

Lægelig behandling af stofmisbrugere i kommunerne

Lise Skov-Ettrup
Anders Blædel Gottlieb Hansen
Janne Schurmann Tolstrup
Ulrik Becker

Udarbejdet for KABSVIDEN

Lægelig behandling af stofmisbrugere i kommunerne

Lise Skov-Etrup, Anders Blædel Gottlieb Hansen, Janne Tolstrup, Ulrik Becker

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2013

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremgå, at rapporten er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har udarbejdet rapporten for KABS VIDEN.

Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

ISBN: 978-87-7899-240-6

ISBN: 978-87-7899-235-2 Elektronisk

Rapporten kan downloades på www.si-folkesundhed.dk og www.kabs.dk

Indhold

Sammenfatning.....	3
1. Baggrund	6
1.1. Stofmisbrugsbehandlingsområdet – den lægelige del.....	6
1.2. Ønske om overblik over området	7
1.3. Omfanget af stofmisbrug i Danmark	7
1.4. Sundhedsfaglige aspekter.....	8
1.5. Lovgivning	10
2. Metode.....	12
3. Resultater.....	14
3.1. Kommunernes besvarelser	14
3.1.1. Kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet	14
3.1.2. Økonomi i kommunerne.....	15
3.2. Besvarelser fra stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner.....	16
3.2.1. Personale på stofmisbrugsinstitutionerne.....	17
3.2.2. Patientsammensætning på stofmisbrugsinstitutionerne.....	18
3.2.3. Udredning og visitation af stofmisbrugere	19
3.2.4. Behandling og medicinering på stofmisbrugsinstitutionerne.....	22
3.2.5. Forebyggende og skadesreducerende indsatser	32
3.2.6. Samarbejde omkring behandling og koordination med andre indsatser.....	32
4. Diskussion	34
Bilag 1: Spørgeskema til kommunerne.....	39
Bilag 2: Spørgeskema til stofmisbrugsbehandlingsinstitutionerne.....	41
Referencer.....	53

Sammenfatning

Behandling af stofmisbrug sker i dag på tværs af sektorer og faggrænser. Efter kommunalreformen i 2007 overgik ansvaret for stofmisbrugsbehandling fra amterne til kommunerne. Med udgivelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2008 "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling", blev det fastslået, at stofmisbrugere skal sikres en ensartet og acceptabel kvalitet i de lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandling af opioidafhængige.

Der eksisterer i Danmark ingen samlet viden om den lægelige del af behandlingen af stofmisbrugere. På den baggrund har KABS VIDEN rekvireret Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet til at foretage en afdækning af den kommunale lægelige stofmisbrugsbehandling.

I januar 2013 blev der sendt spørgeskemaer til alle landets kommuner samt alle stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, der var registreret i Tilbudsportalen, og som tilbyder ydelser under servicelovens § 101. I alt 91 ud af 98 kommuner besvarede spørgeskemaet helt eller delvist. Blandt institutionerne besvarede 114 ud af 134 spørgeskemaet.

Resultater

Kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet

- De fleste kommuner (60 %) driver egen stofmisbrugsbehandlingsinstitution. En tredjedel køber ydelser af andre kommuner, mens færre indgår i fælleskommunale samarbejder eller køber hos private udbydere.
- 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.

Økonomi i kommunerne

- Medianen for kommunernes budget er i 2013 5,5 millioner for det samlede stofmisbrugsområde.
- Medianen for prisen pr. borger, der er i behandling for stofmisbrug, er 46.474 kr. Dette indbefatter både social og lægelig behandling. Tallet varierer betydeligt mellem kommuner (10-90 % percentilerne var 22.447 kr. og 88.509 kr.).

Personale på institutionerne

- Pædagoger og socialrådgivere er de største personalegrupper på kommunale og regionale institutioner. På private institutioner er pædagoger den største gruppe.

- De fleste stofmisbrugsinstitutioner har tilknyttet deltidsansatte læger (lægekonsulenter). Knap en fjerdedel har fuldtidsansatte læger.
- Der ses stor variation i de lægefaglige ressourcer på stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner. 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.

Udredning og visitation

- På knap halvdelen af institutionerne (49 %) deltager lægen altid i visitationen til den lægelige behandling af nye opioidafhængige patienter.
- På knap halvdelen af institutionerne (48 %) udarbejdes der altid en lægelig behandlingsplan.

Screening for psykiatrisk komorbiditet

- Et mindretal af institutionerne (37 %) screener konsekvent for psykiatrisk komorbiditet, og 18 % angiver, at de aldrig screener. Det hyppigst anvendte screeningsværktøj er ASI.
- 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.

Behandling og medicinering

- 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.
- På 61 % af institutionerne findes et lokale, der kun anvendes til lægelige undersøgelser. På 26 % af institutionerne er der ikke en håndvask i undersøgelseslokalet.
- 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 %).
- I gennemsnit behandles 69 % af patienterne i substitutionsbehandling med metadon, mens gennemsnitligt 28 % behandles med buprenorfin. For ny-indskrevne patienter er fordelingen 48 % og 52 % for henholdsvis metadon og buprenorfin.
- 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.

Forebyggende og skadesreducerende indsatser

- I alt 63 % af institutionerne angiver, at kommunen eller institutionen udleverer sprøjter, kanyler eller skyllevand til stofmisbrugere. Henholdsvis 85 % og 70 % angiver, at der udleveres kondomer og hormonel prævention. To institutioner angiver, at der udleveres overlevelsespakker med naloxon.

Samarbejde og koordination med andre indsatser

- Størstedelen af institutionerne vurderer samarbejdet med praktiserende læger, somatiske sygehuse, kriminalforsorgen samt kommunens øvrige forvaltninger som værende godt eller meget godt. Samarbejdet med psykiatrien vurderes markant dårligere. En fjerdedel af institutionerne vurderer samarbejdet med psykiatrien som værende dårligt eller meget dårligt.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at der er betydelige variationer i den lægelige behandling af patienter med stofmisbrug i landets kommuner. Undersøgelsen peger på en række områder, hvor der er kontraster til Sundhedsstyrelsens vejledning. Det drejer sig om udredning og systematisk screening for psykiatriske og somatiske følgetilstande, involvering af lægelig ekspertise i visitation af patienter og i brugen af buprenorphin som substitutionsbehandling. Den forebyggende og skadesreducerede indsats er desuden et område, hvor indsatsen kunne forbedres. Undersøgelsen peger desuden på, at samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner og regionernes psykiatri ikke fungerer optimalt.

1. Baggrund

1.1. Stofmisbrugsbehandlingsområdet – den lægelige del

Behandlingen af stofmisbrug befinder sig i et krydsfelt mellem det sociale, psykiatriske og øvrige sundhedsfaglige område. Den lægelige behandling af stofmisbrug i Danmark blev først fra midten af 1980'erne en betydelig del af stofmisbrugsbehandlingen. Det skete med introduktionen af metadonbehandling samt HIV-AIDS problematikken. I 1990'erne skete der et skift hen imod et øget fokus på farmakologisk behandling og professionalisering af den medicinske del af substitutionsbehandlingen, som gik fra at være præget af socialfaglig tænkning til at være mere lægefagligt præget. Som en del af denne udvikling blev substitutionsbehandling i 1996 lagt ind under de daværende amter (Asmussen et al., 2013). Med udgivelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2008 "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling", blev det fastslået, at stofmisbrugere skal sikres en ensartet og acceptabel kvalitet i de lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Efter kommunalreformen i 2007 overgik stofmisbrugsbehandling fra at have været et amtsligt til at være kommunernes ansvarsområde. Kommunerne er nu ansvarlige for både den lægelige og den sociale stofmisbrugsbehandling samt forebyggelsesindsatser. Kort efter kommunalreformen gennemførte Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) en undersøgelse for KABS VIDEN, der skulle kortlægge muligheder og barrierer på stofmisbrugsområdet efter reformen. Undersøgelsen pegede på, at der var store forskelle på, hvordan kommunerne har organiseret stofmisbrugsbehandlingen, og at der var store forskelle både med hensyn til kapacitet og ressourcer (Jakobsen et al., 2008).

Spørgsmålet om organiseringen af fremtidens misbrugsbehandling er højaktuel. Senest har både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, med to debatoplæg, givet deres bud på organiseringen af misbrugsbehandlingen. Danske Regioner har slået til lyd for, at misbrug bør behandles i det specialiserede sundhedsvæsen og i regionernes regi (Danske regioner, 2012). Kommunernes Landsforening (KL) har med 12 konkrete anbefalinger plæderet for bedre kvalitet i den kommunale misbrugsbehandling. Blandt andet fastslår KL, at der er brug for et forstærket fokus på den medicinske del af misbrugsbehandlingen (KL, 2012).

1.2. Ønske om overblik over området

På stofmisbrugsområdet eksisterer der en omfattende viden om den sociale stofmisbrugsbehandling (Benjaminsen et al., 2009; Thylstrup, 2013; Pedersen & Hesse, 2013). Den sociale stofmisbrugsbehandling kan defineres som indsatser der "... omfatter forskellige samtalebaserede interventioner og behandlingsmetoder, som ikke nødvendigvis involverer medicinsk behandling, men hvor tæt samarbejde med den sundhedsfaglige del af behandlingen er en forudsætning for at kunne imødekomme klienternes ofte komplekse problemstillinger." (Thylstrup, 2013). Den lægelige del af stofmisbrugsbehandling afgrænses i denne rapport til at omfatte undersøgelse, forebyggelse og behandling af somatisk og psykiatrisk komorbiditet og farmakologisk behandling af stofmisbrug, herunder både abstinens- og substitutionsbehandling for opioidafhængighed.

Der eksisterer i Danmark ingen samlet viden om den lægelige del af behandlingen af stofmisbrugere. På den baggrund har KABS VIDEN rekvireret Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet til at foretage en afdækning af den kommunale lægelige stofmisbrugsbehandling. I den sammenhæng blev der i januar 2013 sendt spørgeskemaer til alle landets kommuner og alle landets stofmisbrugsinstitutioner, der var registreret i Tilbudsportalen, og som tilbyder ydelser under servicelovens § 101.

Formålet med denne undersøgelse er derfor at kortlægge kommunernes og behandlingsinstitutionernes håndtering af den lægelige del af behandlingen af stofmisbrugere, herunder at vurdere i hvilken udstrækning indsatsen er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning på området.

1.3. Omfanget af stofmisbrug i Danmark

Antallet af stofmisbrugere i Danmark skønnes at være 33.000, og heraf skønnes cirka 11.000 udelukkende at have et hashmisbrug. Sammenlignelige skøn fra 2001, 2003 og 2005 viser, at der er tale om en stigning i det skønnede antal stofmisbrugere i Danmark i perioden. (Sundhedsstyrelsen, 2012b). Det estimeres, at der i Danmark er 13.000 aktive injektionsmisbrugere, og heraf er cirka 7.600 i substitutionsbehandling med enten metadon eller buprenorphin. I "Register over stofmisbrugere i behandling" (SIB) fremgår det, at det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2011, er cirka 16.200. I 2011 var der 285 narkorelaterede dødsfald i Danmark, hvilket i europæisk sammenhæng er et højt antal (Sundhedsstyrelsen, 2012b).

Ifølge Sundhedsstyrelsens register blev der i 2011 indskrevet 5.685 personer i behandling for stofmisbrug. For 63 % af disse var hash registreret som hovedstoffet (det mest problemvoldende stof). Opioider og centralstimulerende var hovedstof hos henholdsvis 17 % og 15 %, mens hovedstoffet hos 6 % var placeret i kategorien 'andre stoffer' (Sundhedsstyrelsen, 2012b). Andelen af heroinbrugere blandt indskrevne patienter i døgnbehandling er faldet fra 47 % i 2007 til 28 % i 2011 (Center for Rusmiddelforskning, 2012).

I Dansk Registrerings- og InformationsSystem (DanRIS) blev der i 2011 registreret 750 patienter i døgnbehandling fordelt på 40 døgninstitutioner (heraf 32 egentlige døgninstitutioner, fem halvvejshuse, én ren afgiftningsinstitution, og to som ikke har leveret data) (Center for Rusmiddelforskning, 2012). To af de 32

døgnbehandlinger er offentligt ejet. Af de 750 indskrevne patienter blev 44 % indskrevet i tre institutioner, mens ti institutioner indskrev ti eller færre patienter. Andelen af kvinder var 22 %, og gennemsnitsalderen 32 år. I alt 56 % gennemførte behandlingen (DanRIS, 2013).

For ambulat behandling var der i DanRIS registreret 3.705 patienter. Af disse var 23 % kvinder, og gennemsnitsalderen var 29 år. Dagbehandling udgjorde 10 % af ydelserne. En tredjedel brugte opioider, en tredjedel centralstimulerende stoffer og cirka en tredjedel cannabis. Henholdsvis 14 % af opioidgruppen, 27 % af centralstimulantigruppen og 25 % af cannabisgruppen blev udskrevet som færdigbehandlede. Langt den største gruppe af de udskrevne udgjordes af de, der udeblev fra behandling – henholdsvis 33 %, 46 % og 41 % (DanRIS, 2013)

1.4. Sundhedsfaglige aspekter

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af stofmisbruget, behandling af fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget samt substitutionsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012b; Sundhedsstyrelsen, 2012c).

Kortlægning

Ved indskrivning i behandling for opioidafhængighed bør lægen foretage en kortlægning af de problemstillinger, som knytter sig til et stofmisbrug for at kunne vurdere og tilrettelægge den korrekte og individuelt tilpassede behandling. I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af opioidmisbrug er formålet med denne kortlægning at:

- Identificere og behandle eventuelle akutte behandlingskrævende problemstillinger
- Kortlægge misbrugsproblemet og dets omfang, det vil sige misbrugsanamnese og objektiv undersøgelse
- Identificere misbrugsrelaterede somatiske, psykiske og sociale komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd
- Udarbejde en behandlingsplan, der indbefatter:
 - Indikation for substitutionsbehandling
 - Behov for vurdering ved somatisk eller psykiatrisk specialist
 - Behov for sociale behandlingsindsatser
 - Sikre tilbud om hepatitis- og HIV-screening og efterfølgende rådgivning

Somatisk komorbiditet

En lang række sygdomme er særligt hyppigt forekommende hos stofmisbrugere (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012c):

- Hepatitis A, B og C, herunder kronisk leversygdom

- HIV-infektion
- HPV-infektion
- Trombophlebitis og posttrombotisk syndrom
- Infektioner i forbindelse med injektionsstedet (flegmone, absces, erysipelas)
- Systemiske bakterielle infektioner med bakteriæmi/sepsis, endokarditis eller abscesser
- Kronisk obstruktiv lungesygdom
- Traumer

Psykiatrisk komorbiditet

Mange stofmisbrugere har psykiatrisk komorbiditet. Sundhedsstyrelsen angiver, at der hos 60-70 % af stofmisbrugere i behandling findes en psykisk lidelse. Skizofreni forekommer hos cirka 10 %. Set over livsforløbet er prævalensen af psykiske sygdomme 90 % hos stofmisbrugere, og 10-15 % begår selvmord. Den høje prævalens afspejler både psykisk syge, som har et stofmisbrug, og psykisk sygdom, der er udviklet som en konsekvens af stofmisbruget. Det er ofte svært at skelne mellem den primære og sekundære komorbiditet (Sundhedsstyrelsen, 2008). Sammenfattende er følgende psykiske tilstande væsentlige at tage i betragtning hos stofmisbrugere:

- Selvmordstruende adfærd
- Psykose
- Personlighedsforstyrrelse
- Depression
- Angst
- ADHD
- Skizofreni

Der er individuelle forskelle i de psykiske symptomer og lidelser, der udvikles i forbindelse med de forskellige misbrug af forskellige stoffer. De lettere psykiske lidelser kan ofte varetages i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer, men hvis den psykiatriske problematik er sværere, må behandlingen foregå i samarbejde med eller i det regionale psykiatriske system (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012c).

Medicinsk behandling

Af Sundhedsstyrelsens vejledning fremgår det, at det er en lægelig opgave at tage stilling til behovet for medicinsk behandling af opioidafhængighed. En kommune kan derfor ikke uden en lægefaglig vurdering foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for abstinens- eller substitutionsbehandling. Iværksættelse af substitutionsbehandling sker på lægelig ordination efter en aktuel vurdering (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Substitutionsbehandling foretages enten med præparatet buprenorfin eller metadon. Buprenorfin bør være førstevalgspræparat til patienter, der ikke tidligere har været i substitutionsbehandling. Dette princip har til formål at reducere antallet af forgiftningstilfælde, mindske det illegale salg og mindske behov for kontrol (Sundhedsstyrelsen, 2008). Sundhedsstyrelsen har i et notat udsendt til kommunerne i februar 2013 peget på, at der er en uacceptabel variation i anvendelsen af buprenorfin i danske kommuner (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Fra 2009 har behandling med lægeordineret heroin været en mulighed for opioidafhængige stofmisbrugere i fem særligt udvalgte klinikker i henholdsvis København, Hvidovre, Odense, Århus og Esbjerg (Sundhedsstyrelsen, 2012a).

I diagnostik og behandling kan også indgå administration og vurdering af urinanalyser. Det er en lægelig opgave at ordinere urinanalyser, ligesom det er en lægelig opgave at vurdere udfaldet af urinanalyser i forhold til oplysninger om indtag af rusmidler, medikamenter, øvrige behandling og analysemetode (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012c).

1.5. Lovgivning

Ifølge sundhedslovens § 142, stk. 1 skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til personer med opioidmisbrug (substitutionsbehandling). Efter servicelovens § 101, stk. 1 og 2 er kommunalbestyrelsen forpligtet til inden for 14 dage at tilbyde social behandling for stofmisbrug.

Personer, der er visiteret til social behandling, har ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private behandlingstilbud, ligesom de er omfattet af en behandlingsgaranti. De samme vilkår er ikke gældende for lægelig behandling af stofmisbrug. Her kan relevante behandlingstilbud tilvejebringes, ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private døgnbehandlingstilbud. Kommunen kan ligeledes delegere kommunens samlede stofmisbrugsbehandling inklusiv den lægefaglige behandling til anden kommune, region eller en privat institution (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012b).

Kommunalbestyrelsen skal også sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den sociale indsats, ved at udarbejde en lægelig behandlingsplan som indgår som en del af den sociale handleplan i henhold til servicelovens § 141. Behandlingen tager udgangspunkt i en udredning, som er baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i enten dag-, ambulant- eller døgnbehandling.

Læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt i lægestillinger ved private institutioner og ved kriminalforsorgen kan ordinere opioider som led i substitutionsbehandling i henhold til § 41 i autorisationsloven. Ifølge § 19 i autorisationsloven skal læger i kommunen, der er ansvarlige for substitutionsbehandling afgive

månedlige indberetninger herom til Sundhedsstyrelsens register, som er en del af Stofdatabasen. Når patienters behandling er delegeret til andre læger, ligger indberetningspligten hos den læge, der er ansvarlig for delegationen.

2. Metode

Spørgeskemaundersøgelsen bestod af to dele – en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner, og en spørgeskemaundersøgelse hos alle kommunale, regionale og private stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner der tilbyder ydelser under servicelovens § 101 i Danmark. Begge spørgeskemaer blev udarbejdet i samarbejde med projektets styregruppe, der bestod af Forskningsleder Janne Tolstrup, Professor Ulrik Becker og forsker Anders Blædel Gottlieb Hansen fra Statens Institut for Folkesundhed samt KABS' centerledelse. Desuden indgik socialoverlæge Helle Petersen, overlæge Inge Birkemose samt områdechef Anette Søgaard Nielsen. Der blev gennemført en pilottest af begge spørgeskemaer hos en større kommunalt drevet stofmisbrugsbehandlingsinstitution forud for dataindsamlingen.

Dataindsamling – kommunerne

Spørgeskemaet til kommunerne (bilag 1) bestod af otte spørgsmål, der blandt andet omhandlede kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet, budget og antal borgere i behandling.

Efter en rundringning til landets 98 kommuner blev den administrativt ansvarlige person på området identificeret i hver kommune. Denne person modtog efterfølgende en invitationsmail med et link til et web-baseret spørgeskema (SurveyXact). Der blev endvidere oplyst om muligheden for at få tilsendt et papirspørgeskema. I invitationsmailen blev det anført, at formålet med undersøgelsen var at tilvejebringe et overblik over organisationen af den lægelige behandling af stofmisbrug i Danmark.

For de kommuner, der driver egen misbrugsbehandlingsinstitution, var modtageren af undersøgelsens to spørgeskemaer i nogle tilfælde den samme person. Der blev derfor gjort opmærksom på dette i invitationsmailen. Invitationsmailen indeholdt endvidere information om, at alle data ville være anonymiserede ved publikation af undersøgelsens resultater.

Efter svarfristens udløb blev der udsendt 40 rykkermails. Herefter fulgte en telefonisk rykkerprocedure, hvor den ansvarlige person i hver kommune blev kontaktet og opfordret til at svare. Vi orienterede om muligheden for at svare både online og på papir. Endvidere blev der sendt personlige rykkermails, når det ikke lykkedes at træffe den ansvarlige person på telefonen.

Dataindsamling – stofmisbrugsbehandlingsinstitutionerne

Den andel del af undersøgelsen bestod af et spørgeskema til alle misbrugsbehandlingsinstitutioner (bilag 2), der tilbyder ydelser under servicelovens § 101. Disse blev fundet via Tilbudsportalen. Der var tale om 138 både kommunale, regionale og private tilbud. I alt 95 leverandører var registreret som kommunale tilbud, 26 som fonde/selvejende institutioner, syv som anpartsselskaber, ni som enkeltmandsvirksomheder og et enkelt som regionalt tilbud. E-mail-adresser og telefonnumre blev fundet via Tilbudsportalen. Invitationsmailen indeholdt et link til et web-baseret spørgeskema, samt et link til en pdf-version af spørgeskemaet. Institutionerne kunne således vælge at printe spørgeskemaet, udfylde og returnere det via e-mail eller pr. post, ligesom de også kunne

bede om at få tilsendt et papirspørgeskema. Ingen spørgsmål var obligatoriske for institutionerne at besvare, idet vi vurderede, at det ville medføre en risiko for, at de efterfølgende spørgsmål ikke blev besvaret.

Spørgeskemaet bestod af i alt 50 spørgsmål, der optrådte under følgende overskrifter:

- Organisation
- Patienter
- Udredning, visitation (myndighedsafgørelse) og behandling
- Udlevering af medicin til substitutionsbehandling og medicinering
- Delegering af behandling
- Forebyggelse
- Ressourcer
- Samarbejde omkring behandling og koordination med andre indsatser

Der blev gennemført både skriftlig og telefonisk rykkerprocedure. Umiddelbart efter svarfristens udløb blev rykkermails sendt til 109 institutioner, der ikke havde besvaret. Den telefoniske rykkerprocedure fulgte herefter, hvor institutioner blev kontaktet og opfordret til at svare. Vi orienterede om muligheden for at svare både online og på papir. Endvidere blev der sendt enkelte personlige rykkermails til ledere af større stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner.

Databehandling og analyser

Databehandling og statistiske test blev foretaget i statistikprogrammet Stata version 12.1 (StataCorp, USA). Der anvendes medianer til at beskrive middeltendenser. Medianen er den midterste værdi i et datasæt. Halvdelen af observationerne er større end medianen og den anden halvdel er mindre. 10 og 90 percentilerne betyder, at 80 % af observationerne ligger mellem de to percentiler. I forbindelse med signifikanstest bliver en p-værdi $\leq 0,05$ betragtet som statistisk signifikant. Ved kategoriske variable er chi²- og Fisher's exact test anvendt, og ved normalfordelte data er ANOVA anvendt, mens Kruskal-Wallis test er anvendt ved ikke normalfordelte variable.

3. Resultater

I det følgende gennemgås resultaterne baseret på kommunernes besvarelser, og dernæst institutionernes besvarelser.

3.1. Kommunernes besvarelser

I alt 91 af 98 kommuner besvarede dele af eller hele spørgeskemaet (93 %). Én kommune afviste at deltage i undersøgelsen.

3.1.1. Kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet

Ud af 89 kommuner driver 53 kommuner egen stofmisbrugsbehandlingsinstitution (60 %), mens 26 kommuner (29 %) køber ydelser fra en anden kommunes misbrugstilbud, og syv kommuner (8 %) angav, at de indgår i fælleskommunalt drevne ambulante behandlingsenheder. I alt ni kommuner (10 %) angav, at de køber stofmisbrugsbehandling hos en regional udbyder. I alt 14 kommuner (16 %) køber ambulante stofmisbrugsbehandling af privat udbyder (tabel 1).

Tabel 1. Organisation af kommunernes ambulante stofmisbrugsbehandling, n (%), n=89

Egen institution	Køb fra anden kommune	Fælleskommunal institution	Regional institution	Privat udbyder
53 (60 %)	26 (29 %)	7 (8 %)	9 (10 %)	14 (16 %)

Summerer til mere end 100 %, da nogle kommuner har markeret flere svarmuligheder

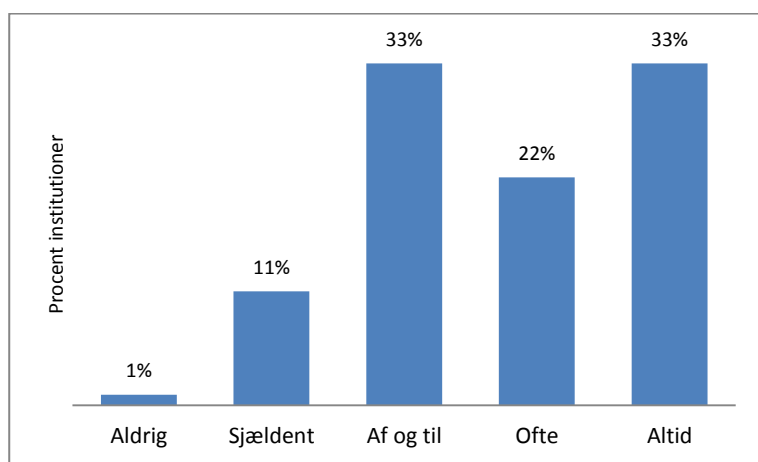
I flest kommuner er ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen placeret i socialforvaltningen (49 %), mens 16 % af kommunerne har placeret ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen i sundhedsforvaltningen, og 2 % har placeret ansvaret i arbejdsmarkedsforvaltningen. I 33 % af kommunerne er ansvaret placeret i andre forvaltninger, blandt andet fordi mange kommuner er organiseret i forvaltninger med anden sammensætning (f.eks. social- og sundhedsforvaltningen eller social, sundheds- og arbejdsmarkedsforvaltningen), eller at stofmisbrugsområdet hører under voksne/psykiatri (tabel 2).

Tabel 2. Fordelingen af kommuner i forhold til, hvor myndighedsopgaven er placeret, n (%), n=88

Sundhedsforvaltning	14 (16 %)
Socialforvaltning	43 (49 %)
Arbejdsmarkedsforvaltning	2 (2 %)
Anden forvaltning	29 (33 %)

I henhold til servicelovens § 141 skal kommuner tilbyde stofmisbrugere at udarbejde en handleplan, der omfatter både den lægefaglige og socialfaglige del af indsatsen. I alt 88 kommuner angav, hvor ofte de tilbyder at udarbejde § 141 handleplaner. En tredjedel (33 %) tilbyder altid at udarbejde en handleplan, mens endnu en tredjedel (33 %) angav at gøre dette ”af og til” (figur 1). I alt oplyste 63 kommuner (75 %) desuden, at den lægelige behandlingsplan indgår i den samlede handleplan.

Figur 1. Fordelingen (%) af kommuner i forhold til, hvor ofte de tilbyder at udarbejde § 141 handleplaner, n=89



3.1.2. Økonomi i kommunerne

Økonomi og antal borgere i behandling

I alt 69 kommuner oplyste om antal borgere i behandling i hele 2012. Sættes antallet i forhold til kommunernes indbyggertal, var medianen 2,9 borgere i behandling pr. 1000 indbyggere og 10-90 percentilerne var 0,8 og 4,7. I de største kommuner var der flere i behandling pr. 1000 indbyggere i 2012 end i de mindre kommuner (tabel 3).

Tabel 3: Antal borgere i behandling pr. 1000 indbyggere i 69 kommuner. I tabellens højre side er antallet opdelt i forhold til befolkningstal i kommunerne

	Alle kommuner	Befolkningstal i kommunen (kvartiler)			
		1.839-29.287	29.288-43.532	43.533-59.207	59.208-559.440
Antal borgere i behandling pr. 1000 indbyggere	2,9	1,9	2,6	3,3	3,5
Median (10-90 percentiler)	(0,8-4,6)	(0,7-4,1)	(0,6-4,1)	(1,5-5,6)	(1,5-4,8)

Der var statistisk signifikant forskel på antallet i behandling pr. 1000 indbyggere i forhold til befolkningstal (p=0,02)

I alt 62 kommuner oplyste om kommunens budget for 2013 vedrørende ambulante- dag- og døgnbehandling. Medianen for kommunernes budget er 5,5 millioner. Ud fra antallet af borgere i behandling i 2012 og budgettet

for 2013, har vi estimeret prisen pr. borger i behandling (tabel 4). Medianen er 46.474 kr. og 10-90 percentilerne er henholdsvis 22.464 kr. og 88.509 kr. Til højre i tabel 4 ses det, hvordan prisen pr. patient i behandling varierer i forhold til antallet af borgere i behandling i kommunen. Der ses en tendens til, at median-prisen pr. borger i behandling er højest i de kommuner med færrest borgere i behandling, ligesom variationen i prisen er størst i de kommuner med færrest i behandling.

Tabel 4: Pris pr. borger i behandling i 60 kommuner. Median pris for alle kommuner og opdelt i forhold til antallet af borgere i behandling

	Alle kommuner	Kommuner inddelt i forhold til antal borgere i behandling i kommunen (kvartiler)			
		2-51	52-106	107-224	225-2644
Pris i kr. pr. borger i behandling	46.474	63.500	36.708	45.802	38.285
Median (10-90 percentiler)	(22.447-88.509)	(23.733-133.333)	(25.773-80.174)	(23.125-63.981)	(19.592-63.939)

Der var statistisk signifikant forskel på prisen pr. borger i behandling i forhold til af borgere i behandling ($p=0,04$)

Tabel 5 viser tilsvarende prisen pr. borger i behandling opdelt på antal borgere i behandling pr. 1000 indbyggere. Der var her statistisk signifikant forskel på prisen pr. borger i behandling i forhold til antallet i behandling pr. 1000 indbyggere ($p<0,01$).

Tabel 5: Pris pr. borger i behandling i 60 kommuner, opdelt i forhold til antallet af borgere i behandling pr. 1000 indbyggere

	Kommuner inddelt i forhold til antal borgere i behandling pr. 1000 indbyggere (kvartiler)			
	0,1-1,4	1,5-2,8	2,9-3,7	3,8-11,8
Pris pr. borger i behandling	81.481	38.415	45.010	36.742
Median (10-90 percentiler)	(45.455-133.333)	(14.500-63.981)	(28.723-56.929)	(19.592-72.703)

Der var statistisk signifikant forskel på prisen pr. borger i behandling i forhold til antallet i behandling pr. 1000 indbyggere ($p<0,01$).

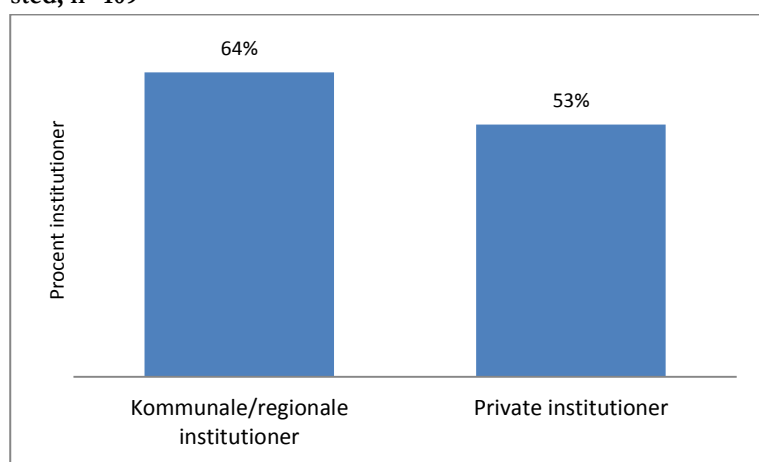
3.2. Besvarelser fra stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner

Spørgeskemaet til stofmisbrugsinstitutionerne blev sendt til 146 enheder. Heraf var otte ikke relevante for undersøgelsen (væresteder, skoleskibe, behandlingssted for sukkerafhængighed eller gået konkurs). Af de 138 tilbageværende indsendte to kommuner med hver tre institutioner hver én samlet besvarelse gældende for alle tre institutioner. Ud af de resterende 134 institutioner besvarede 114 delvist eller hele spørgeskemaet, hvilket giver

en svarprocent på 85. I alt 26 af institutionerne (23 %) angav, at de ikke foretager substitutionsbehandling, og 12 institutioner (11 %) angav, at de ikke foretager nogen lægelig behandling.

Blandt kommunale og regionale institutioner foregår alkohol- og stofmisbrugsbehandling geografisk samme sted på 64 % af institutionerne. De private institutioner beskæftiger sig oftere udelukkende med stofmisbrugsbehandling (figur 2).

Figur 2. Andel (%) institutioner, hvor lægelig behandling for alkohol- og stofmisbrug foregår geografisk samme sted, n=109



3.2.1. Personale på stofmisbrugsinstitutionerne

I spørgeskemaet indgik tre spørgsmål om de personalemæssige ressourcer på stofmisbrugsinstitutionerne. Der blev ikke skelnet mellem ressourcer brugt på forskellige grupper af misbrugere. Vi spurgte til, hvor mange personer indenfor otte forskellige personalegrupper, der var beskæftiget med stofmisbrug på institutionen pr. 31/12 2012. På de kommunale og regionale institutioner var medianen for det samlede antal årsværk 11,0 (10-90 percentiler 4,0-27,0). For de private var medianen 8,0 (10-90 percentiler 4,1-16,0). Størstedelen af kommunale og regionale institutioner havde pædagoger (90 %), socialrådgivere (87 %), læger (84 %) og sygeplejersker (71 %) beskæftiget. Cirka halvdelen af institutionerne havde SOSU-hjælpere/assistenter (53 %) og psykologer beskæftiget (53 %). Størstedelen af de private institutioner havde pædagoger (65 %) og socialrådgivere (65 %) beskæftiget, mens halvdelen (50 %) havde læger beskæftiget. I alt 70 % af de private institutioner havde 'andre' beskæftiget. I kategorien 'andre' indgår typisk AC'ere, ledere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, m.fl. (tabel 6).

Tabel 6. Første kolonne viser andelen (%) af institutioner, der havde forskellige personalegrupper beskæftiget pr. 31/12 2012. Anden kolonne viser medianen for antallet af årsværk (10-90 percentiler) på de institutioner, der havde det pågældende personale beskæftiget. Der skelnes mellem kommunale/regionale og private institutioner

	<u>Kommunale + regionale institutioner</u>		<u>Private institutioner</u>	
	n=62		n=20	
	Andel der har personalegruppe beskæftiget	Median antal årsværk (10-90 percentiler)	Andel der har personalegruppe beskæftiget	Median antal årsværk (10-90 percentiler)
Læger	84 %	0,5 (0,2-3,5)	50 %	0,8 (0,1-2,0)
Sygeplejersker	71 %	2,0 (0,3-7,0)	40 %	1,0 (0,5-12,0)
SOSU	53 %	1,0 (0,8-3,0)	35 %	2,0 (1,0-2,0)
Pædagoger	90 %	3,0 (1,0-11,0)	65 %	2,0 (1,0-10,0)
Socialrådgivere	87 %	2,7 (1,0-10,0)	65 %	1,0 (1,0-10,0)
Psykologer	53 %	1,0 (0,3-2,8)	15 %	1,0 (0,25-1,0)
DAC*	15 %	1,0 (0,3-2,0)	35 %	3,0 (2,0-4,0)
Sekretærer	69 %	1,0 (0,5-3,0)	30 %	1,0 (0,7-10,0)
Andre	55 %	1,1 (1,0-8,0)	70 %	3,0 (1,0-6,0)

*DAC=Danish Addiction Counselor

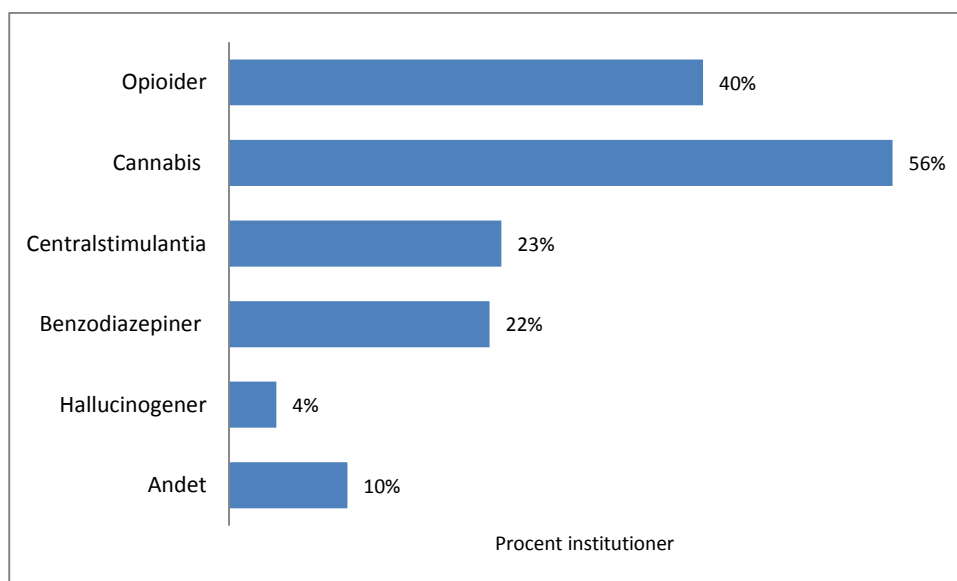
Blandt de 83 % af de kommunale institutioner, der havde læger eller psykiatere beskæftiget, angav 24 % at have fuldtidsansatte læger eller psykiatere, hvorimod 82 % af institutionerne havde læger eller psykiatere ansat på deltid eller konsulentbasis. Der var ikke statistisk signifikante forskelle på de personalemæssige ressourcer afsat til behandling for stofmisbrug alt efter, om institutionen både foretager behandling for alkohol- og stofmisbrug. Medianen for antallet af patienter pr. årsværk læge var 250 patienter (n=53), 10 og 90 percentilerne er 40 og 1200 patienter pr. årsværk læge.

3.2.2. Patientsammensætning på stofmisbrugsinstitutionerne

Mange stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling for opioidmisbrug har samtidig et misbrug af andre rusmidler. For eksempel vil en opioidmisbruger, der indskrives i substitutionsbehandling ofte også have et sidemisbrug af f.eks. kokain, benzodiazepiner, alkohol eller cannabis. I det tilfælde vil det som oftest være opioider, der identificeres som hovedstoffet, det vil sige det mest problemvoldende stof. En patient vil således kun have ét hovedstof (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Vi spurgte til, hvordan institutionens patienter fordelte sig på hovedstoffer pr. 31/12-2012. Besvarelserne på dette spørgsmål indikerer dog, at vi i højere grad har fået svar på, hvor hyppigt enkelte stoffer er forekommende hos institutionens patienter, idet summen af de angivne andele ofte var større end 100 %. Sådan som billedet tegner sig, var cannabis det hyppigst forekommende misbrugsstof (56 %), opioider udgjorde 40 %, og centralstimulantia (23 %) og benzodiazepiner (22 %) udgjorde hver omtrent en fjerdedel (figur 3). I kategorien 'andet' indgik blandt andet ketamin og MDMA (ecstasy).

Figur 3. Den gennemsnitlige fordeling af misbrugsstoffer (%) på institutionerne, n=70

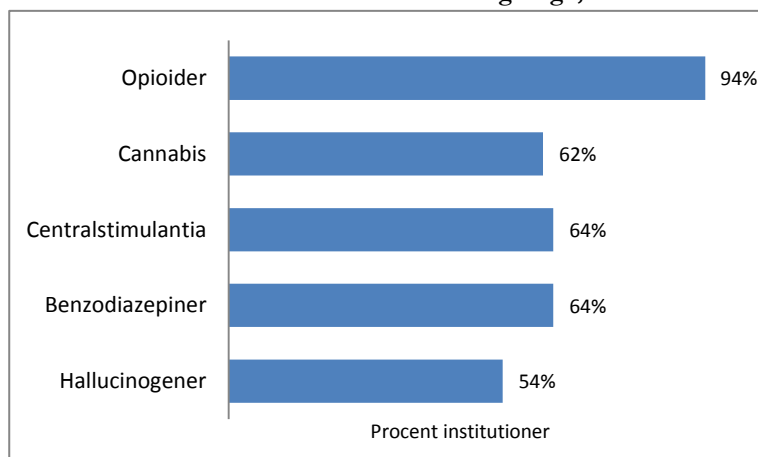


Summerer til mere end 100 %, fordi en del institutioner angav fordelinger, der summerede til mere end 100 %

3.2.3. Udredning og visitation af stofmisbrugere

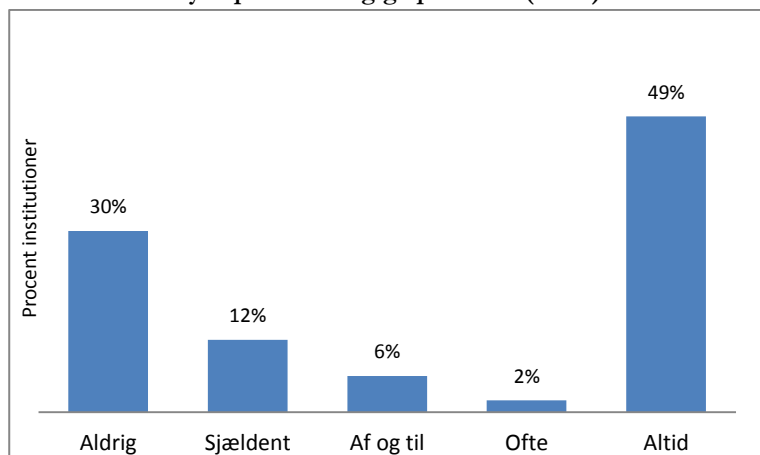
Kommuner er ikke ved lov forpligtet til at tilbyde lægelig behandling til andre grupper af stofmisbrugere end opioidmisbrugere. På størstedelen af institutionerne får misbrugere af cannabis, centralstimulantia, benzodiazepiner og hallucinogener dog også adgang til lægelig udredning og behandling (figur 4).

Figur 4: Andelen (%) af institutioner, hvor de forskellige hovedstoffer giver adgang til udredning og behandling hos kommunens eller institutionens misbrugsrådgiver, n=85



I visitationen til den lægelige behandling for nye opioidafhængige patienter deltager lægen altid i visitationen på 49 % af institutionerne, mens 30 % af institutionerne svarede, at lægen aldrig deltager (figur 5).

Figur 5: Andel (%) af institutioner, hvor ofte lægen henholdsvis aldrig, sjældent, af og til, ofte og altid deltager i visitationen af nye opioidafhængige patienter (n=83)



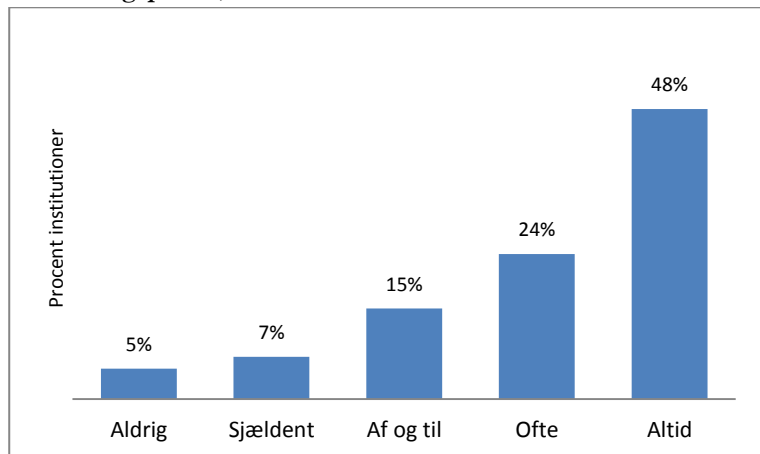
På institutioner hvor lægen kun af og til, sjældent eller aldrig deltager i visitation, rapporterede halvdelen, at der altid eller ofte indgår lægelige oplysninger i visitationsgrundlaget.

Lægelige behandlingsplaner

En lægelig behandlingsplan beskriver, hvad sigtet med den lægelige behandling er og beskriver eventuelle aftaler, der er indgået om forløbet. Såfremt der er foretaget eller planlagt delegation af behandlingen, skal dette beskrives nærmere i behandlingsplanen. Denne plan skal indgå som en del af den sociale handleplan i henhold til servicelovens § 141. Den lægelige behandlingsplan indgår samtidig som en del af journalen (Sundhedsstyrelsen, 2008).

I alt 48 % af institutionerne angav, at de altid udarbejder lægelige behandlingsplaner, mens 5 % angav aldrig at gøre det (figur 6). Blandt de institutioner, der udarbejder lægelige behandlingsplaner (de der ikke svarede aldrig), angav 67 %, at den lægelige behandlingsplan altid koordineres med den sociale handleplan, og yderligere 24 % svarede, at dette sker ofte.

Figur 6. Andel institutioner (%), hvor der henholdsvis aldrig, sjældent, af og til, ofte og altid udarbejdes lægelige behandlingsplaner, n=91

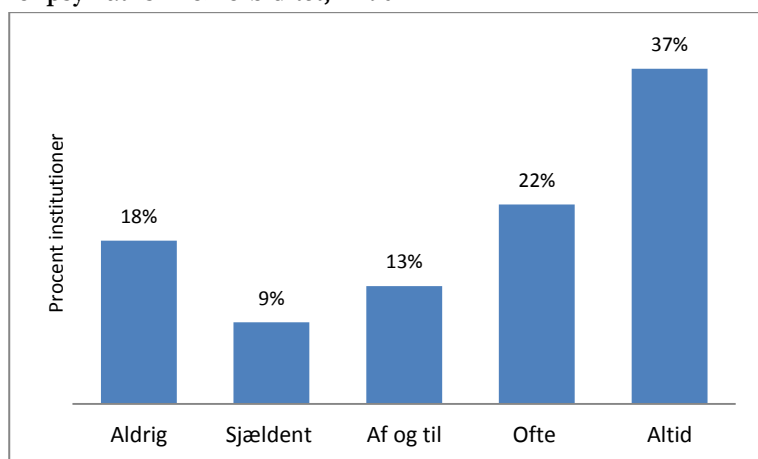


Screening for psykiatrisk komorbiditet

Til systematisk kortlægning af psykiatrisk komorbiditet kan et valideret kortlægningsinstrument bruges. Typisk bruges ”Addiction Severity Index” (ASI), som er et kortlægningsinstrument, der på standardiseret vis hjælper til at udrede ”problemtyngden” hos alkohol- og stofmisbrugere (Room and Stenius, 2004). Herudover bruges også ”The Mini-International Neuropsychiatric Interview” (M.I.N.I.), som er et kort struktureret interview for de vigtigste psykiatriske diagnoser (Sheehan et al., 1998). ASI kan ikke anvendes til at stille psykiatriske diagnoser, mens M.I.N.I. kan anvendes til at screene for psykiatrisk komorbiditet, det vil sige få mistanke om, at der kan være et psykiatrisk problem. Et andet nyligt udviklet, men ikke valideret, spørgeskema er KL’s screener (Guldager and Hesse, 2012).

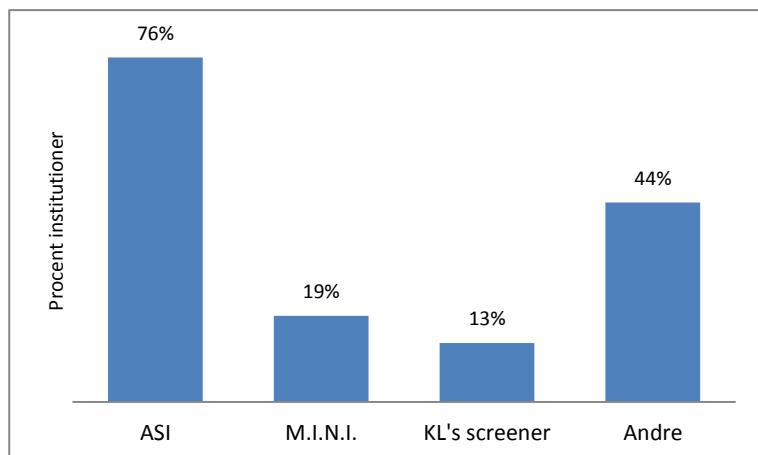
I alt 37 % af institutionerne angav, at de altid systematisk foretager screening for psykiatrisk komorbiditet, 22 % angav ofte, 13 % af og til, 9 % sjældent og 18 % angav, at de aldrig screener for psykiatrisk komorbiditet (figur 7).

Figur 7. Andel (%) institutioner, hvor der henholdsvis aldrig, sjældent, af og til, ofte og altid foretages screening for psykiatrisk komorbiditet, n=90



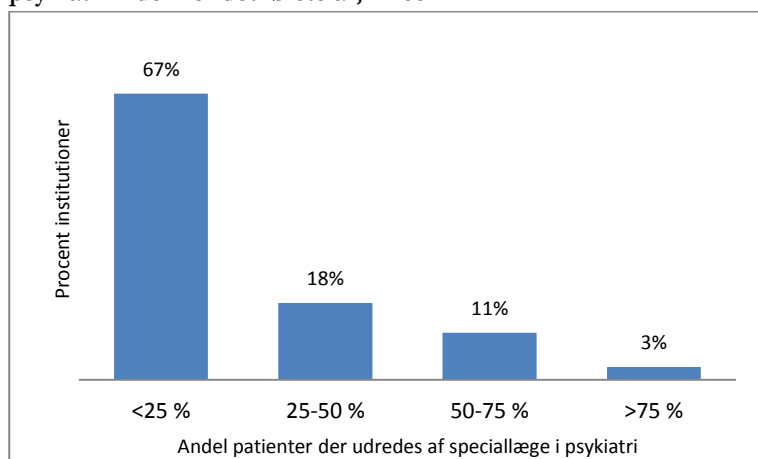
Et flertal (76 %) benytter sig af screeningsinstrumentet ASI, 19 % benytter M.I.N.I., 13 % benytter sig af KL’s screener, og 37 % angav, at de benytter et andet værktøj (figur 8). Blandt andre screeningsværktøjer blev bl.a. nævnt ”The Dependent Personality Questionnaire” (DPQ) og ”Millon Clinical Multiaxial Inventory” (MCMI).

Figur 8. Andel (%) af institutioner, der anvender henholdsvis ASI, M.I.N.I., KL's screener og andre screeningsinstrumenter, n=70



De fleste institutioner angav, at det er færre end en fjerdedel af patienterne, der udredes af speciallæge i psykiatri inden for det første år (figur 9). Når der gennemføres en udredning foregår dette typisk hos regionens psykiatri (61 %), men en del institutioner gør også brug af praktiserende speciallæge i psykiatri (44 %) eller en psykiater tilknyttet institutionen (41 %).

Figur 9: Andel institutioner (%), hvor henholdsvis <25 %, 25-50 %, 50-75 % og >75 % udredes af speciallæge i psykiatri inden for det første år, n=88



3.2.4. Behandling og medicinering på stofmisbrugsinstitutionerne

Delegering af behandling

I henhold til autorisationslovens § 41, stk. 2 kan en kommunalt eller regionalt ansat læge med ansvar for den lægelige stofmisbrugsbehandling delegerede ordinationsretten eller behandlingen til en anden læge, herunder en

alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, eller til en læge på et privat døgnbehandlingstilbud (under forudsætning af patientens samtykke) (Sundhedsstyrelsen, 2008). Da der ikke findes noget overblik over, hvor mange patienters behandling der er delegeret til en anden læge, indgik der i spørgeskemaet til stofmisbrugsinstitutionerne to spørgsmål om emnet.

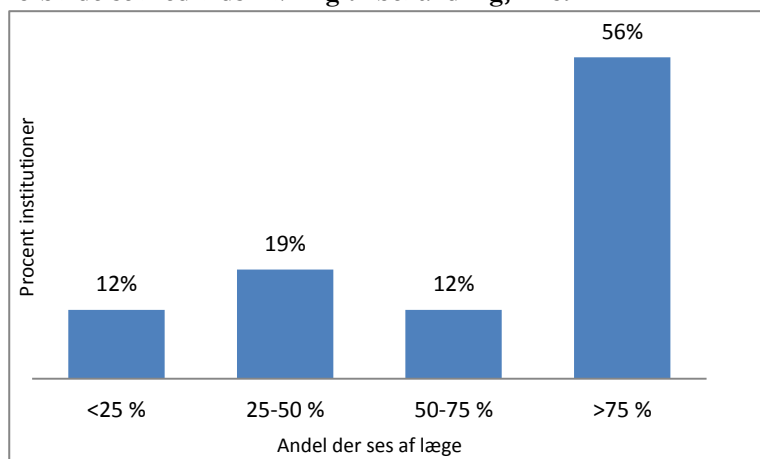
I alt 33 institutioner angav at have delegeret patienters behandling til anden læge pr. 31/12 2012, heraf havde de 31 delegeret behandling til alment praktiserende læge og 11 af institutionerne til praktiserende speciallæge. Der blev ikke spurgt til private døgnbehandlingstilbud. De 30 af institutionerne svarede på, hvor ofte de fører tilsyn med den delegerede behandling. I alt 16 af institutionerne (53 %) svarede, at de fører tilsyn én gang årligt, otte institutioner (27 %) fører tilsyn oftere, hvorimod seks institutioner (20 %) angav, at tilsyn finder sted sjældnere eller aldrig.

Forholdene omkring lægekonsultationen

Vi spurgte til en række forhold vedrørende lægekonsultationer på institutionerne, herunder hvor mange patienter der ses af læge, de tidsmæssige og fysiske rammer for konsultationen samt hvilke behandlinger, der foretages. For disse spørgsmål er der ikke afgrænset til patienter med opioidafhængighed.

Den andel af patienter, der bliver set af en læge, er for mere end halvdelen (56 %) af institutionernes vedkommende på 75-100 %, mens det for en tredjedel af institutionernes vedkommende (31 %) er mindre end halvdelen af patienterne, der ses af en læge (figur 10).

Figur 10. Andel (%) af institutioner, hvor henholdsvis <25 %, 25-50 %, 50-75 % og >75 % af patienter ses af læge i forbindelse med indskrivning til behandling, n=89



I gennemsnit går der, fra en patient indskrives i behandling til første konsultation ved en misbrugs læge, 8,3 dage. Til udredning af patienten er der ved den første konsultation gennemsnitligt afsat 53 minutter. I gennemsnit angav institutionerne, at der månedligt er afsat 34 minutter til opfølgning og kontrol af behandlingen for den enkelte patient (tabel 7).

Tabel 7. Gennemsnitlig tid til første konsultation samt tid afsat til hver patient

Antal dage (min-max) fra indskrivning til første konsultation hos læge, n=79	8,3 dage (0-30)
Antal minutter (min-max) afsat til første konsultation, n=79	53 minutter (0-120)
Antal minutter (min-max) afsat månedligt til opfølgning og kontrol hos læge, n=57	34 minutter (0-240)

Som fysisk ramme for den lægelige konsultation angav 54 institutioner (61 %), at de har et lokale, der kun anvendes til lægelige undersøgelser. Blandt institutioner med undersøgelseslokale svarede 74 %, at der i undersøgelseslokalet er en håndvask, 34 (63 %) svarede, at der er en undersøgelsesbriks, 45 (83 %) svarede, at der findes en vægt, og alle på nær tre (94 %) svarede, at der i lokalet er et blodtryksapparat (tabel 8).

Tabel 8. Institutioner med undersøgelseslokale og faciliteter i undersøgelseslokalet, n (%)

Undersøgelseslokale findes på institutionen, n=89	54 (61 %)
Faciliteter i undersøgelseslokalet, n=54	
Håndvask	40 (74 %)
Undersøgelsesbriks	34 (63 %)
Vægt	45 (83 %)
Blodtryksapparat	51 (94 %)

En del institutioner foretager andre former for lægelig behandling end substitutionsbehandling. Hyppigst er der tale om behandling med psykofarmaka (79 %) og abstinensbehandling med benzodiazepiner (86 %). Behandling for infektioner og andre helbredsmæssige følger af stofmisbrug behandles i lidt mindre grad på selve misbrugsinstitutionen (tabel 8).

Tabel 9. Institutioner, hvor der, udover substitutionsbehandling, foretages følgende andre behandlinger, n (%), n=76

Behandling med psykofarmaka	60 (79 %)
Abstinensbehandling med benzodiazepiner	65 (86 %)
Behandling for HIV	17 (22 %)
Behandling for kronisk hepatitis	21 (28 %)
Behandling for tuberkulose	12 (16 %)
Behandling for andre infektioner	33 (43 %)
Andet	19 (25 %)

NADA¹ akupunktur benyttes på 69 institutioner (86 %), og fem benytter sig af alternativ medicinsk behandling.

I alt 33 institutioner (47 %) svarede, at de har ret til at trække sygesikringsydelse på et begrænset ydernummer².

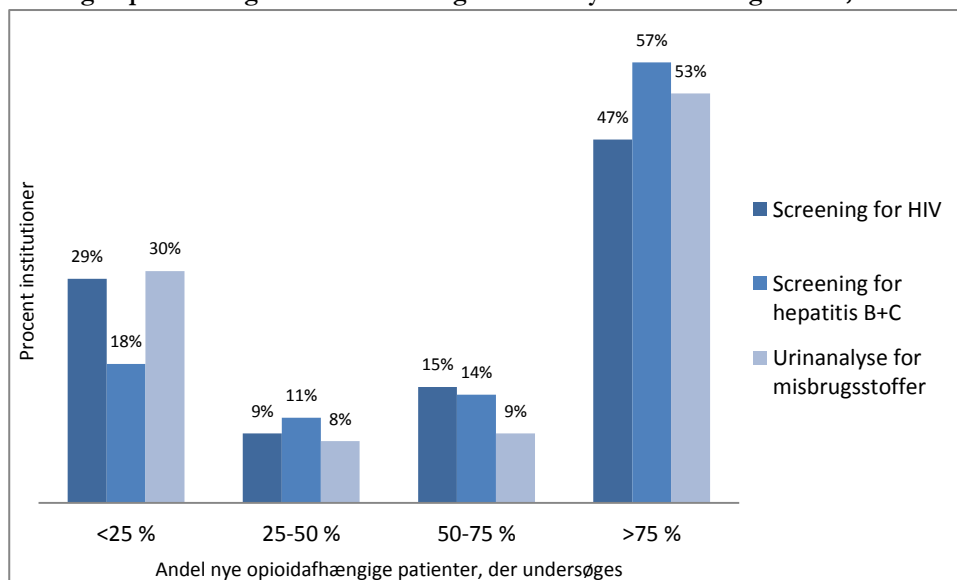
¹ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) er et standardiseret øreakupunktur-program, som består af fem kinesiske ørepunkter, oftest anvendt i samspil med anden behandling (URL: www.vifab.dk/alternativ+behandling/akupunktur/varianter+af+akupunktur/nada).

På 64 % af institutionerne findes der ledsagerordninger f.eks. ved blodprøvetagning på et laboratorium (n=85). Endvidere har 25 % adgang til udgående funktioner fra regionen, f.eks. ved blodprøvetagning på laboratorium eller speciallægebesøg (n=83).

Undersøgelser af nye opioidafhængige patienter

Vi spurgte ind til, hvor stor en andel af nye opioidafhængige patienter, der får foretaget en række lægelige undersøgelser (figur 11). Hos 29 % af institutionerne er det færre end en fjerdedel af nye opioidafhængige patienter, der screenes for HIV. Ses der på hepatitis B og C, er der på 18 % af institutionerne færre end en fjerdedel, der bliver screenet. På 30 % af institutionerne får færre end en fjerdedel af nye opioidafhængige patienter foretaget urinanalyse for misbrugsstoffer.

Figur 11: Fordelingen (%) af institutioner i forhold til hvor hyppigt nye opioidafhængige patienter screenes for HIV og hepatitis B og C samt får foretaget urinanalyse for misbrugsstoffer, n=76



Urinanalyser

Som led i substitutionsbehandling af stofmisbrugere kan urinanalyser anvendes med henblik på diagnostik eller vurdering af den iværksatte behandling. Tidligere var urinanalyser en del af de kontrolforanstaltninger, som var en integreret del af substitutionsbehandling med metadon. Udviklingen er nu, at elementet af kontrol og sanktioner i substitutionsbehandlingen er forsvundet eller minimeret (Asmussen et al., 2013).

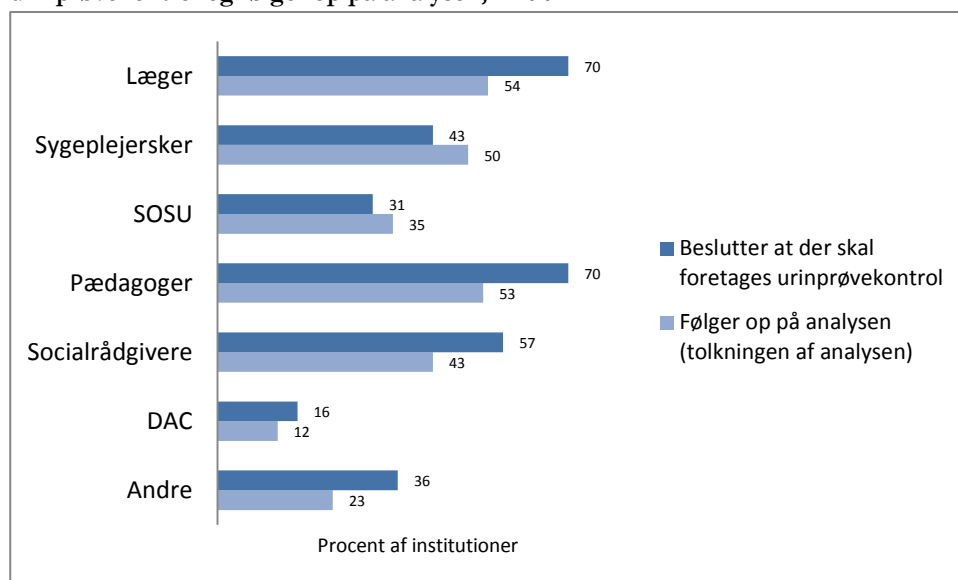
I alt 72 institutioner (78 %) benytter sig af urinprøvekontroller. Ni af disse skrev i kommentarfeltet, at dette dog sker sjældent. Fem institutioner skrev, at urinanalyser kun foretages efter ønske fra borgeren. To

² Et ydernummer er det nummer, som en læge får tildelt som yder for den offentlige sygesikring som betingelse for honorarafregning med sygesikringen. Tildelingen af ydernumre er begrænset af behovet inden for et bestemt lokalområde.

institution skrev, at urinanalyser oftest kun anvendes i forbindelse med dokumentationssager, f.eks. ved krav fra kriminalforsorgen ved dom til behandling som vilkår, embedslægen (autorisationssager), eller børnesager. Fire institutioner svarede, at urinanalyser bruges før opstart af substitutionsbehandling.

Vi spurgte også ind til, hvilke faggrupper der beslutter, at der skal foretages urinanalyse, og hvilke faggrupper der følger op på analysen. På størstedelen af institutionerne var der en række faggrupper, der kunne beslutte, at der skal foretages urinprøvekontroller. Hyppigst er det pædagoger eller læger, der kan træffe denne beslutning (70 % af institutionerne). På henholdsvis 53 % og 54 % af institutionerne følger pædagoger og læger også op på analysen (figur 12).

Figur 12. Andel (%) af institutioner, hvor følgende faggrupper henholdsvis kan beslutte, at der skal foretages urinprøvekontrol og følger op på analysen, n=74

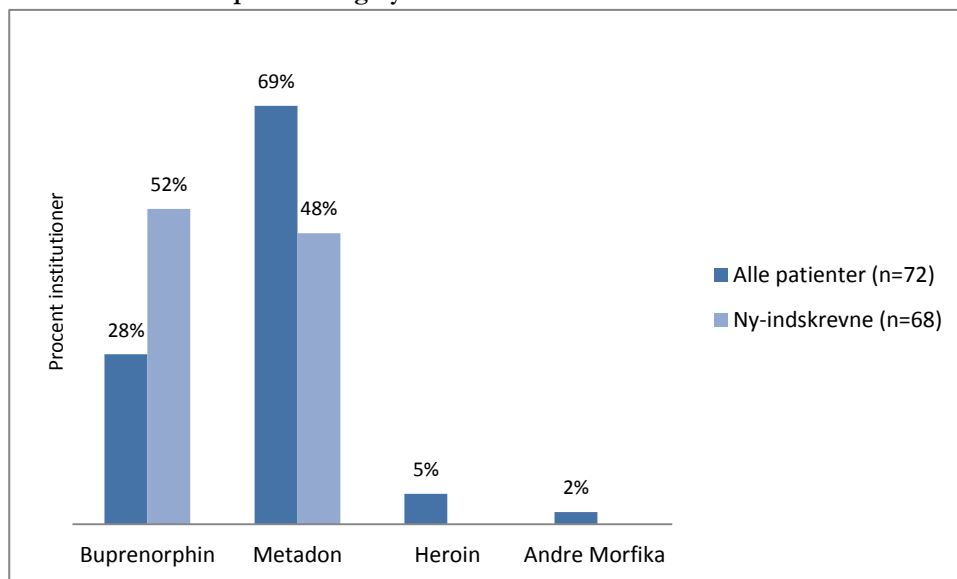


Udlevering af medicin til substitutionsbehandling og medicinering

Vi spurgte, hvor stor en andel metadon, buprenorphin, heroin og andre morfika udgjorde i substitutionsbehandlingen. For ny-indskrevne patienter blev der alene spurgt til metadon og buprenorphin. Flere af institutionerne nævnte i kommentarfeltet, at mange ny-indskrevne patienter ikke er nye i behandlingssystemet. Nogle skrev derfor, at de i deres svar har tolket ny-indskrevne som nye i substitutionsbehandling.

For ny-indskrevne var andelen 48 % for metadon og 52 % for buprenorphin. For alle patienter var andelen 69 % for metadon, 28 % for buprenorphin og 5 % for heroin (figur 13). På de fleste institutioner (81 %) udgør behandling med buprenorphin mindre end 50 % af substitutionsbehandlingen.

Figur 13. Gennemsnitlig andel (%) af buprenorphin, metadon, heroin og andre morfika i substitutionsbehandling for henholdsvis alle patienter og ny-indskrevne

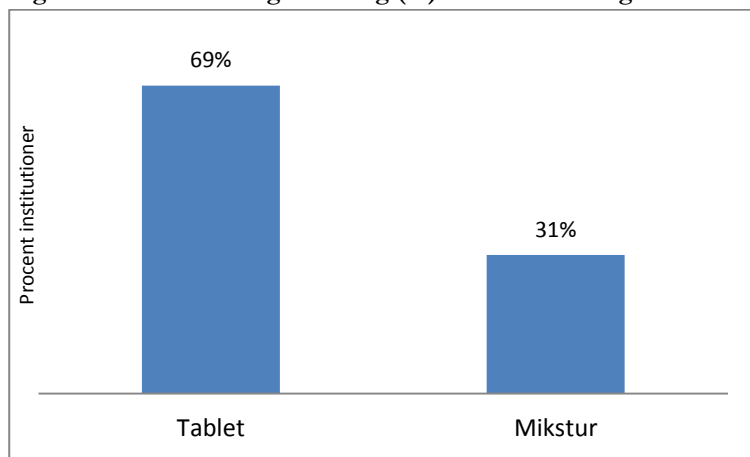


Der blev ikke spurgt til heroin og andre morfika for ny-indskrevne patienter

Blandt andre morfika blev nævnt Contalgin® (depotmorfin) og Ketogan® (ketobemidon).

Metadon kan administreres som mikstur eller tabletter. Blandt de stofmisbrugsinstitutioner, der anvender metadon i substitutionsbehandlingen, var den hyppigst anvendte administrationsform tablet (69 %), 31 % anvendte mikstur, og kun fire institutioner benyttede sig af injicerbar metadon til en lille andel af deres patienter³ (figur 14).

Figur 14. Gennemsnitlig fordeling (%) mellem tablet og mikstur i metadonbehandling, n=69



Under 1% af institutionerne benyttede injicerbar metadon

³ Behandling med injicerbar metadon er ikke standardbehandling, men skal foregå protokolleret efter følgende kriterier: Behandling kan benyttes til patienter, der trods langvarig substitutionsbehandling og psykosocial støtte, fortsat har et massivt intravenøst brug af ordinerede eller illegale stoffer, og som har, eller er truet af, alvorlige helbredsmæssige komplikationer på grund af dette (Sundhedsstyrelsen, 2008). Samme kriterier gælder for behandling med injicerbar heroin (Sundhedsstyrelsen 2010).

Hos stofmisbrugsinstitutionerne var den gennemsnitlige dosisstørrelse for metadon (mikstur/tablet) på 88 mg. Denne varierer fra 6 til 180 mg. For buprenorphin var den gennemsnitlige dosisstørrelse på 12 mg med en variation fra 2 til 24 mg (tabel 9).

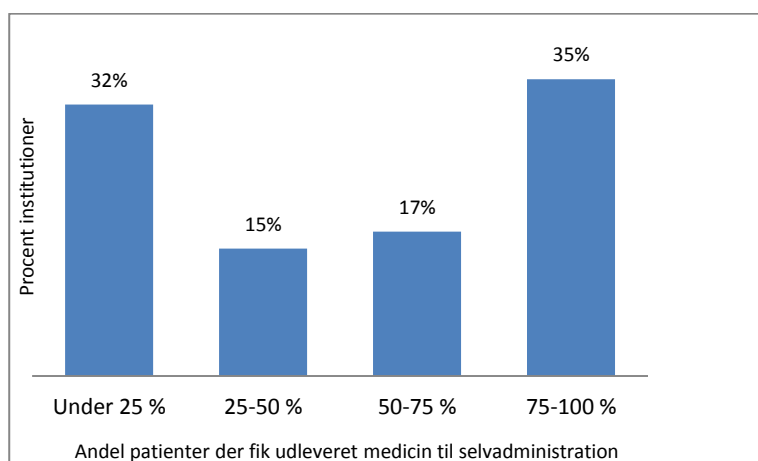
Tabel 9. Gennemsnitlig dosisstørrelse for substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin

	Gennemsnitlig dosis mg (min-max)
Metadon (n=61)	88 (6-180)
Buprenorphin (n=59)	12 (2-24)

Syv spørgsmål omhandlede udlevering af medicin, herunder forekomsten af udlevering af medicin til selvadministration, superviseret indtag af medicin, medicinudleveringssteder og hvilke faggrupper, der udleverer medicin.

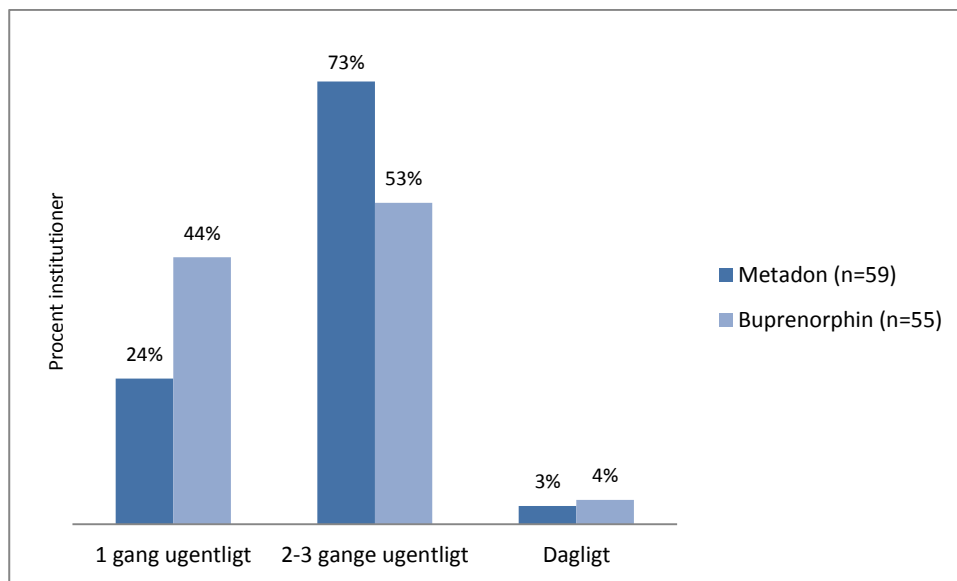
I alt 35 % af stofmisbrugsinstitutionerne svarede, at 75-100 % af patienterne fik udleveret substitutionsmedicin til selvadministration, og 32 % svarede, at under 25 % fik udleveret substitutionsmedicin til selvadministration (figur 15)

Figur 15. Fordeling (%) af institutioner i forhold til andelen af patienter, der fik udleveret medicin til selvadministration pr. 31.12.2012, n=65



Størstedelen af institutionerne udleverede metadon (73 %) og buprenorphin (54 %) til selvadministration 2-3 gange ugentligt, hvorimod kun en lille del af institutionerne udleverede metadon (4 %) og buprenorphin (4 %) dagligt til selvadministration (figur 16).

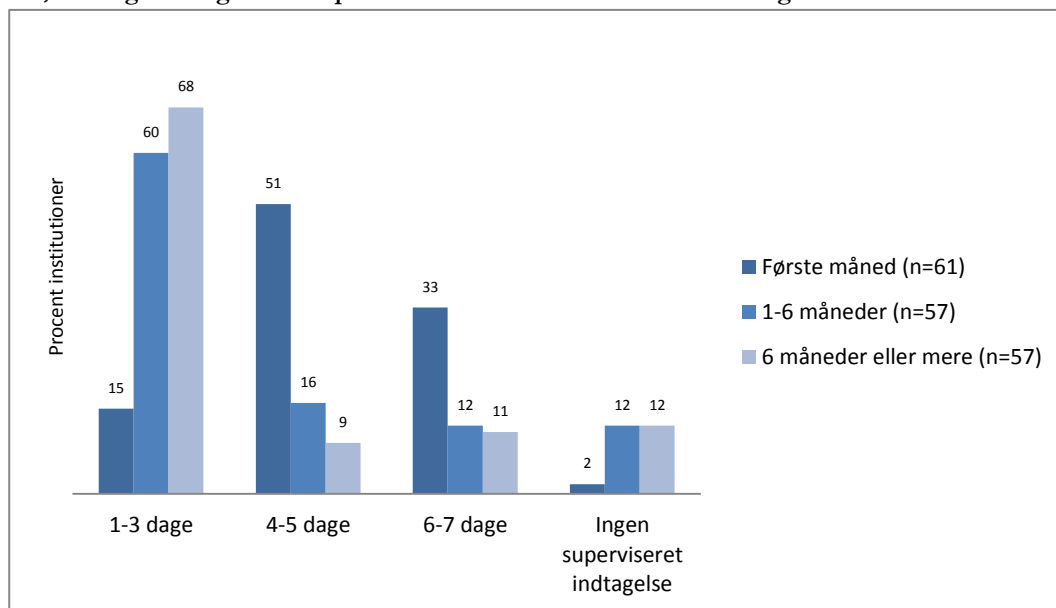
Figur 16. Fordelingen (%) af institutioner i forhold til den typiske udleveringshyppighed for medicin udleveret til selvadministration



Spørgsmålene vedrørende selvadministration og superviseret indtagelse var vanskelige for institutionerne at besvare. Det blev angivet i kommentarfeltene, at graden af selvadministration oftest beror på individuelle vurderinger. I spørgeskemaet indgik også et åbent spørgsmål om, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at institutionen udleverer medicin til selvadministration. De fleste institutioner nævnte stabilitet i patientens fremmøde som et væsentligt kriterium. Derudover nævntes patientens boligforhold af mange institutioner. En del institutioner nævnte også, at patienten ikke må have et sidemisbrug, og mange benytter også urinprøvekontroller i den sammenhæng. Alkoholmisbrug og mistanke om videre salg er også blandt de kriterier, som en del institutioner tager i betragtning. Blandt de mere helbredsorienterede kriterier nævntes, at patienten skal have en sikker tolerance overfor substitutionsmedicinen, at dosis er stabil, og at der ikke er somatiske og psykiske helbredsproblemer, der kræver overvågning. Flere nævnte dog, at en stor del af patienterne får udleveret til weekenden.

Vedrørende superviseret indtagelse af substitutionsmedicin blev institutionerne spurgt til, hvor mange dage om ugen patienterne skal møde op og indtage medicinen. Den første måned efter indskrivning skal patienter fremmøde 6-7 dage om ugen på 33 % af institutionerne og 4-5 dage om ugen på 51 % af institutionerne. Kun et mindretal svarede 1-3 gange ugentligt (15 %). Én til seks måneder efter indskrivning er det mest almindeligt, at patienten skal fremmøde 1-3 dage om ugen (60 % af institutioner). På 12 % af institutionerne skal patienter fremmøde 6-7 dage, mens det var 4-5 dage om ugen på 16 % af institutionerne. I alt oplyste 12 %, at der ikke foregår superviseret indtagelse én til seks måneder efter indskrivning. Seks måneder eller mere efter indskrivning var det igen mest hyppigt, at patienten skal fremmøde 1-3 dage om ugen (68 %) (figur 17).

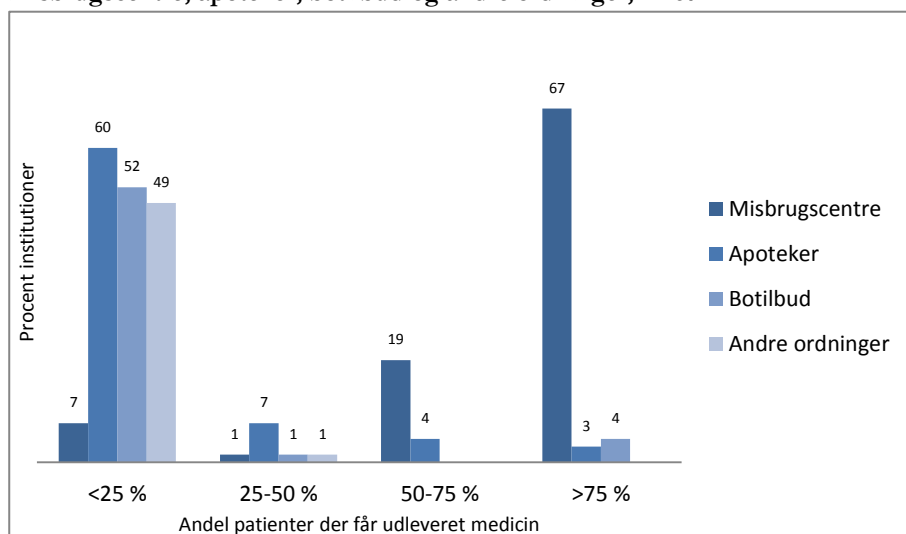
Figur 17. Andel (%) institutioner, hvor patienten skal møde frem og indtage substitutionsmedicin henholdsvis 1-3, 4-5, 6-7 dage om ugen. Der opdeles i forhold til tid siden indskrivning



Flere institutioner nævnte i deres kommentarer, at tiden siden indskrivning ikke nødvendigvis betyder noget for, hvordan og hvor ofte medicin udleveres.

Stofmisbrugsinstitutionerne har flere muligheder i forhold til, hvor de udleverer medicin til substitutionsbehandling. Misbrugscentre var det hyppigst anvendte medicinudleveringssted. I alt 67 % af institutionerne angav, at 75-100 % af deres patienter får udleveret medicin her.

Figur 18. Fordeling (%) af institutioner i forhold til andelen af patienter, der får udleveret medicin på henholdsvis misbrugscentre, apoteker, botilbud og andre ordninger, n=67

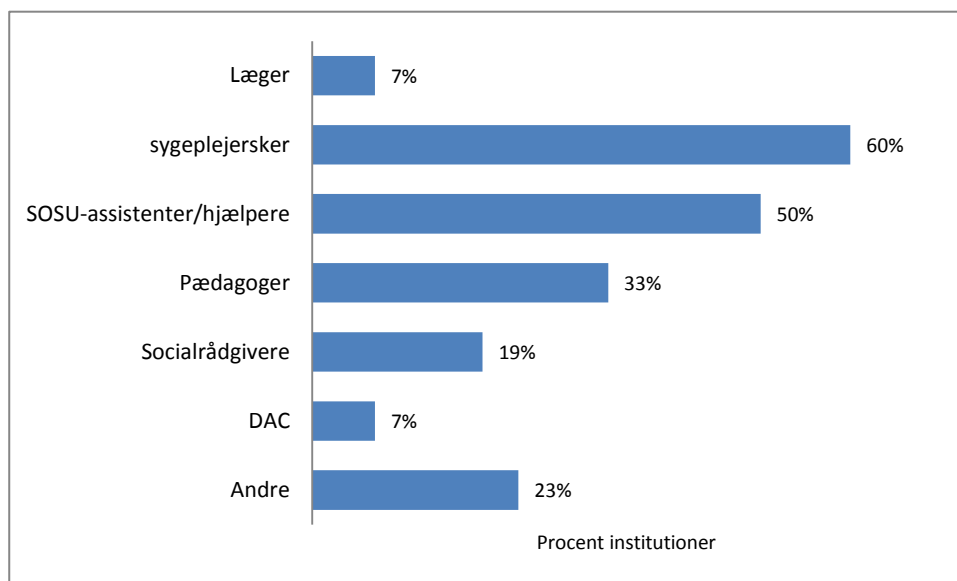


En læge kan delegere medicingivning til en medhjælp, som både kan være autoriserede sundhedspersoner eller andre uanset uddannelse og baggrund. Lægen skal dog sikre, at medhjælpen er tilstrækkeligt instrueret og i fornødent omfang informeret om lægemidlets virkninger og bivirkninger. Institutionens ledelse har ansvaret for, at der foreligger instruks for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af medicinhandling og for at det personale, der udfører medicingivning, er instrueret og oplært heri (Sundhedsstyrelsen, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2008).

Vi spurgte til, om der på institutionen fandtes en lokal medicininstruks, som beskriver retningslinjer for opbevaring, håndtering og udlevering af medicin. I alt 81 institutioner (95 %) svarede ja til dette, og 4 (5 %) svarede nej.

I forbindelse med medicinudleveringen på institutionerne blev der spurgt til hvilke faggrupper, der udleverer medicinen. På størstedelen af institutionerne er det sygeplejersker (60 %) eller SOSU-hjælpere/assistenter (50 %), der primært står for medicinudlevering. Den tredje mest brugte faggruppe til medicinudlevering er pædagoger (33 %). Kun på 7 % af institutionerne er det læger, der primært står for medicinudleveringen (figur 19)

Figur 19. Andel (%) institutioner hvor følgende faggrupper udleverer medicin, n=84



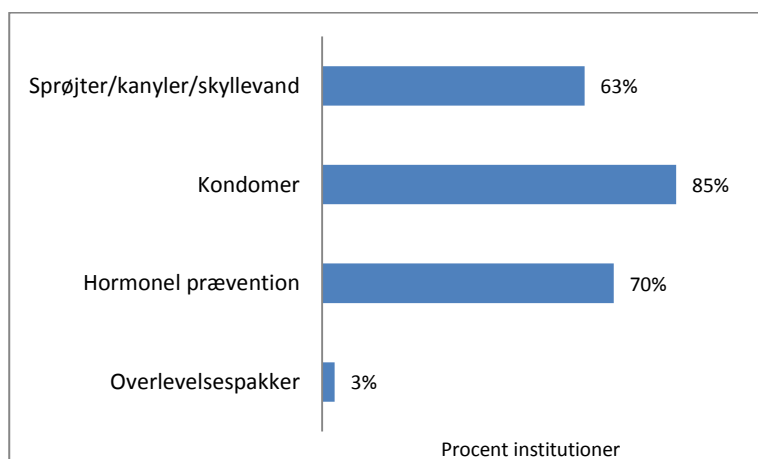
Summerer til mere end 100 %, da der kunne angives flere faggrupper

Seks institutioner nævnte, at kun personale, der er uddannet i medicinhandling, udleverer medicin, uanset hvilken faggruppe de tilhører.

3.2.5. Forebyggende og skadesreducerende indsatser

Spørgsmålene vedrørende forebyggelse og skadesreducerende indsatser omhandlede udleveringen af prævention og redskaber til sikker stofindtagelse. Størstedelen af institutionerne angav, at institutionen eller kommunen udleverer kondomer (85 %), hormonal prævention (70 %) og sprøjter/kanyler/skyllevand (63 %), mens kun to institutioner (3 %) udleverer overlevelsespakker med naloxon⁴ (figur 20).

Figur 20. Andel (%) institutioner, der udleverer sprøjter/kanyler/skyllevand, kondomer, hormonal prævention og overlevelsespakker, n=56



3.2.6. Samarbejde omkring behandling og koordination med andre indsatser

I spørgeskemaet indgik også spørgsmål om samarbejde omkring behandling og koordinering med andre indsatser. Størstedelen beskrev samarbejdet med de praktiserende læger (63 %), somatisk sygehus (52 %), kriminalforsorgen (64 %) og kommunens øvrige forvaltninger (71 %) som godt eller meget godt. Der er mindre tilfredshed med samarbejdet med speciallæger, tandlæger og psykiatrisk sygehus, som henholdsvis 46 %, 34 % og 33 % beskrev som godt eller meget godt (tabel 10).

⁴ Naloxon er en effektiv modgift ved opioid-overdoser (Kim et al., 2009). I Danmark er naloxon receptpligtig medicin.

Tabel 10. Fordelingen af institutioner (%) i forhold til hvordan de vurderer samarbejdet med andre aktører på stofmisbrugsområdet, n=87

	Godt/meget godt	Nogenlunde	Dårligt/meget dårligt	Ikke relevant
Praktiserende læger	63 %	26 %	5 %	6 %
Praktiserende speciallæger	46 %	24 %	10 %	20 %
Praktiserende tandlæger	34 %	23 %	2 %	40 %
Somatisk sygehus	52 %	34 %	1 %	13 %
Psykiatrisk sygehus	33 %	33 %	26 %	7 %
Kriminalforsorgen	64 %	25 %	5 %	6 %
Kommunens øvrige forvaltninger	71 %	17 %	3 %	8 %

Der var mulighed for at uddybe samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og almen praksis. Her var der overvejende positive kommentarer og enkelte kritiske bemærkninger. En institution efterlyste bedre mulighed for elektronisk kommunikation. Enkelte institutioner beskrev, at travlhed hos de praktiserende læger påvirkede samarbejdet negativt. En institution beklagede sig over, at nogle praktiserende læger udskriver store doser benzodiazepiner og har vanskeligt ved at indgå i et samarbejde omkring medicinregulering.

Der var også i et kommentarfelt mulighed for at uddybe samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og regionspsykiatrien. Her var der overvejende kritiske bemærkninger. En institution skrev, at behandlingspsykiatrien ikke altid modtager borgere med behandlingsdom, når det er påkrævet. Flere institutioner bemærkede, at der er for lang venteliste til behandlingspsykiatrien, og at det er svært at få stofmisbrugere i psykiatrisk behandling. En institution skrev, at stofmisbrugere ikke er ønskede i psykiatrien, og en anden beskrev, at det opleves som om, psykiatrien skubber opgaverne fra sig. To institutioner beskrev en mangel på kapacitet til og interesse for stofmisbrugere med dobbelte diagnoser. Endelig var der en institution, der angav, at personalet i psykiatrien mangler kendskab til misbrugsstoffer og til principperne for substitutionsbehandling samt mangler kendskab til Sundhedsstyrelsens vejledning for substitutionsbehandling.

Under kommentarfeltet til samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og kommunens forvaltninger var der færre kommentarer, og der var ikke noget entydigt billede at finde blandt disse.

4. Diskussion

Denne undersøgelse er afgrænset til at omhandle den lægelige del af behandlingen af stofmisbrug, herunder farmakologisk behandling af opioidafhængighed i form af både abstinens- og substitutionsbehandling samt undersøgelse og forebyggelse af somatisk og psykiatrisk komorbiditet.

Resultaterne holdes i diskussionen op imod Sundhedsstyrelsens vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2008). Det skal bemærkes, at vejledningen kun gælder stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Kommunernes organisering og økonomi

Ifølge Sundhedsstyrelsen er det kommunens ansvar at tilrettelægge den samlede behandlingsindsats.

Organisationen skal derfor kunne håndtere udredning, kortlægning og diagnostik af patienter med stofmisbrugsproblemer, inklusiv en afdækning af samtidigt tilstedeværende psykiatriske og somatiske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Der er betydelig variation i, hvordan kommunerne har organiseret stofmisbrugsområdet. Størstedelen af kommunerne driver egen stofmisbrugsbehandlingsinstitution. Mange mindre enheder kan indebære en risiko for, at der opnås en mindre grad af specialisering. Resultaterne vedrørende økonomi i denne rapport peger også på, at små enheder synes at være ressourcemæssigt tungere.

De økonomiske ressourcer, der anvendes i kommunerne på stofmisbrugsbehandling varierer betydeligt. Medianen for prisen pr. borger i behandling er 46.474 kr. pr. patient. Dette tal er estimeret ud fra kommunernes oplysninger om budget i 2013 til stofmisbrugsbehandling og antal borgere i behandling i 2012. Det omfatter både lægelig og social behandling. Beløbet varierer signifikant i forhold til antallet af patienter i behandling pr. 1000 indbyggere, således at der i kommuner med færrest borgere i behandling er afsat flere penge i budgettet pr. patient. Disse tal kunne tolkes i retning af, at kommuner med små behandlingseinheder risikerer at gå glip af stordriftsfordele.

Personale på stofmisbrugsinstitutionerne

Hovedparten af regionale og kommunale institutioner har læger beskæftiget. Ti kommunale og regionale (16 %) og ti private institutioner (50 %) har ikke læger beskæftiget på institutionen. Kun cirka halvdelen af de kommunale og regionale institutioner har SOSU-hjælpere/assistenter eller psykologer beskæftiget. Blandt de 84 % af de kommunale og regionale institutioner, der har læge eller psykiater beskæftiget, har 23 % fuldtidsansatte læger eller psykiatere, hvorimod 82 % af institutionerne har læge eller psykiatere tilknyttet på deltid eller konsulentbasis. Af Sundhedsstyrelsens vejledning fremgår det, at det er en lægelig opgave at tage stilling til behovet for medicinsk behandling af opioidafhængighed, og at en kommune derfor ikke uden en lægefaglig vurdering kan foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for abstinens- eller

substitutionsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2008). Set i lyset af dette kan det virke overraskende, at en så stor andel af institutionerne ikke har fast lægeligt personale tilknyttet.

Udredning og visitation af stofmisbrugere

Som nævnt ovenfor fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning, at det er en lægelig opgave at tage stilling til behovet for medicinsk behandling af opioidafhængighed, og internationale guidelines, såsom NICE beskriver også lægens rolle i visitationen som vigtig (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008b; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008a). På 48 % af institutionerne deltager lægen aldrig, sjældent eller kun af og til i visitationen til den lægelige behandling af nye opioidafhængige patienter, og på omkring halvdelen af disse institutioner indgår der altid eller ofte lægelige oplysninger i visitationsgrundlaget. Dette indikerer, at der ikke altid ligger en lægelig vurdering til grund for iværksættelsen af substitutionsbehandling.

En lægelig behandlingsplan skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning indgå som en del af patientens journal, samt indgå i den samlede sociale handleplan. Af den lægelige behandlingsplan skal det fremgå, hvad der er sigtet med den sundhedsfaglige del af behandlingen, og eventuelle aftaler omkring forløbet skal skrives ned. På mindre end halvdelen af institutionerne udfærdiges altid en lægelig behandlingsplan. Det er imidlertid positivt, at den lægelige behandlingsplan ofte eller altid koordineres med den sociale handleplan på 91 % af institutionerne.

Screening for psykiatrisk komorbiditet

Af Sundhedsstyrelsens vejledning for substitutionsbehandling fremgår det, at der bør spørges systematisk ind til familær disposition, sociale forhold, somatiske sygdomme, tidligere indlæggelser (såvel somatiske som psykiatriske), misbrugsanamnese, evt. understøttet af urinanalyser for medikamenter og stoffer, samt aktuell medicinsk behandling ved udredning af opioidafhængige patienter. Der bør altid henvises til speciallæge i psykiatri ved mistanke om eller påvisning af: Psykoser, affektive lidelser af sværere karakter, alvorlige selvmordsforsøg eller alvorligere diagnostisk uafklarede psykiske tilstande, herunder hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. (Sundhedsstyrelsen, 2008). Også Sundhedsstyrelsens vejledning for den lægelige behandling af misbrugere af kokain og centralstimulerende stoffer fremgår det, at psykiske symptomer altid skal vurderes løbende (Sundhedsstyrelsen, 2012c).

På 37 % af institutionerne foretages der altid systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet, mens 27 % sjældent eller aldrig foretager screening. Dette indikerer således en uoverensstemmelse mellem Sundhedsstyrelsens vejledninger og praksis. Hvorvidt denne lave screeningsprævalens er et udtryk for manglende stillingtagen til risikoen for psykiatrisk komorbiditet kan ikke afdækkes i nærværende undersøgelse.

Det er positivt, at mere end tre fjerdedele anvender ASI som screeningsværktøj. ASI kan være en hjælp til at afdække kendte psykiske belastninger, men ASI kan ikke bruges til at stille diagnoser, og kan således ikke stå alene i udredningen af psykiatrisk komorbiditet. I alt 13 % anvender KL's screener, som ikke er et valideret instrument. På 14 % af institutionerne bliver mere end halvdelen udredt af speciallæge i psykiatri, oftest ved

regionens psykiatri. I betragtning af hvor ofte psykiske sygdomme forekommer blandt stofmisbrugere, peger resultatet på, at en del misbrugere med psykisk sygdom ikke udredes fyldestgørende.

Behandling og medicinering på stofmisbrugsinstitutionerne

I alt 33 af de deltagende institutioner angav at have delegeret en eller flere patienters behandling til en anden læge. Den læge, der delegerer behandlingen, har en forpligtelse til at holde sig orienteret om behandlingens forløb, herunder medicinstatus og eventuelle tilstødende sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2008). Cirka halvdelen af institutionerne fører tilsyn med den delegerede behandling én gang årligt. Otte institutioner fører tilsyn oftere, hvorimod seks institutioner angav, at tilsyn finder sted sjældnere eller aldrig. Disse resultater indikerer, at de delegerende lægers kendskab til behandlingsforløbene er på et mindre detaljeret niveau.

På en tredjedel af institutionerne er det mindre end halvdelen af patienterne, der ses af en læge i forbindelse med indskrivning til et behandlingsforløb. Samtidig er der stor variation i, hvor lang tid institutionerne sætter af til den første lægelige konsultation og opfølgende konsultationer.

Patienter med stofmisbrug har ofte en eller flere infektionssygdomme og sår, betændelse og bylder forekommer desuden hyppigt hos injektionsmisbrugere. Resultaterne i denne rapport indikerer, at forholdene på nogle institutioner kan være problematiske i forhold til at sikre tilstrækkelig hygiejne både for personale og patienter. I alt 39 % af institutionerne har ikke et undersøgelseslokale, og omkring en fjerdedel har ikke en håndvask i undersøgelseslokalet.

Omkring 90 % af intravenøse stofmisbrugere i Danmark regnes for smittet med hepatitis C, og cirka tre fjerdedele af de akutte tilfælde er uden symptomer og opdages (og anmeldes) derved sjældent. I den nationale handleplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere fremgår det, at kommunerne skal sikre, at arbejdet organiseres således, at stofmisbrugere systematisk tilbydes en række forebyggende foranstaltninger, herunder screening for HIV og hepatitis A, B og C (Sundhedsstyrelsen, 2007). På under halvdelen af institutionerne er det 75-100 % af nye opioidafhængige patienter, der screenes for HIV. På lidt over halvdelen af institutionerne er det 75-100 % af nye opioidafhængige patienter, der screenes hepatitis B og C. De lave screeningsprævalenser i denne undersøgelse tyder på, at der stadig er en udfordring på dette område.

Blandt patienter i substitutionsbehandling behandles i gennemsnit 69 % med metadon, mens den gennemsnitlige andel, der behandles med buprenorphin er 28 %. Heroin og andre morfika benyttes i meget begrænset omfang. Til ny-indskrevne patienter er de tilsvarende andele 48 % for metadon og 52 % for buprenorphin. Buprenorphin bør ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning være førstevalgspræparat (Sundhedsstyrelsen, 2008). Styrelsen har da også i et notat fra februar 2013 gjort kommunerne opmærksom på, at de forventer, at andelen af brugere i stofmisbrugsbehandling med buprenorphin bør være 50 % ved udgangen af 2014 (Sundhedsstyrelsen, 2013). På 51 af 63 (81 %) institutioner i nærværende undersøgelse er andelen af patienter i substitutionsbehandling, der behandles med buprenorphin, under 50 %.

For buprenorphin anbefales der en begyndelsesdosis (testdosis) på 4 mg, som øges med 2 mg cirka hver anden time, indtil der ikke er klager over abstinenssymptomer eller stoftrang. Den normale mætningsdosis er

mellem 8 og 16 mg pr. døgn, men doser op til 24 mg i første døgn kan være nødvendige. Ved metadon bør behandlingen indledes med en lav dosering, 20-30 mg pr. døgn. Dosisøgning foretages gradvist med en øgning på 5-10 mg højst hver anden dag, indtil tilstanden er stabil, således at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Dosisindstillingsperioden er 2-3 uger eller længere. Sædvanligvis vil vedligeholdelsesdosis ikke overskride 120 mg (Sundhedsstyrelsen, 2008). Både med hensyn til dosisstørrelser af metadon og buprenorphin befandt institutionerne sig inden for de af Sundhedsstyrelsen anbefalede rammer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at substitutionsmedicinen ved alle nye behandlingsforløb som udgangspunkt skal indtages dagligt og under opsyn, indtil stofmisbrugerens er indstillet på en passende dosis, og stofmisbrugerens samarbejde om behandlingen er sikret. Uden for hverdage bør der udleveres mindst muligt medicin til selvadministration. Når behandlingsforløbet er stabiliseret, kan der udleveres medicin til selvadministration. Der bør som hovedregel ikke udleveres medicin til mere end én uge ad gangen, og en sådan administration skal nøje vurderes i forhold til stofmisbrugerens aktuelle muligheder for selv at administrere medicinen. Undtagelser herfra kan dog forekomme, f.eks. i forbindelse med ferier (Sundhedsstyrelsen, 2008). Omtrent en tredjedel af stofmisbrugsinstitutionerne svarede, at 75-100 % af patienterne får udleveret substitutionsmedicin til selvadministration. Den typiske udleveringshyppighed for medicin til selvadministration er 2-3 gange ugentligt. Nærværende undersøgelse kan ikke afdække, hvorvidt de skøn der bliver lavet i denne sammenhæng er hensigtsmæssige.

Det er langt overvejende sundhedsfagligt personale, der udleverer medicin til substitutionsbehandling. På størstedelen af institutionerne er det sygeplejersker (60 %) eller SOSU-hjælpere/assistenter (50 %), der primært står for medicinudlevering. Den tredje mest brugte faggruppe til medicinudlevering er pædagoger (33 %). Kun på 7 % af institutionerne er det læger, der primært står for medicinudleveringen. Der er intet til hinder for, at en læge delegerer medicingivning til en medhjælp, så længe at den ansvarlige læge sikrer, at medhjælpen er tilstrækkeligt instrueret og i fornødent omfang informeret om lægemidlets virkninger og bivirkninger. Dog er det institutionens ledelse, der har ansvaret for at der er en medicininstruks for medicinhåndtering (Sundhedsstyrelsen, 2008). I alt 95 % af institutionerne havde en sådan medicininstruks.

Samarbejde omkring behandling og koordination med andre indsatser

Behandlingsindsatsen for stofmisbrug sker på tværs af både fag- og sektorgrænser. Denne undersøgelse peger generelt på et velfungerende samarbejde mellem stofmisbrugsinstitutionerne, almen praksis, kriminalforsorgen og øvrige kommunale forvaltninger. Derimod vurderer institutionerne samarbejdet med psykiatrien markant dårligere, idet 26 % vurderer samarbejdet som ”dårligt” eller ”meget dårligt”. Vedrørende samarbejdet med psykiatrien skriver flere institutioner, at der er lang ventetid i psykiatrien, og at patienter med misbrug afvises eller udskrives alt for hurtigt. Enkelte institutioner nævner, at de indgår i projekter omkring patienter med dobbeltdiagnoser, hvilket har forbedret samarbejdet betydeligt.

Idet undersøgelsen viser en lav prævalens af udredning for psykiske lidelser blandt stofmisbrugere, er der flere indikationer på, at samarbejdet mellem kommuner og regionspsykiatrien ikke fungerer optimalt. Danske

regioner har rettet en skarp kritik af den nuværende opgavefordeling mellem kommuner og regioner i forhold til misbrugere med psykiske lidelser, idet den kan føre til, at både misbrugsproblemer og psykiske lidelser ikke behandles tilstrækkeligt. Danske regioner vil således gerne samle indsatsen overfor stofmisbrug hos regionerne (Danske regioner, 2012). Også KL har peget på, at indsatsen overfor psykisk syge med misbrug er mangelfuld, men ser det som løsningen, at regionerne i højere grad skal løfte deres ansvar, og ønsker således ikke gennemgribende organisatoriske forandringer (KL, 2012).

Forebyggelse

Nærværende undersøgelse omfatter flere aspekter af forebyggelse: Prævention, forebyggelse af infektioner og overdoser.

Vedrørende prævention anbefaler Sundhedsstyrelsen en tostrengt præventionsindsats, hvor kvinder beskytter sig både mod uønsket graviditet med p-stav, p-sprøjte eller spiral og mod kønssygdomme med anvendelse af kondom ved nye partnere (Sundhedsstyrelsen, 2008). Det er dog ikke alle institutioner, der udleverer kondomer eller hormonelle præventionsmidler, hvilket kan indikere, at ikke alle stofmisbrugere har tilstrækkelig adgang til præventionsmidler.

Kun to institutioner angav, at institutionen eller kommunen udleverer overlevelsespakker med præparatet naloxon (4 %). I Danmark var der i 2011 285 dødsfald som følge af stofmisbrug, hvoraf en stor del skyldtes overdoser. Præparatet naloxon er en modgift ved overdosis med opioder. Præparatet kan ikke misbruges, og internationale undersøgelser fremhæver, at fordelene ved at øge tilgængeligheden langt overstiger ulemperne (Kim et al., 2009). I Danmark har Sundhedsrummet og Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere gennemført et projekt for at forebygge overdosisdødsfald blandt stofmisbrugere. I alt 28 deltagere gennemgik et kursus i brug af overlevelsespakkerne, og 16 overdosisdødsfald blev forebygget i løbet af forsøgsperioden. En tilgængelighed af naloxon vil formentlig have stor betydning for dødeligheden blandt stofmisbrugere (Sundhedsstyrelsen, 2012b).

En del institutioner udleverer sprøjter/kanyler/skyllevand (63 %) enten på selve institutionen eller via apoteker. Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere sprøjter, kanyler og skyllevand, men kommunerne har fået satspuljemidler til udlevering af rent skyllevand (Sundhedsstyrelsen, 2012b).

Konklusion

Undersøgelsen viser, at der er betydelige variationer i den lægelige behandling af patienter med stofmisbrug i landets kommuner. Undersøgelsen peger på en række områder, hvor der er kontraster til Sundhedsstyrelsens vejledning. Det drejer sig om udredning og systematisk screening for psykiatriske og somatiske følgetilstande, involvering af lægelig ekspertise i visitation af patienter og i brugen af buprenorphin som substitutionsbehandling. Den forebyggende og skadesreducerede indsats er desuden et område, hvor indsatsen kunne forbedres. Undersøgelsen peger desuden på, at samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner og regionernes psykiatri ikke fungerer optimalt.

Bilag 1: Spørgeskema til kommunerne

1. Hvem er leverandør af kommunens ambulante stofmisbrugsbehandling?

- Egen kommunalt drevet institution
- Køb fra anden kommunes misbrugstilbud

Hvilken kommune køber I fra?:

- Fælleskommunalt drevet institution

Hvilke kommuner indgår i samarbejdet:

- Regional institution

Navn på institutionen _____

- Køb fra privat tilbud

2. Hvor er myndighedsopgaven for den ambulante stofmisbrugsbehandling placeret i kommunen?

Nævn forvaltningsgren, f.eks. Sundhedsforvaltning, Socialforvaltning, Arbejdsmarkedsforvaltning, etc.:

3. Tilbyder kommunen at udarbejde sociale handleplaner, jf. SEL §141, for alle stofmisbrugere?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

Hvis ja, indgår den lægelige behandlingsplan i den sociale handleplan?

- Ja
- Nej

4. Informeres kommunen, når der foretages behandling for stofmisbrug i sygehusvæsnets regi?

- Kommunen informeres ved behandlingens opstart
- Kommunen informeres, når borgeren udskrives fra sygehus
- Nej, kommunen informeres ikke

5. Informeres kommunen, når der foretages behandling for stofmisbrug i kriminalforsorgens regi?

- Kommunen informeres ved behandlingens opstart
- Kommunen informeres, når borgeren løslades fra Kriminalforsorgen
- Nej, kommunen informeres ikke

6. Hvor mange borgere i kommunen var indskrevet i behandling, jf. SEL§101, for stofmisbrug per 31/12 2012? _____ (antal CPR-numre)

7. Hvor mange borgere i kommunen var i alt i behandling for stofmisbrug, jf. SEL§101, i 2012? _____ (antal CPR-numre)

8. Hvor stort et beløb har kommunen afsat i budgettet for 2013 til social og lægelig behandling for stofmisbrug (både ambulant, dag- og døgnbehandling)?

Angiv i kroner _____

Bilag 2: Spørgeskema til stofmisbrugsbehandlingsinstitutionerne

Organisation

1. Foregår der på institutionen lægelig behandling for både alkohol- og stofmisbrug under samme tag?

- Ja
- Nej

Hvis ja:

Varetager de samme læger behandling for alkohol- og stofmisbrug?

- Ja
- Nej

2. For private tilbud, hvilke kommuner samarbejder I med?

Patienter

3. Hvor mange patienter har i alt modtaget social behandling i løbet af 2012?

Angiv antallet af CPR-numre: _____

4. Hvor mange nye patienter blev indskrevet i social behandling i i løbet af 2012?

Angiv antallet af CPR-numre: _____

5. Hvor mange sociale behandlingsforløb blev afsluttet i 2012?

Angiv antallet af afsluttede behandlingsforløb: _____

6. Hvor mange patienter var indskrevet i social behandling per 31/12 2012?

Angiv antallet af CPR-numre: _____

7. Hvordan fordelte patienterne sig på hovedstoffer den 31/12 2012?

Sæt et kryds i hver af nedenstående linjer (a til f)

	< 10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	> 90
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
a. Opioider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Centralstimulantia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Benzodiazepiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hallucinogener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Andet (Gamma-hydroxybutyrat (GHB), ketamin, etc.)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Skriv hvilke andre stoffer

8. Hvilke hovedstoffer giver adgang til lægelig udredning og behandling hos kommunens eller institutionens misbrugslæge?

(Sæt et eller flere krydser)

- Opioider
- Cannabis
- Centralstimulantia
- Benzodiazepiner
- Hallucinogener

9. Hvor stor en andel af stofmisbrugere bliver set af en læge i forbindelse med indskrivning til behandlingsforløb?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Under 25 % | 25-50 % | 50-75 % | 75-100 % |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Hvor lang tid går der i gennemsnit fra patienten indskrives i behandling til første konsultation ved misbrugslægen?

Angiv antal dage: _____

11. Hvor stor en andel af patienterne udredes af speciallæge i psykiatri inden for det første år af stofmisbrugsbehandlingen?

- Under 25 % 25-50 % 50-75 % 75-100 %
-

12. Hvor gennemføres den psykiatriske udredning?

- Regionens psykiatri
- Praktiserende speciallæge i psykiatri
- Psykiater tilknyttet institutionen

Kommentarer: _____

Udredning, visitation (myndighedsafgørelse) og behandling

Med begrebet visitation menes der den kommunale myndighedsafgørelse.

13. Deltager lægen i visitationen (myndighedsafgørelsen) til den lægelige behandling af nye opioidafhængige patienter?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

Indgår de lægelige oplysninger fra udredningen i visitationsgrundlaget?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

14. Foretager institutionen systematisk screening for psykiatrisk komorbiditet i forbindelse med udredningen?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

Med hvilket instrument foretages screeningen?

(Sæt evt. flere krydser)

- ASI (Addiction Severity Index)
- M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview)
- KL's screener
- Andet (nævn): _____

15. Udarbejdes der en lægelig behandlingsplan for den enkelte stofmisbruger?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

16. Koordineres den lægelige behandlingsplan med den sociale behandlingsplan?

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

Kommentarer: _____

17. Hvor meget tid er der sat af til den første lægelige konsultation vedr. udredning af den enkelte patient? _____ minutter

18. Hvor meget tid er der afsat månedligt til den lægelige opfølgning og kontrol af behandlingen for den enkelte patient? _____ minutter

19. Findes der på institutionen et lokale, der kun anvendes til lægelig undersøgelse af patienter?

- Ja
- Nej

20. Er følgende til rådighed i undersøgelseslokalet på institutionen?

(Sæt gerne flere krydser)

- Håndvask
- Undersøgelsesbriks
- Vægt
- Blodtryksapparat

21. Hvor stor andel af nye opioidafhængige patienter får foretaget følgende undersøgelser?

Sæt et kryds i hver linje (a til e)

	Under 25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %
a. Screening for HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Screening for Hepatitis B og C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Urinanalyse for misbrugsstoffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Udredning for psykiske sygdomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Udredning for somatiske sygdomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer: _____

22. Orienterer institutionen patienternes egen læge om behandlingen?

(Hvis patienten har givet tilladelse)

- Aldrig
- Sjældent
- Af og til
- Ofte
- Altid

23. Hvilke former for behandling gives eller administreres på institutionen ud over substitutionsbehandling?

(Sæt gerne flere krydser)

- Behandling med psykofarmaka
- Abstinensbehandling med benzodiazepiner
- Behandling for HIV
- Behandling for kronisk hepatitis
- Behandling for tuberkulose
- Behandling for andre infektioner
- Andet: _____

24. Har institutionens læge(r) adgang til at trække sygesikringsydelse på et begrænset ydernummer?

- Ja
- Nej

25. Har institutionen adgang til udgående funktioner fra Regionen?

(F.eks. laborant ved blodprøvetagning, speciallæge ved behov for tilsyn (psykiater eller infektionsmediciner))

- Nej
 - Ja, nævn:
-
-

26. Har institutionen ledsageordninger for den enkelte stofmisbruger?

(F.eks. ved blodprøvetagning på laboratorium)

- Ja
- Nej

27. Benytter institutionen sig af urinprøvekontroller?

- Ja
- Nej

Hvis ja, hvem beslutter, at der skal foretages urinprøvekontrol?

(sæt evt. flere kryds)

- Læger
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedshjælpere / assistenter
- Pædagoger
- Socialrådgiver
- DAC (Danish Addiction Counselors)
- Andre (nævn): _____

Hvem følger op på analysen af urinprøven (tolkning af analysen)?

(sæt evt. flere kryds)

- Læger
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedshjælpere / assistenter
- Pædagoger
- Socialrådgiver
- DAC (Danish Addiction Counselors)
- Andre (nævn): _____

Kommentarer: _____

Udlevering af medicin til substitutionsbehandling og medicinering

28. Hvor mange patienter modtog substitutionsbehandling for opioidafhængighed den 31/12 2012?

Angiv antallet af CPR-numre: _____

Gå videre til spørgsmål 36, hvis institutionen ikke foretager substitutionsbehandling.

29. Hvor stor en andel udgør følgende præparater i substitutionsbehandlingen af opioidafhængige?

Angiv dit skøn i procent for hvert præparat (a til d)

	Procent
a. Metadon	_____ %
b. Buprenorphin (subutex og suboxone)	_____ %
c. Heroin	_____ %
d. Andre morfika*	_____ %
I alt	_____ 100 %

*Skriv hvilke:

30. Hvor hyppigt anvendes følgende administrationsformer ved metadonbehandling?

Angiv dit skøn i procent for hver administrationsform (a til c)

	Procent
a. Tablet	_____ %
b. Mikstur	_____ %
c. Intravenøs	_____ %
I alt	_____ 100 %

31. Hvilket præparat anvendes til substitutionsbehandling for patienter, der er ny-indskrevne i behandling?

Angiv dit skøn i procent for hvert præparat (a til b)

	Procent
a. Metadon	_____ %
b. Buprenorphin (subutex og suboxone)	_____ %
I alt	_____ 100 %

32. Hvad er den gennemsnitlige dosisstørrelse ved substitutionsbehandling med:

- Metadon (mikstur/tablet): _____mg.
- Buprenorphin (subutex og suboxone): _____mg.

33. Hvor stor en andel af stofmisbrugerne i substitutionsbehandling får udleveret medicinen på følgende udleveringssteder?

Sæt et kryds i hver linje (a til d)

	Under 25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %
a. Misbrugscentre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Apoteker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Botilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Andre ordninger f.eks. Falck-busser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer: _____

34. Hvor mange dage om ugen skal patienter i følgende kategorier fremmøde og indtage substitutionsmedicinen overvåget (superviseret indtagelse)?

Sæt et kryds i hver linje (a til c)

	1-3 dage	4-5 dage	6-7 dage	Ingen superviseret indtagelse
a. Første måned efter indskrivning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. 1-6 måneder efter indskrivning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. 6 måneder eller mere efter indskrivning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentarer: _____

35. Hvor stor en andel af patienter i substitutionsbehandling fik udleveret substitutionsmedicin til selvadministration pr. 31/12 2012?

Under 25 %

25-50 %

50-75 %

75-100 %

36. Hvilke kriterier skal være opfyldt for, at der udleveres medicin til selvadministration?

37. Hvad er den typiske udleveringshyppighed for følgende præparater, hvis der udleveres til selvadministration (usuperviseret)?

Sæt et kryds i hver linje (a til b)

Dagligt

2-3 gange ugentligt

1 gang ugentligt

a. Metadon (mikstur/tablet)

b. Buprenorphin (subutex og suboxone)

Kommentarer: _____

38. Findes der en lokal medicininstruks, som beskriver retningslinjer for opbevaring, håndtering og udlevering af medicin?

- Ja
- Nej

Kommentarer: _____

39. Hvem udleverer primært medicin på institutionen?

(Sæt gerne flere krydser)

- Læger
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedshjælper / assistenter
- Pædagoger
- Socialrådgiver
- DAC (Danish Addiction Counselors)
- Andre (nævn): _____

40. Anvendes følgende i stofmisbrugsbehandlingen:

(Sæt gerne flere krydser)

- NADA akupunktur
 - Alternativ medicinsk behandling:
- Hvis ja – hvilken/hvilke: _____

Delegering af behandling

41. Hvor mange patienters behandling var delegeret til en anden læge pr. 31/12 2012?

(Angiv antallet af patienter)

- Til alment praktiserende læge: _____
- Til praktiserende speciallæge: _____

42. Hvor ofte føres der tilsyn med den delegerede lægelige behandling?

(Kun ét kryds)

- Månedligt
- Halvårligt
- Kvartalsvist
- Årligt
- Sjældnere
- Aldrig

Kommentarer: _____

Forebyggelse

43. Hvilke af følgende forebyggelsesmidler udleverer institutionen eller kommunen til stofmisbrugere (enten på institutionen eller andre steder såsom apoteker eller væresteder)?

- Sprøjter/kanyler og skyllevand
- Kondomer
- Hormonel prævention (f.eks. p-piller og p-stave)
- Overlevelsespakker (med nalaxon i næsesprayform)
- Andet (nævn):

Kommentarer: _____

Ressourcer

44. Hvor mange personer (omregnet til årsværk) var i alt beskæftiget med stofmisbrug i institutionen pr. 31/12 2012?

- Læger ____ årsværk
- Sygeplejersker ____ årsværk
- Social- og sundhedshjælpere / assistenter ____ årsværk
- Socialrådgivere ____ årsværk
- DAC (Danish Addiction Counselors) ____ årsværk
- Pædagoger ____ årsværk
- Psykologer ____ årsværk
- Sekretærer ____ årsværk
- Andet _____

45. Hvor mange læger var ansat fuldtid på institutionen pr. 31/12 2012?

- Speciallæger i almen medicin ____
- Speciallæger i psykiatri ____
- Andre speciallægeanerkendelser, hvilke: _____
- Læger uden speciallægeanerkendelse ____

46. Hvor mange læger var ansat deltid på institutionen (lægekonsulenter) pr. 31/12 2012?

- Speciallæger i almen medicin: Antal ____ Samlet timetal/uge ____
- Speciallæger i psykiatri: Antal ____ Samlet timetal/uge ____
- Andre speciallægeanerkendelser: Antal ____ Samlet timetal/uge ____
- Uden speciallægeanerkendelse: Antal ____ Samlet timetal/uge ____

Kommentarer: _____

Samarbejde omkring behandling og koordination med andre indsatser

47. Hvordan vil du beskrive samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere?

	Meget dårligt	Dårligt	Nogenlunde	Godt	Meget godt	Ikke relevant
Praktiserende læger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktiserende speciallæger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktiserende tandlæger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somatisk sygehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisk sygehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgens institutioner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunens øvrige forvaltninger (pension, revalidering, sygedagpenge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Har I kommentarer til samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og almen praksis?

49. Har I kommentarer til samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og regionspsykiatrien?

50. Har I kommentarer til samarbejdet mellem institutionens misbrugslæge(r) og kommunens forvaltninger?

Referencer

- Asmussen,V.F., Bjerger,B., Houborg,E., 2013. Substitutionsbehandling i Danmark. STOF tidsskrift for stofmisbrugsområdet(20), 106-109.
- Benjaminsen,L., Andersen,D., Sørensen,M., 2009. Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark: Hovedrapport. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Center for Rusmiddelforskning,A.U., 2012. DanRIS 2011 – STOF: Dansk Registrerings- og InformationsSystem. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- DanRIS, 2013. Dansk Registrerings- og InformationsSystem (DanRIS). Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Danske regioner, 2012. To diagnoser et menneske - En faglig og effektiv misbrugsbehandling.
- Guldager,s., Hesse,M., 2012. Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen. Screeningsværktøj. Inspiration til yderligere screening. Inspiration til organisering af screeningen. KL
- Jakobsen,F., Lindstad,J.M., Malmgren,M., Hansen,F.K., 2008. Stofmisbrugsområdet i kommunerne - muligheder og barrierer efter strukturreformen. Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Kim,D., Irwin,K.S., Khoshnood,K., 2009. Expanded access to naloxone: options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality. Am. J. Public Health 99 (3), 402-407.
- KL, 2012. En styrket misbrugsbehandling.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008a. Drug misuse: Opioid detoxification. National Clinical Practice Guideline Number 52. I: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, side 1-271.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008b. Drug Misuse: Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline number 51. I: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, side 1-338.
- Pedersen,M.U., Hesse,M., 2013. Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet.
- Room,R., Stenius,K., 2004. Measuring "addiction" in Europe: The diffusion of the Addiction Severity Index, and its purposes and functions.
- Sheehan,D.V., Lecrubier,Y., Sheehan,K.H., Amorim,P., Janavs,J., Weiller,E., Hergueta,T., Baker,R., Dunbar,G.C., 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J. Clin. Psychiatry 59 Suppl 20 , 22-33.
- Sundhedsstyrelsen, 2007. National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen, 2008. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen, 2012a. Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere Statusrapport for perioden 2009-2011. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen, 2012b. Narkotikasituationen i Danmark 2012.

Sundhedsstyrelsen, 2012c. Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 2013. Behandling af stofmisbrugere med buprenorphin [notat fra Tilsyn og Patientsikkerhed, j.nr. 5-6410-11/1/HJO].

Thylstrup,B., 2013. God social misbrugsbehandling: Hvad virker og hvad kan der gøres. Udarbejdet for KL af Center for Rusmiddelforskning.