SUS (Hagensen et al., 2010) antages antallet af personer med dobbeltdiagnose at udgøre mindst 22.000 (inkl. personer med et alkoholmisbrug).

Regeringens psykiatriudvalg (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013) estimerer, at 28% af borgere med (svær) sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for den psykiatriske lidelse, og at 33% ikke modtager misbrugsbehandling. Om end det konstateres, at de eksisterende koordinationsredskaber (udskrivnings- og koordinationsplaner og sociale handleplaner) ikke anvendes konsekvent, så foreslår udvalget nye koordinerende redskaber (koordineret indsatsplan, koordinerende kontaktperson, faglige anbefalinger og integration i ny national koordinationsstruktur).

I *KL's 12 anbefalinger til en styrket misbrugsbehandling* (KL, 2012) antages det, at helt op til 75% af personerne med et stofmisbrug har en psykisk lidelse. Ud af anslåede 33.000 personer med stofmisbrug,

skulle knap 25.000 således have en psykisk lidelse. Blandt anbefalingerne fremgår, at behandlingsstederne skal screene for psykiatriske lidelser (og KL har udarbejdet et screeningsværktøj), og regionerne skal påtage sig sit ansvar for den psykiatriske behandling.

Danske Regioner foreslog i 2012 (Danske Regioner, 2012), at regionerne skulle overtage både det forsyningsmæssige og økonomiske ansvar for misbrugsbehandlingen. Ræsonnementet var, at misbrug er en psykisk sygdom og bør behandles i det specialiserede sundhedsvæsen. Samtidig skønnes 30-40% af borgere i behandling af have både en alvorlig psykisk lidelse og et misbrugsproblem. Behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet skulle være "specialiseret, evidensbaseret og standardiseret". I 2018 udgav Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri og Danske Regioner i fællesskab et nogenlunde tilsvarende udspil på området (Mental Sundhed, 2018). Det antages nu, at mindst 26.500 borgere lider af både psykisk sygdom og misbrug.

I 2014 udgav Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i fællesskab retningslinjer for, hvordan kommuner og regioner kunne tilrettelægge en koordineret og mere individuel indsats (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2014). Tanken var, at implementeringen fastlægges i de lokale sundhedsaftaler.

I 2017 foreslog den daværende regering, at behandlingen af psykisk syge stofafhængige skulle samles i regionerne (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017).

I 2018 udgav Sundhedsstyrelsen et fagligt oplæg (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvor problemstillingen behandles særdeles sporadisk. Det anbefales dog, at der udarbejdes kvalitetskrav for sundhedsfaglige indsatser i kommunerne til mennesker med psykiske lidelser, og at den socialfaglige og sundhedsfaglige indsats samtænkes.

KABS har igennem en længere årrække faktisk praktiseret integreret social- og sundhedsfaglig behandling til psykisk syge stofbrugere. Dels i KASA og dels i Stjernevang. I praksis har KABS påtaget sig en stor del af regionernes opgave. Erfaringerne er beskrevet i et fagligt notat (KABS, 2018). Anbefalingen er, at behandlingen af personer med et misbrug, herunder også psykisk syge med et misbrug, skal samles under én fælles myndighed.

VIVE udgav i 2018 en rapport (Benjaminsen et al., 2018) om socialt udsatte borgeres brug af velfærdsydelser. På baggrund af datamateriale herfra udarbejdede VIVE i 2020 en rapport, finansieret af KABS VIDEN, som særligt fokuserede på borgere med stof- eller alkoholmisbrug (Benjaminsen et al., 2020). Det fremgår her, at ca. 23.000 personer med stofmisbrug er registreret med en psykisk lidelse over en 5-årig periode (2010-2014). Inkluderes også alkoholmisbrug, omfatter gruppen med dobbeltdiagnose ca. 40.000 personer ud af 99.000 med misbrug.

I et samlet udspil fra 44 organisationer og foreninger, herunder KL og Danske Regioner, pointeres i *PsykiatriLøftet* (PsykiatriLøftet, 2020), at indsatsen

for dobbeltdiagnosticerede skal omfatte et tæt koordineret samarbejde mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af indsatsen. Der er imidlertid brug for mere forskning og kompetenceudvikling.

I de sidste tyve år er problemets omfang vokset – fra anslået 1.000 i 2002 til 23.000 i 2014 – men problemet er uløst. Der er gjort mange overvejelser og anstrengelser for at finde en løsning, men grundlæggende er systemet ikke indrettet til behandling af denne gruppe. De store aktører synes at råbe fra hvert sit hjørne, og kompromisset bliver fremlagt som koordinerede indsatsplaner.

Når man indenfor stofmisbrugsbehandlingen har to faglige traditioner med forskellige opfattelser af de videnskabelige krav, som må stilles til indsatsen, så er det helt afgørende, at der på trods af forskellene, er respekt for hinandens arbejde og forståelse for, hvordan man i det daglige kan støtte hinanden⁴³. KABS har gennem mange år vist, at den integrerede behandling (behandling under samme tag) af psykisk syge misbrugere bør være fundamentet for en vellykket behandlingsindsats for denne gruppe. Og KABS har siden kommunalreformen vist, at det kan lade sig gøre at koordinere behandlingsarbejdet med forskellige kommuners øvrige sociale indsatser for den enkelte borger.

⁴³ Der er givet en god beskrivelse af problemstillingen i KORA's evaluering af et tværsektorielt samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup (Buch et al., 2015).

Litteratur

Aftale om strukturreform (juni 2004).

Alkohol- og Narkotikarådets behandlingsudvalg:
At møde mennesket hvor det er (1984).

Amilon, Anna, Jesper Fels Birkelund, Gunvor Christensen, Anders Gade Jeppesen og Kristoffer Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*, SFI (2016).

Axelsson, Rasmus, Kathrine Bro Ludvigsen og Adam Winstock: *Erfaringer fra verdens største årlige brugerundersøgelse*. I: Årsmagasinet 2017, KABS, s. 32-35 (2017).

Bay, Astrid: *Hov hov! Det nødvendige – om konstruktionen af kvalitet i den markedsjorte stofbehandling*, Europæisk Master i Narkotika- og Alkohol Indsatser (august 2012).

Benjaminsen, Lars og Morten Holm Enemark: *Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug*, VIVE (2020).

Benjaminsen, Lars, Ditte Andersen og Maren Sørensen: *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*, SFI (august 2009).

Benjaminsen, Lars, Jesper Fels Birkelund, Morten Holm Enemark og Stefan Bastholm Anrade: *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet*, VIVE (2018).

Bilde, Lone, Christophe Kolodziejczyk og Marie Kruse: *Samfundsøkonomisk evaluering af lægeordineret heroin i Danmark* (2016).

Buch, Martin Sandberg, Pernille Thygesen, Katrine Schepelern Johansen: *Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*, KORA (marts 2015).

Bundesen, Birgit: *Læse- og skriveterapi gavner borgere i misbrugs- og psykiatrisk behandling*. Årsmagasinet 2018, KABS, s. 40-45 (2018).

Danmarks Statistik: *Fællesindhold – Stofmisbrugsdata-basen*

Danske Regioner: *To diagnoser – et menneske* (2012).

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug: *Europæisk narkotikarapport, Centrale emner* (2020).

Ege, Peter: *Stofproblemer og hvordan man løser dem*, Hans Reitzels Forlag (2018).

Forsberg-Madsen, Helene: *Stofmisbrug og behandling. En genealogisk undersøgelse af stofmisbrug og behandling i Danmark, speciale i socialt arbejde* (november 2014).

Fynbo, Lars, Alexandrina Schmidt og Vivian Poulsen: *Hverdagsliv og sociale erfaringer med behandling for opioidafhængighed*, VIVE (2021).

Grønnegård Christensen, Jørgen: *New Public Management*, Den store Danske (2020).

Hagensen, Pauline, Jesper Henriksen og Ivan Christensen: *Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt behandling*, Socialt Udviklingscenter SUS (2010).

Indenrigs- og sundhedsministeriet: *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere* (februar 2002).

Johansen, Katrine Schepelern: *Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling*, KABS (maj 2013).

KABS: *Behandlingen af misbrugere skal samlet ét sted!* (2018).

KL: *En styrket misbrugsbehandling* (2012).

Lisberg Management Consulting: *Undersøgelse af organiseringen på narkoområdet i Københavns Amt* (maj 2000).

Ludvigsen, Kathrine Bro & Nina Brünés (red.): *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb. KABS VIDEN (2013).

Mental sundhed – et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug (2018).

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse: *Evaluering af ordningen med stofindtagelsesrum* (20. maj 2015).

Pedersen, Mads Uffe: *Heroin-afhængige i metadonbehandling*, Aarhus Universitet (2005).

Pedersen, Mads Uffe: *Stofbehandling i Danmark gennem 25 år*, i Center for Rusmiddelforskning 25-års jubilæumsskrift (2019).

Regeringen: *10 mål for social stabilitet – fordi alle kan* (maj 2016).

Regeringen: *Alle skal med – Målsætninger for de mest udsatte frem mod 2020* (september 2013).

Regeringen: *Det fælles ansvar – Regeringens handlingsprogram for de svageste grupper* (2002).

Regeringen: *Kampen mod narko – Handlingsplan mod narkotikamisbrug* (oktober 2003).

Regeringen: *Kampen mod narko II, Handlingsplan mod narkotikamisbrug* (oktober 2010).

Regeringens udvalg om psykiatri: *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (oktober 2013).

Rigsrevisionen: *Beretning til Statsrevisorerne om styring af behandlingsindsatsen mod stofmisbrug* (januar 2012).

Rigsrevisionen: *Notat til Statsrevisorerne om beretning om styring af behandlingsindsatsen mod stofmisbrug* (september 2014).

Socialstyrelsen: *Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling* (juli 2013).

Socialstyrelsen: *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling* (september 2020).

Storgaard, Lau Laursen: *Konstruktionen af dansk narkotikakontrolpolitik siden 1965*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag (2000).

Strukturkommissionens betænkning, Bilag Sektorkapitler (januar 2004).

Strukturkommissionens betænkning (januar 2004).

Strøier, Vibe: *Konsulentens grønspættebog*, Dansk Psykologisk Forlag (2011).

Sundheds- og Ældreministeriet: *Sundhed hvor du er* (december 2017).

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen: *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner* (2014).

Sundhedsstyrelsen: *Narkotikasituationen i Danmark* (2007).

Sundhedsstyrelsen: *Skøn over antallet af stofbrugere med et højrisikoforbrug. Narkotikasituationen i Danmark, delrapport 2* (2019).

Sundhedsstyrelsen: *Stofmisbrugsbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed. Narkotikasituationen i Danmark, delrapport 3* (2020).

Sundhedsstyrelsen: *Narkotikarelaterede dødsfald – opgørelse og analyse af data for 2020* (2021).

Sundhedsstyrelsen: *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling* (2018).

Økonomi- og Indenrigsministeriet, Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen: *Evaluering af kommunalreformen* (marts 2013).

