

出國報告（出國類別：考察）

## 99 年度丹麥王國毒品施用者之 刑事政策與處遇制度考察報告

出國人員：行政院二組 諮 議 徐吉志  
臺灣桃園女子監獄 典 獄 長 鄭美玉  
臺灣新店戒治所 臨床心理師 洪嘉璣

派赴國家：丹麥王國

出國期間：99 年 6 月 26 日至 99 年 7 月 3 日

報告日期：99 年 10 月 1 日

## 摘要

毒品問題是世界性的問題，各國相關政策寬嚴不一。隨著世界衛生組織及醫界對毒品成癮疾病本質的認定，愈來愈多國家將毒品政策轉以減害為目標，我國近年來毒品除罪化議題亦被熱烈討論，97 年行政院劉前院長更裁示：「未來政策走向應朝視毒癮者為『病人』的角度，提供治療與照顧。」而丹麥王國毒品政策由寬轉嚴之理由及相關處遇作為或可為我國未來擬具相關政策與措施之參考。

本次考察時間為 99 年 6 月 26 日至 99 年 7 月 3 日，考察單位包括內政及健康部、藥癮處遇單位-內城區、Forchhammersvej 特殊醫療中心及 Horserød 國家監獄等 4 機關（構）。所得考察心得及建議如下：

- （一）丹麥兼顧「零容忍」理念與「減害觀點」之平衡作法，對我國未來政策的擬定具有參考價值。
- （二）強化政府對「毒癮」問題的正確認知與面對「毒癮」問題的務實態度，增強各部會對「毒品防制」任務之體認與責任。
- （三）建立合理績效考評指標，避免挫折反毒士氣，影響政策連貫性。
- （四）從醫療及社福制度的觀點加強我國地方政府反毒職責。
- （五）從「預防重於治療」的原則思考毒癮者之處遇及刑事政策，提供成癮者公平的處遇機會。
- （六）建構完善福利制度，協助毒癮者改善生活型態，並儘速將毒癮治療納入健康保險制度給付範疇，保障基本醫療權益。
- （七）充實研究與學術資源，強化政策擬定之理論基礎，俾提昇政策之專業度與民眾的信服度。
- （八）從醫療衛生之專業觀點擬具預防及治療措施，落實三級預防（治療）外，更應推動及強化初級與二級預防。
- （九）研訂戒治計畫之認證標準與機制，提昇外界對矯正機關教化專業的認同。

# 目次

壹、前言.....	1
貳、考察目的.....	2
參、考察經過.....	4
一、 行程規劃及過程.....	4
二、 機關（構）考察情形.....	8
（一） 內政及健康部（ Indenrigs og Sundhedsministeriet ） .....	8
（二） 藥癮處遇單位-內城區（ Behandlingsenheden Indre ） .....	21
（三） Forchhammersvej 特殊醫療中心（ Specialinstitutione Forchham mersvej ） .....	33
（四） Horserød 國家監獄（ Statsfængslet ved Horserød ） .....	45
後記： Horserød 營博物館（ Horserødlejrens Museum ） .....	56
肆、結論、心得及建議.....	59
一、 結論與心得.....	59
二、 建議.....	73
伍、結語.....	77
附件：反毒作戰行動計畫（ The Fight Against Drugs—action plann against drug abuse ）【英文版】	

## 壹、前言

毒品問題的影響層面除個人身心健康之危害外，亦涉及治安、公共衛生等層面，近年來我國更因注射毒品感染愛滋、新興軟性毒品氾濫及吸毒人口年齡下降等問題，使毒品防制工作更趨嚴竣。

毒品政策一直是法務部重要施政工作之一。87 年毒品危害防制條例修正施行，我國對於毒品成癮者之刑事政策有了重大的變革，將品成癮者之定位從單純的「犯人」，改視為「病犯」，強調「預防重於治療」、「治療先於刑罰」，現實上如此政策變革，也確認了矯正機關為毒品成癮者機構性處遇的角色，其間該條例及制度雖歷經數度修正變化，但不變的是矯正機關仍然肩負著毒品犯處遇的重任，從上游的觀察勒戒，到中游的強制戒治，乃至於下游的刑罰執行，皆是為矯正機關無可迴避的職責。法務部在「緝毒」外，亦承擔「戒毒」重責。

歷年來，法務部為提昇毒品戒治成效，始終戮力以赴，積極研擬推動相關處遇作為，如成立專責獨立戒治所與各地毒品危害防制中心、設置 24 小時的戒毒諮詢專線、統整司法、警政、衛生、社政及資訊建置毒品單一窗口服務之資訊平台有效掌握毒品施用人口、擴大推動緩起訴處分以落實醫療先於司法之理念、與衛生署合作設置治療性社區、補助民間設置中途之家、引進醫療資源強化戒治醫療涵蓋率、加強社區追蹤輔導等，然或毒品成癮之疾病本質，或限於人力、經費不足等因素，歷年來再犯率仍居高不下，如何精進毒品戒治處遇作為，有效降低再犯率，實為法務部一大挑戰。

## 貳、 考察目的

### 一、 緣起

毒品問題是世界性的問題，各國毒品政策寬嚴不同，各有所據。99 年度法務部出國考察計畫再次以毒品戒治議題為主軸，規劃考察地點為丹麥王國，並經行政院 98 年 6 月 24 日核定在案。選擇赴丹麥王國，汲取該國毒品處遇經驗之理由，係鑑於過去有關毒品之實地考察多以美國及亞洲國家（日本、香港）為多，而歐洲國家如丹麥、荷蘭對毒癮者之寬容政策雖時有所聞，惟相關資料不足且卻不易取得；復根據文獻顯示，丹麥毒品政策過去以寬宏毒品政策（fairly liberal drug policy）聞名，然 2003 年提出的反毒作戰綱領（The Fight against Drugs），採行較過去為嚴的「零容忍（zero tolerance）」政策，除含括毒品交易及運輸問題外，亦包含毒品使用者，並從治療、控制、預防及減害等層面提出多項具體反毒措施<sup>1</sup>。隨著世界衛生組織及醫界對毒品成癮疾病本質的認定，及愈來愈多國家將毒品政策轉以減害為目標之世界潮流，我國近年來毒品除罪化議題亦被熱烈討論，97 年行政院劉前院長更裁示：「未來政策走向應朝視毒癮者為『病人』的角度，提供治療與照顧。」丹麥王國由寬轉嚴之刑事政策原因及相關處遇作為或可為我國未來擬具相關政策與措施之參考。

### 二、 考察主題

本次考察目的以瞭解丹麥王國之毒品政策及社區與獄中藥癮處遇模式<sup>2</sup> 大部分為主，並希藉由參觀該國監獄考察獄中藥癮處遇情之便，同時汲取該國獄政管理之經驗，以開闊視野。考察之具體主題如下：

#### （一） 丹麥之毒品政策及毒品防制主責機關（構）

---

<sup>1</sup> Recent changes in Danish drug policy : examples from a prison setting.

下載網址：[http://www.issdp.org/conferences/oslo2007/Vibeke\\_Asmussen.pdf](http://www.issdp.org/conferences/oslo2007/Vibeke_Asmussen.pdf)

- (二) 丹麥毒品防制資源體系與管考
- (三) 丹麥毒品成癮者之刑事政策、濫用情形與因應策略
- (四) 丹麥之藥癮戒治機構及處遇模式
- (五) 丹麥獄中藥癮處遇情形
- (六) 丹麥監獄之運作情形及人力資源（附帶目的）

## 參、 考察經過

### 一、 行程規劃及過程

本次丹麥考察行程自 99 年 6 月 26 日至 99 年 7 月 3 日，為期 8 天，團員搭乘 6 月 26 日晚上 10 時 50 分之中華航空班機離台，經德國法蘭克福轉乘北歐航空班機，於 6 月 27 日下午 5 時（丹麥時間<sup>2</sup>6 月 27 日上午 11 時）抵達丹麥哥本哈根；7 月 2 日下午 1 時（丹麥時間 7 月 2 日上午 7 時）搭乘原班機，經德國法蘭克福轉機，於 7 月 3 日上午 6 時 25 分返抵台灣，扣除飛航時間及時差，於丹麥王國實際停留時間 5 日。

因丹麥地處北歐，國內有關丹麥之相關資料不足，且聯繫不易，許多行前的準備（如行程安排、簽證等），在此特別感謝外交部及駐丹麥台北代表處之大力協助。5 天的實地訪查行程如次頁表列，原訂拜訪地點及主題如下：

- （一） 內政及衛生部（Ministry of the Interior and Health）：聽取內政及衛生部與丹麥國家衛生局人員有關丹麥毒預防政策及醫療處治等議題之簡報，並交換意見。Address：Slotsholmsgade 10-12 1216 København K；Tel：72 26 90 00
- （二） 內城區藥癮處遇單位（Inner city drug abuse treatment center）：瞭解該單位之替代療法及社會服福內容。Address：Hørsholmsgade 20 A 2200 København N；Tel：33 17 39 20
- （三） 治療中心（門診部）（Treatment center（clinic））：瞭解該中心有關伴隨嚴重健康問題藥癮者之特殊醫療處治及住院照護情形。Address：Forchammersvej 18 1920 Frederiksberg C；Tel：35 36 22 85

---

<sup>2</sup> 丹麥與台灣之時差，夏令時間（每年 3 月之最後一個星期日開始）慢 6 小時，冬令時間（每年 10 月之最後一個星期日開始）慢 7 小時。

(四) 丹麥獄政及觀護服務局 (The Danish Prison & Probation Service)：瞭解獄中藥癮處遇情形。Address：Strandgade 100, K 1401 København K；Tel：72 55 55 55

(五) Horserød 國家監獄 (The State Prison in Horserød)：瞭解監獄之運作及獄中藥癮處遇情形。Address：Esrumvej 367 3000 Helsingør；Tel：72 55 20 00

上述各機關之拜訪時間皆為 2 小時，惟丹麥獄政及觀護服務局之拜訪行程，臨時因故取消，行程因而改為自由活動，甚為可惜。

此次考察，駐丹麥台北代表處的朱組長俊儀除於行前代為規劃、聯繫參訪之機關(構)外，亦就當地文化、交通、生活習慣等注意事項及住宿、景點等資訊，於行前提供相關資料，於丹麥停留期間更親自接機，並全程接受、陪同參訪及協助翻譯，讓初次出即遠赴如此陌生國度考察的我們，得以免去許多摸索，順利圓滿完成考察任務，特此感謝！

另 6 月 28 日晚間駐丹麥台北代表處安排本考察團與陳代表國璜及丹麥哥本哈根市議員 Heidi Wang (王議員係台灣移民丹麥之從政人士) 餐敘，席間氣氛愉快，雙方也就此次考察目的及國情分享交流，為此次考察行程帶來意外收穫。陳代表之盛情款待，敬表謝意！此外，代表處王秘書俊義於考察團返國當日特地早起送機，亦一併致意感謝。



表：考察行程表

日期/時間		行程摘要 (除特別註明外，所列時間為丹麥時間)	夜宿地點	備註
臺灣	丹麥			
6月26日(六) 00:00-24:00	6月25(六)18:00-24:00		中華航空 CI-0061	
	6月26(六) 00:00-24:00	臺灣時間 6/26 20:50 集合(桃園中正國際機場) 22:50- 臺灣-德國(中華航空 CI-0061)		
6月27日(日) 00:00-24:00	6月27(日) 00:00-24:00	06:50-09:30 德國轉機(法蘭克福國際機場) 09:30-11:00 德國-丹麥(北歐航空 SK-0640) 11:00- 抵達丹麥(哥本哈根國際機場)	中華航空 CI-0061	
6月28日(一) 00:00-24:00	6月28(一) 00:00-24:00	13:30-15:00 拜訪「內政及健康部」 (Indenrigs og Sundhedsministeriet) 18:00-21:00 與駐丹麥陳代表國璜及丹麥哥本哈根市 議員 Heidi Wang 餐敘	Wakeup Copenhagen	與陳代表及王議員餐敘 為臨時行程。
6月29日(二) 00:00-24:00	6月29(二)00:00-18:00	10:00-12:00 參訪哥本哈根市「藥癮處遇單位-內城區」 (Behandlingsenheden Indre) 14:00-16:00 參訪哥本哈根市「藥癮特殊醫療中心」 (Specialinstitutionen Forchhammersvej)	Wakeup Copenhagen	

表：考察行程表（續）

日期		行程摘要	夜宿地點	備註
臺灣時間	丹麥時間			
6月30日(三) 00:00-24:00	6月29(二)18:00-24:00		Wakeup Copenhagen	因故臨時取原訂行程， 行程因而改為自由活動
	6月30(三) 00:00-24:00	09:30-11:30 參訪「獄政及觀護服務局」 (Direktoratet for Kriminalforsorgen)		
7月1日(四) 00:00-24:00	7月01(四) 00:00-24:00	13:00-15:00 參訪「Horserød 國家監獄」 (Statsfængslet ved Horserød)	Wakeup Copenhagen	結束 Horserød 國家監獄 參訪，一位戒護同仁盛 情邀請我們參觀對面 的 Horserød 營博物館
	7月02(五) 00:00-24:00	04:30 飯店集合前往機場(哥本哈根國際機場) 07:00-08:40 丹麥-德國(北歐航空 SK-0639) 08:40-09:30 德國轉機(法蘭克福國際機場) 09:30- 德國-臺灣(中華航空 CI-0062)	Wakeup Copenhagen	
7月3日(六) 00:00-24:00	7月03(六)00:00-18:00	臺灣時間 7/3 06:25 返抵臺灣(桃園中正國際機場) 賦歸	中華航空 CI-0062	

## 二、機關（構）考察情形

### （一）內政及衛生部（**Ministry of Interior and Health**；丹麥原文：

#### **Indenrigs og Sundhedsministeriet**）

內政及衛生部( Indenrigs og Sundhedsministeriet )是此次考察行程的第一站。下午 1 點半朱組長來到飯店接我們，約 10 分鐘的車程就抵達了目的地，該部雖位在市中心，但一路上並沒有車水馬龍的景象，也少見行人在路上走動，倒是施工狀況不少，朱組長說，此時正值丹麥的暑假期間，大部分的人多出城渡假，所以城裡的人變少了，而丹麥政府也多利用此時進行必須的修繕工程，如此一來亦可減少擾民的情況。街道上另一個與台灣相當不同的是少有商家招牌，政府機關的頭銜也不會大大地題字在機關建物上，在丹麥 4 天的參訪還好有朱組長帶領，讓考察行程得以順利進行。

丹麥共有 18 個部會，其中內政及衛生部是今年 2 月才剛改組成立的，負責組織及執行醫療保健系統、精神醫療與健康保險制度，以及藥品的核准與管控、疾病預防與健康促進等事項。參訪當日該部安排了簡報室接待我們，接待人員除了該部的顧問 Mr. Lars Petersen，還有國家衛生局（**National Board of Health**；丹麥原文：**Sundhedsstyrelsen**）的資深醫療顧問 Helle Petersen 女士。國家衛生局是丹麥最高的中央衛生主管機關，主要任務在協助內政及衛生部有關醫療保健服務的執行，俾建立最佳的醫療保健制度。此外，該局也負責給予內政及衛生部或其他與衛生業務相關之部會有關衛生醫療方面的建議，及提供民眾特定的健康資訊。因丹麥主要的濫用毒品是海洛因，所以政府對海洛因成癮者的干預相當重視，2 小時的拜訪中，先是由 Mr. Lars 為我們簡報「丹麥的毒品政策」，後由 Ms. Helle 簡介丹麥替代療法之執行情形。

## 1. 丹麥的毒品政策：Mr. Lars Petersen 簡報

### (1) 丹麥的健康照護體系

丹麥視毒品成癮者為病人，相關的干預政策歸屬於健康照護（health care）系統中，所以 Mr. Lars 在進入主題前先簡介了丹麥的健康照護政策的特色及分工。

健康照護服務是丹麥公共事務中相當大的區塊，百分之 85 的花費皆取於公務預算，主要財源為一般稅收，政府力求每位公民皆能公平而免費地獲得大部分的醫療服務，相關政策的擬定及落實從中央到地方分為 3 個層次<sup>3</sup>：中央政府（含國會及各部會）、區（regioner）政府（分 5 大區），及地方政府（有 98 個直轄市（kommuner）），且彼此權責分工明確：

#### I. 中央政府於健康照護政策上扮演之角色：

- (I) 所有健康照護政策之規劃、立法與預算分配。
- (II) 規範及管理衛生法規、醫療人事、醫院及藥局、藥品生產及病人權利等事項。
- (III) 監督及制訂健康照護部門之改進作為，如品質規範。

#### II. 5 大區在健康照護上的主要任務為管理醫院（包括精神療養院）的經營及一般開業機構。

#### III. 98 個市在健康照護上的任務：

- (I) 建立基本健康生活的架構與環境（如學校衛生服務、家庭護理等公共衛生服務）。
- (II) 推動預防工作與促進民眾健康，如戒煙或運動推廣。

---

<sup>3</sup> 丹麥全國分為 5 大行政區（regioner）（如圖一），98 市（kommuner）（如圖二），每個區包含許多個市，每個區有區委員會，每個委員會有 41 位成員。

Mr. Lars 對於地方政府這項任務的介紹，或許可以和我們在丹麥停留期間的一些所見相呼應，如記憶裡，在哥本哈根市中心不時可見隨地丟棄的菸蒂，或許反映該國亦有不少吸菸人口；另當日早上我們一行人於住宿旅館鄰近之運河道旁散步時看到有不少運動的民眾，還有成群的媽媽推著嬰兒車在慢跑，從地上設有方便推嬰兒車的專用步道，就可感受政府對這些運動媽媽的貼心。另外滿街的自行車也令人印象深刻，自行車是丹麥人十分普遍的交通工具，朱組長告訴我們，丹麥海拔低，地勢平坦，到處都規劃有自行車專用道，政府也有相當的措施保障自行車的路權使用，是健身又環保的政策。

- (III) 與區政府合作推動以病人為導向的 (patient-oriented) 預防作為，如配合醫院辦理預防宣導及病人出院之復健計畫等。
- (IV) 針對酒、藥癮者提供醫療處遇及社會服務 (社福制度)。
- (V) 提供與健康照護相關的社會服務。

## (2) 丹麥反毒政策與分工

從前面的說明可知，就政治系統而言，丹麥 98 個直轄市政府在成癮防治與毒癮治療上負有最實質也最大的責任，其中哥本哈根市可算是一個重要的標竿，因為丹麥主要的毒品施用人口起源於也聚集於該市，因此當該市能控制毒品氾濫問題時，丹麥毒品問題就可獲得大半的解決，在之後的其他參訪行程中，我們發現，哥本哈根市政府在毒癮議題不但願意承擔這樣的責任，對相關的作為也不遺餘力。

Mr. Lars 接著依序為我們介紹丹麥毒品政策之「基本原則」、「組織分工」與「政綱沿革」，

### I. 基本原則：

丹麥的毒品政策方針包含以下 4 點：

(I) 禁止非醫療性或科學性使用任何具成癮性藥物。

丹麥雖不以刑罰處罰吸毒者，但並不表示政府當局認同吸毒行為。丹麥政府“務實地”面對「目前世界各國無一政府能「完全解決(solve)」毒品問題，顯示毒品問題尚無一快速或有效之良方」的現實，對於藥癮者的政策採取減害觀點，但也認為相關的措施應有底線，該國從非法毒品施用人口的統計資料發現，毒品的禁用有助毒品濫用的防制。禁止非醫療性或科學性的藥物使用，是丹麥毒品政策的核心理念。

(II) 持續預防工作，防止新興毒品人口。

預防的工作在中央由國家衛生局負責，特別是相關衛教文宣、教材及有效預防策略的發展，落實面則強調地方政府的責任，其將主力尤聚焦於可能涉入毒品圈的高危險群，結合家庭教育與學校教育共同預防，另社會福利團體在毒品預防區塊中也扮演一定的角色。

(III) 提供多元、低門檻且彼此相輔相成的處遇服務。

丹麥視毒品成癮為疾病，除著重醫療照護與服務外，更視成癮者為社會弱勢，有一套完善的社會服務制度協助改善生活型態，且強調不同處遇系統間的聯繫密切，俾提供個案系統性且連貫性之處遇，協助脫離毒品。另外針對獄中的毒癮人口也保障其治療權。

(IV) 有效管控毒品。

毒品管控涉及緝毒及防毒兩大區塊，如追緝非法生產毒品、防止毒品運輸及擴散，而丹麥國家健康局當局也會透過非法市場中藥物濫用情形的持續監控，適時針對新興藥物採取管制措施或予以禁用。

## II. 組織分工：

Mr. Lars 強調藥癮是個複雜的醫療及社會問題，需跨專業、跨部會的通力合作，更需要中央政府、區政府到地方政府分層負責，完備毒品防制體系，

方能克竟其功。在行政體制上，丹麥與我國相似，異於美國，其並未於國會內（中央政府）設獨立專責的毒品政策機構，而是集結內政及衛生部、社會事務部、法務部及財政部等 4 部會組成委員會負責，相關毒品政策由 4 個部會首長共同協商討論定案，而內政及衛生部居中另負責統籌與協調。當然如有涉及其他部會（如教育部）業務時，也會邀請相關部會首長與會。丹麥依前述 4 大毒品政策方針之任務內容，區分政府間之權責如下：

- (I) 政策協調與整合：內政及衛生部
- (II) 預防宣導：內政及衛生部、地方政府
- (III) 醫療處遇：內政及衛生部、地方政府
- (IV) 社會處遇：社會處遇、地方政府
- (V) 獄中處遇：法務部
- (VI) 毒品管制：法務部（特別是警察系統的查緝）、財政部（特別是關稅局，有關海關查緝走私的部分）

從 Mr. Lars 的介紹可知，丹麥的毒品防制工作，從中央到地方權責劃分明確，中央主要負責政策規劃與相關立法，執行面則靠地方政府，針對中央所制定的毒品政策綱領，由各地方政府因地制宜擬具各該行動方案，另地方政府雖然可提供政策意見，且偶爾與中央意見不同，但 Mr. Lars 表示，丹麥因國家不大，中央與地方往往聯繫、溝通密切，針對問題隨時協調解決，尚無中央政策指揮但地方未予落實之情形。（至少在毒品區塊是如此！或許丹麥民眾對毒品問題（包括成癮者）之理念與態度較趨一致也是政策得以落實的重要因素。）

我們進一步瞭解相關的經費預算，Mr. Lars 表示因權責劃分於各部會及地方政府，加上每年幾乎都有相關預算的增編，難以估算及提供該國整個反毒作為的預算數據，但執行面的經費主由地方政府負擔，少部分如配合歐盟的一些反毒作為或者獄中處遇等，由中央支付。但丹麥反毒報告書指出，針對

政府 2003 年提出之「反毒作戰行動計畫 (The Fight Against Drugs- action plan against drug abuse)」，國會在 2004 年通過決議，從國家基金及社會福利基金中撥出 1 億 4,500 萬丹麥克朗<sup>4</sup> (DKK，以下同) (約台幣 (NT，以下同) 7 億 9,750 萬元)，支應該行動計畫預計於 2004 至 2007 年完成之諸多毒品政策，之後又爲了加速推動相關政策再追加預算，政府和國會決議通過再撥出 2 億 5,000 萬 DKK (約 13 億 7,500 萬 NT) 支持 2006 至 2009 年間的反毒措施；2008 年撥出 1 億 2,800 萬 DKK (約 7 億 400 萬 NT) 強化 2008 至 2010 年的藥癮處遇方案；2009 年仍有相關預算的通過案，包括海洛因治療計畫、2009 年 440 萬 DKK (約 2,200 萬 NT) 及 2010 至 2012 年 600 萬 DKK (約 3,300 萬 NT) 的獄中處遇計畫，及 2009 年 3,300 萬 DKK (約 1 億 6,500 萬 NT) 的改善社會弱勢健康狀況醫療計畫等。在地方政府部分，相關的預算歷年來也是顯著增加，以社會服務處遇爲例，2001 年爲 620 萬 DKK (約 3,410 萬 NT)，2009 年已增加到 6,540 萬 DKK (3 億 5970 萬 NT)。從該國反毒預算的投入，可見丹麥政府從中央到地方對於毒品防制的重視程度。

在督考方面，根據 Mr. Lars 的說明，中央對地方的監督密度並不高，績效的管考在於保障藥癮者的處遇權利，而非再犯率，對中央而言，反毒作爲屬地方事務，由地方議會監督，這或許是目前台灣理念不同與不及之處。

### III. 反毒政綱之沿革：

丹麥政府因應社會毒品問題的變化，逐年提出不同施政重點，茲條列如下：

- (I) 2001 年施政重點：主要在加強地方政府針對吸毒高危險群（如性工作者、無業遊民等）的預防工作，及強化防制毒品犯罪。
- (II) 2003 年施政重點：除持續強化 2001 年重點工作外，進一步具體提出

---

<sup>4</sup> 每 1 DKK，約台幣 5.5 元。



「反毒作戰行動計畫」。該計畫至今仍是丹麥反毒政策的主要藍本，爾後政策皆以之為基礎配合社會環境與毒品問題，適時修正及調整反毒工作重點。

- (III) 2005 年施政重點：鑑於與毒品濫用問題之死亡率高，該年度特別優先致力於藥癮衍生之公共衛生議題的介入，如降低死亡率，此外擴大獄中毒癮者的治療與復健計畫也是工作重點，。
- (IV) 2007 年施政重點：引進海洛因處方治療計畫，並加強實施替代療法。
- (V) 2010 年施政重點：Mr. Lars 預告說，丹麥今(2010)年 2 月內閣改組，將於年底前針對歷年來反毒政策及執行成果檢討改進，並提出全新的反毒策略與行動計畫。

### (3) 重要反毒策略

#### I. 反毒作戰行動計畫<sup>5</sup> (The Fight Against Drugs- action plan against drug abuse)

因 2003 年的反毒作戰行動計畫可謂丹麥毒品政策之藍本，Mr. Lars 針對該計畫作進一步介紹，並列舉其中數個重要策略與我們分享，使我們對丹麥的反毒政策有更完整的認識。

「反毒作戰行動計畫」於 2003 年 10 月提出，從預防 (prevention)、醫療處治 (medical treatment)、社會處遇 (social treatment)、獄中矯治 (treatment within prisons)、法律執行 (law enforcement) 及國際合作 (international co-operation) 六大面向，擬具了 36 項具體策略，較重要的策略包括：

- (I) 無毒市鎮計畫 (Drugs out of the town)：於 14 個地方政府聯合推動 3 年發展計畫，整合所有與毒品防制有關的介面，諸如學校、家庭、警察、相關的協會及可以提供協助的組織等共同合作，致力於減低社區內毒品擴散問題，同時強化國家健康局居中支援與協調的角色

<sup>5</sup> 讀者若有興趣瞭解「反毒作戰行動計畫」之詳細內容，請參閱附件。

及責任，由該局本於專業化協助強化基本設施、戒治技術、衛教文宣及教材的發展、青少年與家長的反毒教育，及專業人員的教育訓練，也鼓勵各地方政府彼此分享反毒經驗。

- (II) 訂定替代療法之評估與處治指引，保證替代療法的醫療品質。
- (III) 免費提供吸毒者 A、B 型肝炎疫苗注射，及加強控制 C 型肝炎的感染。
- (IV) 鑑於毒品年輕化的問題日趨嚴重而形成一個嚴重的社會問題，政府針對年輕的藥物濫用者發展出特別的處遇方案，也提供更多社會取向的服務。
- (V) 爲了預防毒品流入監獄或其他矯正機關，政府擴大辦理獄中藥癮者之處遇措施。
- (VI) 零容忍政策 (zero tolerance)：嚴禁持有毒品，任何類毒品的持有經警察告發至少有罰金 (fines) 以上的刑責。

## II. 其他近年新的重要反毒政策

- (I) 社會處遇保證 (social treatment guarantee)：透過法案保障藥癮者的社會福利制度。
- (II) 監獄內的「處遇保證 (treatment guarantee)」：保證每位有毒癮問題之受刑人可以於獄中得到相關的治療。
- (III) 針對嚴重成癮的毒癮者，提供特定的健康照護服務，如丁基原啡因的替代治療、海洛因處方治療及發展醫療品質保證系統 (Quality assurance system)，保障病患各類醫療處治的品質。

## 2. 鴉片類成癮者替代療法之醫療指引 (Guidance on medical treatment of drug abusers in substitution treatment for opioid dependence)：Ms.Helle Petersen 簡報

Ms. Helle 引用 2008 年聯合國及世界衛生組織對藥癮者處遇的主張，強調藥癮是一種多因子的健康疾病，伴隨復發及慢性化的病程，需要生理、心理、社會等跨領域專家的介入。但至今仍有很多國家或地區並不視之為衛生問題，不僅對這群人標籤污名化，甚至未提供治療或協助復健。

藥癮者除了藥物濫用（多重藥物濫用）的問題外，幾乎都伴隨有身體健康、精神健康及社會方面的問題，在丹麥提供藥癮者醫療服務的體系包括了私人診所（一般家庭醫師（GP））、精神醫療機構、一般醫療院所、監獄及整個社會服務系統，換言之內政及衛生部、社會服務部與獄政及觀護局都負有提供藥癮者處遇的責任。不僅如此，丹麥還訂有相關的法令保障藥癮者的醫療及社會處遇，及規範醫師在藥癮醫療上的責任，以確保藥癮者接受的處遇是符合其個人需求且有一定的品質保證，在丹麥對鴉片類物質成癮者提供醫療服務已被視是醫療責任。

丹麥要求直轄市政府落實執行藥癮者的處遇，除了醫療服務，還必需同時考量個案的社會需求，且市政府有責任整合相關服務機構，強調為每一個個案量身訂做「行動方案（action plan）」（內容除了必要的治療外，還包含的長期的復健計畫）。其中對藥癮者提供的醫療服務包括尿液篩檢、多重藥物濫用治療方案、鴉片類物質成癮的診斷及評估、替代療法、藥物相關的生理（如膿瘡、敗血症、結核病、牙科問題、營養失調等）及精神疾病診斷與治療、肝炎及愛滋病的篩檢、諮商及治療、非計畫性懷孕的預防及懷孕藥癮者的治療等。

在藥癮流行病學方面，丹麥有 500 多萬人口，藥物濫用者約有 27,000 名，其中多數（約 20,000 人）為海洛因成癮，且他們通常合併有鎮定劑、古柯鹼或酒精濫用的問題，又靜脈注射占了海洛因成癮個案的 65%（約 13,000 人）。濫用大麻是近年來丹麥另一嚴重的藥物濫用問題，約有 7,300 名。與吸毒有關的死亡案件每年則約 225 人，資料顯示藥癮者的死亡率高達一般人的 10 倍。

丹麥的藥癮治療全是自願性的，據統計藥物濫用者中約有一半人口（13,500

人) 進入藥癮處遇系統，其中接受替代療法者約 7,500 人，該國使用的替代療法藥物以美沙冬 (占 9 成) 最多，丁基原啡因 (含 suboxon) 約占 1 成，還有極少數的個案 (約 0.5%) 經評估後接受海洛因替代治療。

Ms. Helle 接著分享美沙冬在丹麥推廣的過程，茲條列如次：

- 1970 美沙冬用於短期的戒斷治療
- 1980 由家庭醫師提供美沙冬長期維持療法
- 1996 在 13 個省 (現已改為 5 大區) 改聘用專職醫師，實施美沙冬計畫
- 2004 政府設置美沙冬治療品質改善基金
- 2007 丹麥行政區改制，由 98 市負起藥癮者之醫療處遇責任。
- 2008 爲了確保鴉片類物質成癮者的醫療品質，達到降低與吸毒相關之疾病的發病率與死亡率、改善病人在治療中的安全、改善生活品質及降低非法藥物之使用等目標，國家衛生局出版「鴉片類物質成癮者替代療法之醫療指引」。
- 2009 開始試辦海洛因治療計畫，並由國家衛生局訂定了「鴉片類物質成癮者海洛因處方指導原則」海洛因的處方及治療原則。
- 2010 針對藥癮者的醫療處遇實施品質保證的檢核制度 (Quality assurance system)，如評估市政府是否依法提供相關的處遇 (包括組織、處遇過程及結果)、評比市政府有關治療計畫的貢獻等，及完備相關的資料建檔。

簡報最後，Ms. Helle 向我們介紹及推薦該國出版的「鴉片類物質成癮者替代療法之醫療指引」，及「鴉片類物質成癮者注射海洛因之處方指引規則 (Prescription of Injectable Diacetylmorphine (Heroin) in Case of Opioid Dependence)」。因此二份指引的出版係以管控及統一鴉片類物質成癮者之藥物治療與醫療之品質爲目的，故研擬過程亦相當嚴謹。

## **(1) 鴉片類物質成癮者替代療法之醫療指引**

該指引於 2005 年開始著手編輯，除了全面搜集替代療法的相關文獻及實徵資料（含其他國家的治療原則），並召集專家、中央及地方政府開會研商外，還舉辦公聽會，俾確認指引兼具理論與實務基礎。指引中揭示，受治療者需為世界衛生組織國際疾病與相關健康問題統計分類第十版（ICD-10）中定義之鴉片類物質依賴患者，並強調開始投藥前必須高度確認患者確有此類疾病診斷，治療期間也需合併提供心理社會需求之評估、支持性會談及必要的社區服務，且所有治療皆予免費。

指引中也針對替代藥物之執行人員資格、藥物及如何處方等詳加規定。在丹麥主要的替代治療藥物有丁基原啡因（buprenorphine）及美沙冬（methadone）2 種，指引中建議對於新的成癮病患優先使用丁基原啡因為宜，因其過量中毒的風險較低，對病人或遭流用的第三人而言也相對安全，且若該藥無效，則個案因此轉用美沙冬替代治療較從美沙冬轉以丁基原啡因替代容易且安全；對於口服美沙冬治療後仍持續以注射方式濫用鴉片類成癮物質者則可改施予美沙冬針劑。此外該指引強調針對每個個案醫療效果及品質的監督及管控，如醫師在同意個案帶藥回家服用前必須先確認該作法使個案得到的效益遠大於其帶藥回家可能之藥物流用（diversion）或過量使用之風險。

## **(2) 鴉片類物質成癮者注射海洛因之處方指引規則**

自 1996 年起，丹麥國家衛生局及開始研擬該指引，至其 2009 年出版，其間歷經許多專家評估研議、國會 7 次提案，及 2 次公聽會，2007 年國家衛生局更提專案評估報告，指出現有的證據顯示對於口服美沙冬無效的個案給予海洛因處方結合口服美沙冬是有效的，至 2008 年起才由政府挹注資金嘗試推行。

以海洛因治療鴉片成癮者儘能作為第二線的治療，且需同時合併口服美沙冬治療，執行該療法之醫師需經國家衛生局認可，在治療對象上也相當限縮，僅針

對長期接受美沙冬替代療法無效、仍持續大量靜脈注射非法成癮物質，且有嚴重健康問題之個案，醫師每 6 個月必須檢視個案的治療情形，調整劑量。此外，於療程開始時及爾後的每 6 個月進行個案資料的搜集亦是醫師執行海洛因治療的重要任務，俾利後續成效的評估，收集的資料包括個案的身體及心理健康狀態、藥物濫用及風險行為評估、個案生活品質狀態之自陳、個案之社會功能等。

因上述兩個指引為醫療作為之專業指導手冊，不另以篇幅詳述，讀者若有興趣可於以下網址下載參考：

- <http://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Laegelig%20behandling%20stofmisbrug.aspx>
- [http://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Laegelig%20behandling%20stofmisbrug/Ordination\\_heroin.aspx](http://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Laegelig%20behandling%20stofmisbrug/Ordination_heroin.aspx)

## (二) 藥癮處遇單位-內城區 (treatment unit- Inner city；丹麥原文：**Behandlingsenheden Indre**)

經過昨天「內政及健康部」的拜訪後，我們已對丹麥政府的毒癮者定位及處遇政策有了初步的概念，今天（6 月 29 日）我們將以哥本哈根市為例，於上、下午分別參訪 2 所藥癮處遇機構，以瞭解丹麥地方政府的藥癮治療措施。

上午 9 點 30 分朱組長依約到飯店門口接我們前往哥本哈根市內城區藥癮處遇單位（Behandlingsenheden Indre，BEI）。該單位位在哥本哈根市中心不遠的 Hørsholms 街上，不到 15 分鐘的車程，我們便能從飯店抵達。Hørsholms 街的一旁是一棟棟的公寓民宅，另一旁則是座公園，是丹麥民眾休憩及享受日光浴的極佳地點，處遇單位就座落在其中的一棟民宅裡，如果不是 1 樓大門旁貼有藍色的小告示牌，上面還註明著機關名稱及營業時間，很難看出它其實是個醫療機構。

在處遇單位 2 個小時的參訪，由單位裡的社工員 Sanne Vangskjær 及她的另

一位同事接待我們。我們先是以非結構式的座談方式，向她們請教該單位的工作內容及組織體系，後半小時再實地參觀機構內的環境。以下我們除了分享該單位的運作外，也會一併對該單位所屬的整個組織體系簡要說明，使讀者能對該單位在哥本哈根市之藥癮處遇中扮演的功能與角色有更全面的瞭解，此外也會以照片補助來介紹該機構之硬體環境。

## 1. 內城區處遇單位（Behandlingsenheden Indre）之運作

在哥本哈根市裡，除了內城區處遇單位（Behandlingsenheden Indre）外，還有其他 3 個相同的單位，它們都是「哥本哈根諮詢中心（Københavns Rådgivnings Center，RCK，下稱諮詢中心）」下設的以社會處遇（social treatment）為取向的處遇機構（behandlingsenheder）。而「諮詢中心（RCK）」則是哥本哈根市市政府針對物質成癮者特別設置的專責處遇機關，主要的服務對象為 18 歲以上的藥癮者及 18-30 歲的酒癮者<sup>6</sup>，只要是該市市民，無論自己或親友有大麻、古柯鹼、海洛因、俱樂部用藥及酒精濫用的問題，都可以獲得免費的門診治療或諮詢。

哥本哈根市視物質成癮者為病人，但將「物質成癮」視為社會問題，相關的政策及措施皆從社會服務（社會福利）的角度來規劃及提供服務。諮詢中心（RCK）在哥本哈根的市政結構裡，屬市議會裡「社會服務委員會/社會服務部（Socialforvaltningen）」<sup>7</sup>下設的單位，社會服務部除了針對物質成癮者外，亦針對其他 3 類需求特殊的民眾族群（弱勢兒童/青少年/家庭、身心障礙民眾、有社會服助需求之成年人），分別設有專業的專責機構，哥本哈根市對市民周到而全面的生活照顧可見一斑。

<sup>6</sup> 未滿 18 歲的物質成癮者，由 U-turn 專責提供服務，30 歲以上的酒癮者則可尋求酒癮治療中心（[Center for Alkoholbehandling](#)）的協助。

<sup>7</sup> 哥本哈根市市議會共由 7 個委員會組成，每個委員會由 1 名市長領導，7 位市長中的 1 人同時為哥本哈根市首席市長。每個委員會下，設有總理該委員職掌事務之行政部門，如社會服務委員會下即設有社會服務部。

諮詢中心（RCK）是一個結合理論與實務的專業藥癮機構，主要的工作模式為焦點問題解決取向，強調以個案為中心，關注個案的需求與資源，同時尊重個案的改變意願。諮詢中心也以成為整個丹麥王國藥癮處遇的龍頭為目標，所屬機構採用的治療模式及方法也都強調符合時代潮流及具有實徵證據的治療方法，如認知取向療法（cognitive approach）、動機式晤談（motivational interview）及系統及焦點問題解決取向（systemic and solution focused approach）等，諮詢中心（RCK）也相當強調同仁的在職教育，力求提供成癮者最好且高品質的處遇服務。

諮詢中心（RCK）將哥本哈根市依行政區劃分為 4 大區域，4 所處遇單位則分設在各大區內，並另設有 1 個接案單位與之配合（RCK 體系及各機構之轄區如圖三），俾針對各自轄區內之市民提供服務，本次的參訪單位及其轄區如圖三中淺綠色區塊。以下分別簡介接案單位及處遇單位之運作。

### （1）接案單位

接案單位，顧名思義是個初診（in-take）單位，沒有求助過諮詢中心（RCK）的個案，第一次得先依其居住地聯繫所屬轄區內的接案單位，他們可以以信件、電話，或親至到接案單位掛號預約（營業時間如圖一），預約後接案單位會安排第一次的面談。第一次面談的主要任務在澄清個案用藥情形、社會狀況及處遇需求等，及協助尋得個案所需要的處遇資源，面談後接案單位會召開面談委員會議來決定個案需要的協助及強度，如門診治療、日間留院或住院治療，而個案也可以選擇是否要參與前述的委員會議，瞭解專業人員對自己狀況的討論。此外，接案單位也會瞭解個案的經濟狀況、社會問題或就業情形，俾為個案量身訂做完整的社會行動計畫（social handleplan），確保提供連貫而完整的處遇。

接案單位完成評估及處遇建議後，會依個案需求將之轉介至負責不同處遇的專責機構，包括哥本哈根諮詢中心（RCK）所屬的治療單位及公立或私立醫療機構。接案單位的治療形式包括團體治療或個別諮詢，通常每週一次，必要時也會



結合施予替代療法。個案無論於初診單位繼續接受門診治療或被轉介至其他治療機關，個案在接案單位中都有可供聯繫的個管員，個管員除了確定個案是否獲得必要的處置外，也扮演協調提供個案其他處遇之機構(如就業中心、兒童機構等)的角色。

除了藥癮個案，和處遇單位不同的，接案單位也提供 18-30 歲酒癮者的諮詢與面談，協助個案減少或停止喝酒行為。

## (2) 處遇單位

處遇單位是接案單位主要的接續治療單位，惟只針對藥癮個案，經接案單位評估而有酒癮治療必要之酒癮個案，則會被轉介到其他專門的酒癮治療機構。

經處遇單位的個案皆由同區的接案單位轉介而來，給予較長期的藥癮治療，它們會依個案的狀況、治療動機及之前的治療經驗提供替代療法、健康會談 (sundhedssamtale) 及社會心理治療。和接案單位一樣，治療的形式只有門診治療，包括個別諮商或團體治療，且全數免費，個案只有因故需轉介住院治療時，才需付費。以內城區處遇單位為例，每位個案每月平均的治療費約 8,000 至 9,000 美元 (約台幣 25-29 萬元)，全由政府支應。

接案單位和處遇單位也都同時扮演社福中心 (socialcenter) 的角色，除提供市民現金協助外，也處理市民依社會法案提出的經濟援助申請及膳宿公寓的問題 (pension matters)，藥、酒癮個案有任何個人權益的問題也都可以在這獲得諮詢。

內城區處遇單位現有約 23 名工作人員，其中 2 名醫師，5 名護士，其餘 16 名則是社工員或輔導員，提供藥癮者替代療法、社福、法律及教育等方面的服務，同仁裡還有 3 位男性輔導人員，會不斷於社區中找尋治療中輟的個案，以鼓勵他們回到療程中，但機構內並沒有設置臨床心理師，工作人員表示臨床心理師只有接案單位有。

處遇單位提供的服務以美沙冬治療及社會治療為主，所以處遇單位也可以說是哥本哈根市專責的美沙冬治療機構。該區目前有 550 個海洛因成癮個案，但每月來該單位接受美沙冬治療的個案平均僅 150 位，每月 2 次，其餘皆由一般家庭醫師開藥治療。該單位除了與政府機構合作，針對個案的需求轉介提供必要服務外，也與戒癮的 NGO 團體合作，如 AA（在 AA，每個療程約 2-6 個月）。

社工員 Sanne Vangskjær 強調說，藥癮是一個社會問題，求助的個案通常併有就業、經濟、居住、親職教養等各方面的社會問題，處遇單位以減害及整體處遇（helhedsorienteret behandling）為出發點，對於藥癮病人的生理及健康議題、社會及經濟狀況與就業情形等都會提供介入。例如，藥癮個案若育有未成年（18 歲以下）的孩子，單位會進一步評估孩子是否需要安置或送寄養家庭。今年丹麥更通過立法，對特定的個案，若經過評估，甚至可以取消其對孩子的探視權，以避免或降低個案對孩子造成的負面影響。處遇單位對藥癮治療的目標雖是完全戒絕，但會尊重個案的治療動機，協助個案設定合理目標，提昇改變動機，不會強迫個案一定要完全戒絕。

座談尾聲，我們對該單位座落於民宅裡，社區民眾的觀感如何感到好奇。工作人員說：「在丹麥這樣的問題會有，但不大。」以該單位為例，「雖偶有抗議，但居民久了也習慣了，一方面因為民眾可以認同這些人是需被照顧的弱勢，另一方面來治療的藥癮者也會珍惜政府提供的資源，不會在機構內或附近滋事。」

此外，我們也詢問工作人員：該單位的上級－社會服務部，如何控管單位的執行成效，如復發率（治療後又再施用毒品）？對此，工作人員則表示，哥本哈根市政府並沒有對處遇單位進行具體的成效考核，也不會以復發率來認定執行績效，處遇單位通常向上級報告每年有多少服務量，需要多少預算執行業務，對他們而言評量是處遇單位針對每個個案進行的療效評估。以該單位為例，每半年會針對服務的個案，從毒品使用、酒精使用、犯罪事實、就業狀況、經濟狀況、家庭關係、社會狀況、精神狀態及身體健康等面向進行評量，並與個案前次的評量

結果比較，以了解個案改變的情形，並藉以修正相關的處遇計畫。另外，該單位也會擬訂新的處遇計畫，如運動治療計畫（sport program），向社會服務部申請相關預算來執行。

社工員 Sanne 進一步向說明運動治療計畫（向前行計畫(MoveOn)），這是諮詢中心（RCK）近年重要的處遇措施，也是該處遇單位引以為傲的治療方案。實務上，他們發現運動對藥癮者助益良多，且已有愈來愈多的研究顯示，運動是很好的輔助治療，它的好處包括：減輕戒斷反應、提供支持避免復發、增加自信及提昇自尊、填補用藥帶來的空虛感、增強免疫系統，降低生病風險及對抗憂鬱情緒等。在諮詢中心（RCK）接受處遇的個案都可以全額免費參加此方案，運動的內容則包括：利用健身器材健身、舉重、球類（羽球、曲棍球）運動及拳擊教學等。

## 2. 內城區處遇單位（Behandlingsenheden Indre）之硬體設施

從硬體環境來看，該單位嗅不到任何醫療機構的藥水味和緊張氣氛，不僅外觀是棟民宅，室內亦是居家裝潢，比如候診區就如家中的客廳或起居室，但簡單醫療設備無虞，以下就以照片輔助說明。

### （三）Forchhammersvej 特殊醫療中心—門診部

（Special Institution- Forchhammersvej, clinic；丹麥原文：

**Specialinstitutionen Forchhammersvej, Ambulatoriet**）

中午稍作休息後（但朱組長得利用中午空檔回到台北駐丹麥辦室處趕辦公文），下午 1 點 40 我們繼續前往另一個藥癮治療機構—Forchhammersvej 特殊醫療中心門診部（Specialinstitutionen Forchhammersvej, Ambulatoriet）參訪。和印象中大門敞開的醫療機構不同，還好與早上參訪的內城區處遇單位一樣，中心的

門口上有個寫著機關名稱的藍色小招牌，這讓我們得以確定這棟位在 T 字路口的 4 層樓灰磚公寓正是我們的目的地。藍色小招牌上寫著：「特殊醫療中心，大廳：門診部，1 樓：行政區，2 及 3 樓：護理部<sup>8</sup>」。其實 Forchhammersvej 特殊醫療中心亦是哥本哈根市社會服務部下設的藥癮治療機構，包括了好幾個相關的專業機構，如門診部、護理部、學校部（Kollegiet）、護理之家（Plejekollektivet）等，而我們參訪的就是其中的門診及護理部。

朱組長按了門鈴，一位工作人員領我們繞著公寓邊來到公寓後方，這才發現別有洞天，剛才的灰磚公寓只是該機構的一部分，兩位接下來將接待我們的人員早已在那等候我們，一位是社會服務部的醫療董事 Peter Ege 博士，另一位則是該機構資深顧問 Christian Hvidt 博士，隨著他們，我們來到 2 樓一間小會議室，2 位博士分別以「丹麥的藥物濫用處遇（The Treatment of Drug Abuse in Denmark）」及「藥癮者與醫療處遇－以 HIV 感染者為例（Drug Users and Medical treatment – Focus on HIV-positive Drug Users）」為題為我們簡報，最後就近帶我們參觀位在 2 樓的護理部。

## 1. 丹麥的藥物濫用處遇－Dr. Peter Ege 簡報

### （1）丹麥藥物濫用概況

丹麥各自治市的藥癮者處遇由 98 個市各自負責執行，5 大行政區則是負責整區的健康照護系統（health care system）。2006 年丹麥的吸毒人口約 25,000 多人，濫用的毒品則以海洛因為主，但近年來使用大麻（hash）、安非他命，古柯鹼等他類毒品的人數明顯激增（如圖四）。統計接受治療的藥癮人口也發現，近來使用大麻求助的人口比例逐漸增加，而鴉片類成癮者的求助比例則減少（如圖五）。Dr. Peter Ege 解釋說，鴉片類成癮者新增治療人數比例的下降，和提供美

---

<sup>8</sup> 丹麥的 1 樓一般稱作大廳，從 2 樓開始算樓層為第 1 樓，此處所指的 1 樓就是在台灣指的 2 樓，以此類推。

沙冬治療海洛因成癮及，人們改變使用大麻等其他軟性毒品有關。從數據統計也顯示，1995 年後與毒品施用有關的死亡案例也較過去明顯增加，2008 年與毒品有關之死亡率約 1%，主要為過量致死。在丹麥，吸毒（海洛因）問題源於哥本哈根，該城市的吸毒人口較多，因此吸毒相關的死亡案例也較多，但也因為如此，促使哥本哈根市的戒癮治療及社會服務體系對毒癮者的介入較其他城市為早，加上市民對藥癮者的態度也較友善，因此近年來哥本哈根市藥癮者的死亡率已顯著下降，而其他城市則尚無明顯改變（如圖六），這也說明了哥本哈根藥癮處遇體系的具體成效。

## （2）哥本哈根市的戒癮處遇架構及醫療網絡

Dr. Peter Ege 除了簡介丹麥中央對戒癮處遇的分工<sup>9</sup>，也進一步說明整個哥本哈根市的戒癮處遇架構及系統，這才知道，早上參訪的處遇單位，只是哥本哈根市多類戒癮處遇機構中的一類，而哥本哈根諮詢中心（RCK）也只是整個處遇網絡中的系統之一，哥本哈根市完整而細緻的專業戒癮處遇分工網絡，讓人印象深刻也深感佩服。

哥本哈根市戒癮處遇包括酒癮及藥癮的服務，所有的政策皆立基於知識與研究，治療的形式包括個別諮商、團體治療、活動參與、生活照護、心理治療等。介入的架構如圖七，所有處遇都是基於個案的意願（自願治療），並經由完整的評估（Assesment）瞭解個案生理、社會、精神等各方面的狀況來確立個案的處遇目標，希望完全禁絕，或沒有其他生理疾病的，可提供治療性社區或門診式的處遇，協助個案維持無毒狀態，避免復發；對於尚無法達到完全禁絕者，或尚有醫療問題的個案，則需施以藥物治療或以替代療法協助控制毒品用量，有些個案經過一個月的解毒戒斷，亦可提供完全戒除的處遇。根據 2007 年的統計，哥本哈根市有 2,500 人因酒癮問題接受治療，2,700 人因藥癮問題求助，但該市估計全市有酒精依賴問題者約 19,000 人，及 6,000 人有藥癮問題。近年來因為使用

<sup>9</sup> 該部分已於本章第 1 節中介紹，在此不另贅述。請參見 p.10。

大麻及古柯鹼的人數增加，哥本哈根市也為此提供針對大麻及古柯鹼的處遇方案。

哥本哈根市戒癮處遇系統以確保每位酒癮及藥癮者都可以獲得酒、藥癮的治療、協助個案維持無毒清醒的狀態，減緩復發、為無家可歸的成癮者找到可以落腳的地方、提供醫療服務與減少死亡率，及誘使（motivate）年輕的物質濫用者儘早接受治療為目的，並據此完備戒癮處遇資源網絡。Dr. Peter Ege 利用圖八說明整個哥本哈根市的戒癮處遇系統，因為物質成癮被視為社會問題，因此相關的服務由市議會下的社會服務部規劃提供，包括三大系統，其中又以前一章節提到的哥本哈根諮詢中心（RCK）體系為主（如圖八，淺藍色系統），所有的個案都先由接案單位評估及提供初步的治療，再視情況接續由處遇單位施予處遇或轉介特殊機構或治療性社區（如 AA 或 NA 團體），比較穩定的個案也會由處遇單位將之轉介由私家門診或家庭醫師追蹤治療。第二個系統以酒癮者為主，至於圖中橙色的系統則屬特殊醫療系統，包括針對懷孕的藥癮婦女與育有嬰幼兒之藥癮者的家庭治療中心、海洛因治療方案（即以海洛因治療海洛因成癮），及針對併有特定生理疾病（如 HIV<sup>+</sup>、C 肝等）而需特殊醫療照顧的醫療機構等。此外，哥本哈根市針對 18 歲以下物質成癮者亦有專責的機構—U-turn 系統，另外衛生部門下的精神醫療門診也在藥癮處遇中有其功能與角色。以上所有的戒癮處遇，只要是門診治療費用，全由政府支應，住院治療也只需負擔三餐，治療費亦有健保支付，相關預算全來自哥本哈根市政府的稅收，每年平均花費約 2,000 萬歐元（約台幣 8 億元），只也有極少部分的特殊方案，如獄中的治療方案、海洛因治療方案等由中央政府編列預算支應。

在藥癮處遇的服務量能方面，目前一年約有 2,800 位藥癮者進入整個治療體系，接受替代療法者有 1,478 人，其中 880 名接受替代療法者皆由哥本哈根諮詢中心（RCK）體系提供。哥本哈根諮詢中心（RCK）的處遇單位（4 處）每年約有 700 位的服務量能；求助的藥癮者中有特殊需求者，如併有嚴重身體疾病或精神

疾病、懷孕等，約 210 人；另醫學門診的服務量能約 450 人；一般家庭醫師的藥癮服務量能也有 170 人；此外，接受無毒治療性社區處遇者也有 140 名。

Dr. Peter Ege 一再強調戒癮治療必須符合個案的需求，治療目標從減害觀點出發，爲了達到提昇生活品質、減少毒品使用、預防或治療藥癮相關疾病、給予安置、職業訓練及改善社會、心理功能等處遇目的，治療策略要 4 管齊下，其一是「個案管理 (case management)」，因爲藥癮是個極複雜的問題，個案會有生理、心理、社會、職業等各方面的問題，需多元的處遇資源，透過個案管理可以整合及協調不同的處遇資源；其二、三分別爲「以證據爲基礎的心理諮商 (evidence-based psychological counseling)」及「藥物治療」，包括戒斷解毒、替代療法、身體及精神疾病的治療等，最後「照護 (care)」更是不能少，因爲藥癮是長期的復健。Dr. Peter Ege 說減害的政策讓哥本哈根大大減少了因注射毒品而感染愛滋的病例，以去年爲例，在 250 件新增病例中，只有 3-4 人爲毒癮者，大多數皆爲同性性行爲感染。

### (3) 替代療法

丹麥在替代療法方面的服務量能從 1985 年的 897 人逐年升高至 2008 年的 8,050 人 (如圖九)，使用的替代藥物包括有美沙冬 (methadone)、丁基原啡因 (Buprenorphin)、丁基原啡因合併 Naloxone<sup>10</sup>及海洛因 4 種，其中美沙冬占了 9 成，是成本較低的治療方式，但 Dr. Peter Ege 說丁基原啡因合併 Naloxone 則是較安全的選擇；對於新的海洛因使用者，兩位博士則建議先選擇丁基原啡因來治療，因該藥的成癮性較低，若仍無法抵癮才考慮美沙冬。

Dr. Peter Ege 進一步介紹了替代療法的操作原則，表示替代療法是針對鴉片類成癮者的治療方法，但對是類成癮者也需考量其他的治療可能性，如無毒環境的治療性社區處遇或解毒戒斷等，對於懷孕的成癮婦女則建議使用替代療法。此

---

<sup>10</sup> 即台灣目前指稱的 Suboxone。

外，心理社會方面（psychosocial）的處遇及支持在療程中是很重要的，特別是治療初期的評估，隨著療程的穩定，心理社會方面的介入可漸減少，或直接轉由一般家庭醫師追蹤治療。整個療程必需確定治療的品質，及避免替代藥物（如前述的美沙冬、丁基原啡因等）被濫用，如果病人有暴力行爲，或發現替代療法對個案顯然無效時，就需結束治療。

以哥本哈根爲例，替代療法具有以下的效益：90%以上的留置率、50%以上的藥癮者減少海洛因用量及減少犯罪行爲，但 Dr. Peter Ege 表示替代療法難以終止個案施用其他成癮藥物，如大麻、古柯鹼。在生活品質的改善上也有限制，如很多個案都已傾家蕩產，就是沒有房子住；至於社會功能的恢復也是落差很大，大部分的個案還是很難有持續的工作。

## 2. 藥癮者與醫療處遇－以 HIV 感染者爲例－Dr. Christian Hvidt 簡報

### （1）藥癮是一種疾病

Dr. Christian Hvidt 的分享聚焦在面對藥癮者的態度及處遇的原則上，第一張投影片即在討論「藥癮是疾病或者犯罪？」他強調「藥物依賴必須有醫療專業的介入」、「藥物濫用是結合醫療、社會及行爲等面向的複雜問題」，也認爲「增加再多的警力並無法解決藥物濫用的問題」。但藥癮的治療也有別於傳統的醫療工作，除了藥物（毒癮）、身體及心理三方面的問題外，還有職業、安居、人際關係及經濟等多方面問題，這些面向構成了藥物濫用的疾病模式（Disease model Drug Abuse）（如圖十）。換言之，藥癮是一種慢性的身體、心理疾病，並伴隨多種社會問題，加上強迫性用藥行爲、健康知識不足、漠視健康問題及對風險行爲後果無知等特性，都增加治療是類個案的困難性，處遇必須設法改善個案各方面的問題，提昇生活品質，才能降低復發，是很難「治癒」的疾病。在丹麥提供美沙冬治療，目的是減害，也有預防感染 HIV 風險的效果。Dr. Christian Hvidt 以具



體的數據說明提早中斷美沙冬維持療法的個案，追蹤 1 年後將有 82% 的人再回到注射海洛因的復發狀態；而持續美沙冬治療的個案，感染 HIV 的風險則會較低（如圖十一）。

在丹麥，施用毒品不視為犯罪行爲，但若持有的毒品超過一定的量（即個人施用的量），也會以「持有毒品」科責之。

## （2）對感染 HIV 之藥癮者的特殊服務

因 Forchhammersvej 特殊醫療中心門診部主要的服務對象之一就是 HIV 藥癮者，因此 Dr. Christian Hvidt 也為我們簡介這類病人的治療原則，強調：「治療必須以實徵證據為基礎」，但仍應顧及「一般常識（common sense）」。

針對愛滋毒癮者應考慮長期的美沙冬治療。毒癮本身就是個複雜的問題，當個案又併有愛滋病或感染 HIV 時，將使問題變得更複雜。1995 年一項針對 5,000 位 HIV 個案的追蹤研究發現，經過 10 年的追蹤，非藥癮的愛滋個案存活率有 80%，有藥癮問題的愛滋個案存活率則只有 50%（如圖十二），但這其間 30% 的差距並非 HIV 的症狀使然。HIV 的治療必須是嚴格的，病人的服藥率決定了治療的效果，Dr. Christian Hvidt 解釋說：HIV 病人必須每天服藥，服藥率在 9 成以上才能維持 80% 以上的療效，一個個案如果一個月裡有 5 天沒服藥（服藥率約 70%），則其療效只有 50% 不到，一般而言，HIV 病人服藥的遵醫囑行爲良好，但 HIV 藥癮病人則不然，因為吸毒導致按時服藥的狀況不佳，所以他們必須花較大的力氣在處理這類病人身上，給予美沙冬治療及不斷的衛教都是重要的策略。

其次，提供愛滋毒癮者的治療服務必需是立即且機動的（accessible），毒癮個案主動求助的速度慢、意願低，所以一旦他們求助，要能立即給予協助及施予必要的治療；與個案保持良好的溝通，傾聽個案，建立信任關係，有助提昇遵醫囑行爲，幫助個案有較好的預後；衛教方面說明太多的醫療原則及理論是沒有用的，強調行爲或不遵醫囑的後果是比較實際的，而且治療必需隨著個案的狀況調

整，而不是照表操課。

另外，面對是類病人的低遵醫囑（low compliance）應給予包容、支持而非責備，給予個案適當的衛教、提供正向的（optimized）資訊、簡化服藥的程序（simplify dose regimens）及使用提醒物、改善醫師及其他健康照護資源之觸接便利性，以及與病患充分溝通等都可促進遵醫囑行爲。

### 3. Forchhammersvej 特殊醫療中心門診及護理部

該中心是哥本哈根市針對有嚴重健康問題（如慢性疾病）而需予醫療照護的藥癮者提供的醫療及住房（housing）機構，與早上參訪的處遇單位最大的差別是，早上的處遇單位以社會服務為主，醫療處置只是服務中的一項，僅占 10%，該中心則是以疾病治療為主，強調醫療專業的介入。他們沒有提供直接的接案服務，大部分的個案由哥本哈根諮詢中心（RCK）的接案單位轉介而來，有些也轉介自哥本哈根市的一般醫院，該中心服務的病人裡，60%是併有愛滋問題者。

該中心包括 2 個主要的部門，一是門診部，有約 100-120 人的服務量能，另一是護理病房，採住院式治療，容額 8 床，提供有 24 小時的護理照護，主要的收容對象為有嚴重或複雜健康問題需予長期照護及醫治之藥癮或無家可歸之病患。參訪當日護理病房滿床，其中 60%轉介自藥癮治療中心，40%是無家可歸者，Dr. Peter Ege 告訴我們這 8 位病人將終身住在這兒。此外，還有一個 6 床的緊急住院設施，收治等待需長期住院的病患，有時病人會在該區等上 6-12 個月左右。整個中心聘有 3 位專任的醫師，每週巡迴此 3 個單位，其他的工作同仁尚有 20 位護士、8 名社會工作師及 3 名行政人員，所有的治療費用，除了住院的膳食外，皆由政府支應，該中心每年的執行預算高達 400 萬歐元（約台幣 1 億 6,563 萬元）。從人力與經費的投入，足見哥本哈根市對於藥癮這個公共衛生問題的重視。

#### (四) Horserød 國立監獄 (The State Prison in Horserød ; 丹麥原文 :

##### Statsfængslet ved Horserød)

參訪 Horserød 國家監獄是此次考察的最後一個行程，也是唯一不在哥本哈根市裡的行程，下午 1 點的參訪，約 12 點朱組長就到飯店來接我們，意外地陳大使也來了，他將和我們一道同行，一探丹麥監獄「神秘」面紗。

丹麥共有 13 所國家監獄，其中 5 所為封閉式監獄 (closed prison)，8 所為開放式監獄 (open prison)，Horserød 國家監獄算是其中一所開放式監獄，位於西蘭島 (Sjælland) 北部 (如右下圖)，行政區則屬丹麥首都區 (Region Hovedstaden) 赫爾辛格市 (Helsingør Kommune)，距離哥本哈根市中心約 35 公里。

車子駛離熱鬧的哥本哈根市，進入寧靜的郊區，馬路兩旁有整齊的樹林及恬靜的農莊，有時還可見馬群、牛群低頭吃草，景色令人心曠神怡。大約 12 點 40 分，我們便抵達了目的地，車子就停在監獄側邊的訪客停車場。一下車映入眼簾的是一幢一層樓的紅色鐵皮屋，停車場底端有高約 2 公尺半的紅色鐵皮及 3 公尺左右的灰色鐵欄杆搭成的監獄圍牆，周圍除了「P」的告示牌，不見任何機關名稱牌銜，嗅不到一點矯正機關戒備深嚴的味道。

因為正值丹麥暑假期間，僅見少數的工作同仁，獄方安排一位資深的社工員及一位戒護同仁接待我們，透過座談向我們簡要解說 Horserød 國家監獄的概況，並讓我們實地參觀 2 區的房舍，其 1 為開放區，專門收容及治療女性成癮受刑人，另 1 區則為一般女性受刑人區。以下將分監獄概況及獄中毒品處遇等二部分簡要說明，並輔以照片說明監獄硬體設施。

#### 1. 監獄概況

##### (1) 歷史背景

該監於 1948 年開始運作，原是一個兵營建築，在第一次世界大戰是收容俄羅斯傷兵及德國、奧地利戰俘的收容所。第二次世界大戰時，德國納粹佔領丹麥，此地又成爲收容戰俘的集中營。現在 Horserød 國家監獄對面的 Horserød 營博物館（Horserødlejrens Museum），即保留了第一、二次世界大戰時的歷史資料及文物。

## （2）經費

Horserød 國家監獄每年有約 6,000 萬 DKK，（約 3 億 3,000 萬 NT）的預算，其中 4,000 萬 DKK 爲人事費用，2,000 萬 DKK 爲業務費，但尚不包括受刑人的伙食費（每人每週 400 DKK，約 2,200 NT），此外社會事務部每年會提供該監 400 萬 DKK（約 2,200 萬 NT）的美沙冬治療經費。

## （3）職員

Horserød 國立監獄裡所有的同仁都爲正職人員，共有 100 位戒護人員，而提供處遇的老師高達 80 位，他們負責獄中所有受刑人的作業、教育、治療及管理等事項，與台灣矯正機關因人力嚴重不足，需大量引進社會資源及志工協助教化輔導或教育工作的情況迥異。另該監同仁多居住於監獄附近，多數同仁在該監服務年資超過 20 年，與他們交換意見時，其均表示他們非常高興在該監服務，同仁的投入度高，對監獄的收容人在戒護及教化工作上有一定的助益。從戒護人力比例觀之，與收容人約 1：2，相較我國的 1：12，其間之差距不言可喻。

## （4）收容額

Horserød 國家監獄屬開放式監獄，收容女性也收容男性罪犯，共 221 個床位，分成 10 個區域（afdeling），其中家庭區（familieafdeling）之收容人可以攜帶 3 歲以下的兒童入監服刑，另有女性成癮者區與男性成癮者區，及一專門收容及矯治性罪犯區。參訪當日，獄方表示現有受刑人男性 176 位，女性 40 位，其中有男性性罪犯 24 名。從平面圖觀之，女性毒品受刑人專區與男性性侵害受刑人專

區距離甚近，實地參觀時，亦發現其性侵專區周圍的刺絲網(僅是一般的刺絲網，非蛇腹型鋼刀)低，此種低戒護措施與我國現行對性罪犯之管理確實有相當大的差異。

## (5) 作業

該監受刑人每週作業 37 小時，作業勞作金每小時 7-8 DKK (約 39-44 NT)。獄中的作業，可以是工作、讀書或其他被允許的活動，包括參與治療，令人訝異的，如果受刑人因生病不能作業，經醫師診斷後，還可以領取病假工資。作業是受刑人的權利也是義務，除治療活動外，受刑人若拒絕作業，則會被隔離。Horserød 國家監獄內提供的工作有維修、傢俱製造、裝配等，受刑人的一些內務工作，如洗衣服也都可以算是視同作業，所以每個教區內都設有獨立的洗衣區及廚房，且配有洗衣及烹調所需設備或器材(包括菜刀(不必上鏈)、鍋、瓢等)，供受刑人自由使用。獄方人員表示，尚未發生受刑人利用相關器材滋事之情形，獄中生活之便利性實在難以想像！在教育方面，Horserød 國家監獄則提供有預備教育(preparatory adult education)、成人教育、英語課程、數學課程及電腦課程等。另外，獄中有些個案經同意還可以每週 1 天外出監獄工作或讀書學習(day release)。

## (6) 處遇

除了前述的工作及教育課程外，針對特定或有需要的受刑人提供必要的治療方案可說是 Horserød 國家監獄重要的處遇，也是對受刑人的保障。獄方人員表示，受刑人在監內有宗教信仰自由，但該監並沒有提供宗教性處遇方案，也沒有引進 NGO 入監服務，這是因為，在這裡服刑的受刑人是有返家假的，外出期間可以自由參加任何活動，且獄方的所有處遇皆有專任職員負責，因此無需社會資源的引進。Horserød 國家監獄提供的治療方案包括一般藥物濫用的解毒、藥癮替代療法、認知技巧訓練、憤怒控制方案，也有針對女性受刑人的酒精及毒品康復

計畫及性罪犯治療等。

實地參訪時中我們發現房舍走廊上掛有一些畫作，戒護同仁告訴我們，獄方也提供畫畫教學，牆上的畫作是受刑人的作品，如果獄方或同仁喜歡，可向受刑人購買，一幅約 100 DKK（約 550 NT）。

## （7）生活管理

Horsørød 國家監獄開封時間為早上 7 時至晚上 10 時。所有舍房全為單人房，房裡書桌、書架、衣櫃、置物架、冰箱、洗手台、床鋪等一應俱全，和學生寢室沒兩樣，衛浴及洗衣間則是公共空間。獄方人員說，丹麥受刑人服刑全是一人一房。

丹麥對受刑人的隱私相當尊重，除了走廊，舍房及廁所內都沒有架設監視器，沐浴及如廁空間也都設有門擋。受刑人在生活上的自由度相較我國也大了許多，他們可以在舍房內擁有個人的生活物品及生活必需品，包括鏡子、刀、叉、磁盤等，但手機則是違禁品。他們也可以依照自己的喜好佈置自己的舍房，有些受刑人佈置的相當溫馨，獄方的治療師還會直接在其舍房內進行個別心理治療。而女性受刑人在獄中隨意化妝、打扮，就像自由人一樣，再自然也不過了。

每間舍房的房門上都有 2 個鎖孔，其中一個鎖孔的鑰匙由受刑人自己持有，另一個則由獄方持有，白天開封的休息時間，受刑人可以選擇在房內獨處，晚上收封後獄方會將另一鎖孔上鎖，受刑人若有任何需求，如如廁，則可按壓房門上的報告燈表達需求（如右圖）。

受刑人在作業時間外可以自由看電視、聽收音機或閱讀報章雜誌，監獄裡還有健身器材供受刑人做室內運動。除性罪犯區外，受刑人彼此更可自由互動或接觸，參訪當下，我們就目睹 6、7 名受刑人，有男有女，正於戶外的休閒椅上聚會聊天，享受日光浴（如下圖）。

開放區的受刑人經獄方人員評估同意，在新收 1 個月後，每月可有 1 個週末外出返家。獄方人員表示該監每月經評估可准其返家之比例約 80%，且該監並未發生受刑人逾假不歸之情形，對於外出期間有違規者，如逾假不歸、再犯罪、吸毒等，則會取消其外出機會，並被移送到封閉式的國家監獄。此外，丹麥暑假期間不僅獄方同仁有暑假，受刑人也可以跟法官申請放暑假，或因故（包括暑假）延後入監執行。

## （8） 接見

丹麥的受刑人每週至少有 1 至 2 小時的接見時間，在 Horserød 國家監獄每週則可接見 5 小時，皆為面對面接見，接見物品則不可以有液體物品及藥物，其餘物品亦需經過檢查才可以帶入。

## （9） 假釋

刑期 3 個月以上之有期徒刑的受刑人可於服刑滿 2/3 後申請假釋，但某些表現良好者也可在服刑滿 1/2 時申請假釋，例如於獄中積極參與藥癮或酒癮治療，努力避免自己再犯者。

丹麥是個無死刑的國家，目前刑期最長者為有期徒刑 16 年，是名殺死 2 名警察的罪犯，獄方人員與我們分享說，對丹麥民眾而言，會殺 2 名警察的罪犯，代表其生理心理是有問題的（有精神上的疾病）。這樣的觀點令我們相當驚訝！

假釋出獄的受刑人必須接受保護管束。台灣的保護管束由觀護人執行，丹麥則是由觀護辦公室（probation service）的社會工作人員執行，假釋受刑人如果違反假釋期間的規定，獄政及觀護服務局會有權撤銷其假釋，此制度則與我國成人保護管束制度相同。

## 2. 獄中毒品處遇

Horserød 國家監獄是丹麥國家監獄中，唯一有提供女性罪犯藥癮治療的監獄，該治療方案名為全人計畫（The Human Project，丹麥原文：Projekt Mennske），以完全禁絕毒品及改善個案生活品質為目標。獄方每天提供該區個案 2 小時的認知治療，此外每週尚有其他的團體治療，衛生教育、才藝教學、親職及學業等課程。個案每個月返家乙次，收假後獄方會對受刑人進行尿液篩檢，確認他們沒有在假期期間再吸毒。

全國有意願接受藥癮治療的女性罪犯，且刑期 2 年以下者皆可自由申請至 Horserød 國家監獄接受藥癮治療，她們被集中在該監的開放區提供矯治，屬治療性社區的形式。參訪當日該區共有收容人 16 名，惟其中 10 名返家過暑假，故僅餘 6 名。

獄中也有提供美沙冬治療，主要是針對剛加入治療的個案，經醫師評估認有必要時給予投藥，但會逐漸減量，並協助個案在假釋出監前完全戒絕。對於刑期短，致刑期結束前尚未完全戒絕者，獄方也會在其出監前將之轉介到社區門診繼續接受治療。

此區個案的生活皆由自己打理，包括洗衣服、打掃環境、整理花園及烹煮三餐和採買食材等。每 2 個星期，戒護同仁會帶 5 至 7 名受刑人外出採購他們三餐所需的食材，同時他們也被允許購買如買香煙或酒精飲料這類個人物品，但必須自行付費。參訪時，我們就正巧遇到這幾位沒回家過暑假的受刑人剛採買回來，一邊開心談笑，一邊將戰利品整齊歸位。如果不是早已知道這是監獄，真的會認為他們是一群同居生活的好姐妹。Horserød 國家監獄裡的戒毒模式，儼然是標準的治療性社區。

在丹麥，因案入獄服刑的毒癮者皆享有免費接受藥癮治療的權利，相關的預算從 2001 年的 620 萬 DKK 逐年增編，至 2009 年相關預算更高達 6,540 萬 DKK（約 3 億 5,970 萬 NT），由此可見獄中藥癮治療在丹麥毒品防制政策上的重要性。



後記：Horserød 營博物館（Horserød Camp Museum，丹麥原文：  
**Horserødlejrens Museum**）

下午 3 點，我們準時結束 Horserød 國家監獄的參訪，正要道別接待我們的獄方人員時，另一位獄方戒護同仁－Mr. Gulnor 經過，原來他是 Horserød 國家監獄對面，Horserød 營博物館負責的館員，Mr. Gulnor 不僅熱情邀請我們參觀博物館，還詳盡地為我們介紹館內各項收藏。這意外地邂逅，讓此趟考察，別具趣味。

Horserød 營博物館（Horserødlejrens Museum）內收藏和保留了第一、第二次世界大戰時，Horserød 國家監獄作為收容所及集中營期間的文物及歷史資料。1948 年改為監獄，該監的獄中文物，如職員制服、戒具、違禁品、受刑人名牌等，也都收藏於內，宛如一個小型的獄政博物館。

## 肆、 結論、心得及建議

本章將從兩大考察目的：毒品政策與戒治處遇情形，就行程期間之所見所聞綜整摘要丹麥現況，並分享其與我國現行狀況之差異，最後依本考察團之心得提出些許建議。

### 一、 結論與心得

#### (一) 丹麥毒品政策及毒品防制主責機關（構）

丹麥的毒品防制政策，由中央跨部會研商擬定，包含內政及衛生部（主責預防宣導及醫療處遇）、社會服務部（主責藥癮者之社會處遇）、法務部（主責緝毒及獄中毒癮處遇）及財政部（主責海關走私查緝），4 部會各有職掌，各司其職，並由內政及衛生部部長居中協調整合，這樣的安排似乎說明丹麥整個毒品政策以預防及醫療區塊為主軸（即降低需求）。我國的毒品防制政策雖也採跨部會主責，但主責部會的組合卻有不同，包含法務部（業務以緝毒為主，但戒毒及拒毒亦是重要工作）、教育部（主責拒毒）及衛生署（主責戒毒及防毒），並以法務部部長為總執行長；另我國於行政體制上設有五院，故尚於行政院下設有毒品防制會報，統籌協調前揭部會之反毒工作，從領導層級觀之，我國毒品政策體系之位階高於丹麥，但從該國內政及衛生部 Mr. Lars 的分享得知，丹麥雖無更高的行政機關統籌不同平行部會之毒品任務，但各部會間的合作與協調順暢而密切。

丹麥現行之毒品政策包括禁止所有非醫療性使用毒品、持續投入預防工作、提供多元而一致的治療服務及有強化毒品管控等四大目標，相關的防制作為大致延續 2003 年的「反毒作戰行動計畫」，一方面從質及量兩方面加強落實，另一方面在此基礎上精進不足之處。反毒作戰行動計畫是丹麥數十年來首次研提的具體反毒政策綱領，內容包含預防、醫療處治、社會處遇（社會服務）、獄中矯治、法律執行與國際合作等 6 大面向，36 項具體措施，如無毒市鎮計畫（預防新興

毒品施用人口)、建立藥癮者的社會服務制度、擴大獄中藥癮處遇、嚴禁持有毒品(即零容忍)等,從其將「獄中藥癮治療」列為獨立面向,可知丹麥對獄中處遇在反毒功效上的肯定與重視。

反觀我國,政府於 83 年首次向毒品宣戰,提出「斷絕供給,降低需求」,從「緝毒」、「戒毒」與「拒毒」三面向研擬對策,並因成效不如預期,再於 94 年重申反毒決心,將 2005-2008 年定為全國反毒年,修正反毒政策為「首重降低需求,平衡抑制供需」,更於緝、戒及拒毒外,再加上「防毒」區塊之規劃,建構更全面的毒品防制網絡。94 年的政策轉變的重點在於納入「公共衛生三級預防模式」概念,將反毒政策轉向注重拒毒與戒毒,前者「防止新之毒品人口產生」,後者「減少原有毒品人口」(蔡清祥,2006<sup>11</sup>),此與丹麥反毒政策主軸大致一致,惟在分工上,我國的拒毒由教育部負責,而丹麥由內政及衛生部負責,該部下設的國家健康局更具是重角色,顯示丹麥的「預防」係從公共衛生角度出發,與我國僅是概念的引用略有差異,我國對成癮行為之預防或仍較從傳統「犯罪預防」之角度切入。

## (二) 丹麥毒品防制資源體系及管考

從此次的丹麥考察可知丹麥的毒品防制體系從中央到地方各有權責、劃分明確。中央負責整體政策規劃與立法,在具體執行面僅負責毒品查緝與 獄中藥癮處遇方案(如前述),其他反毒之預防宣導、藥癮者醫療處置及社會處遇之推動與落實皆為地方自治事務,由各地方政府依中央訂定之政策綱領因地制宜擬具行動方案執行,所需的執行經費也多由地方政府自行編列。

2007 年 1 月丹麥行政區制改制,將過去 13 省(amter)、270 自治市(Kommuner)縮減為 5 區域(regioner)、98 個自治市,前述之反毒預防及處遇工作之責任才

<sup>11</sup> 蔡清祥(2006):法務部第 1073 次部務會報報告資料。

由原本的省政府轉移至 98 個自治市，惟各自治市仍有城鄉差距的因素，致所建立的藥癮防制資源網絡規模略有差異，其中以哥本哈根市最為完備。此外，各市政府也負責其他的社會服務及資源援助，這使得改制後的政府，對於協助轄內的藥癮者在社會服務或醫療護照上的需求更容易協調及落實，而中央（特別是國家衛生局）則從專業的立場，發展預防相關之衛教文宣或教材，及協助擬定有效預防策略，作為地方政府的後盾。擬定專業又務實的政策是中央的責任，其對地方的管考主要在於是否依法規行事，如丹麥就透過立法—社會服務及健康法案（**Social Services and Health Act**），直接保障藥癮者得於提出治療申請的 14 天內獲得應有的處遇，換言之，中央對地方的績效管考在於保障藥癮者的處遇權利，而非再犯率。

有關地方政府的藥癮防制資源體系，以哥本哈根市為例，藥癮的「預防」（屬健康促進的範圍）及「處遇」分別由市議會下的「健康照護委員會（**The Health and Care Committee**）」及「社會服務委員會（**The Social Service Committee**）」負責，並彼此合作。在預防方面，市政府的目標包含：減少酒、藥癮人口、減少藥癮父母對其兒童的傷害，以及對藥癮者的生理疾病的治療服務應予非藥癮者相同，而管考指標為：1.接受以完全禁絕為目標之治療方案的個案中，有 25%以上完成治療而不吸毒；2.對每一成癮個案瞭解其是否育有孩童，對於育有孩童者需進一步評估是否需要相關的協助；3.有系統的檢視成癮者的健康狀態，及其是否有接受相關必要的治療等，可見服務量能是考管上的重要指標，而這也呼應丹麥政府對於毒品防制的努力，應建立在務實的目標基礎上。在處遇作為方面，相關的網絡以社福單位為主，且針對藥癮者設有專責單位，和我國目前以醫療為主導，甚至過度依賴醫療的取向不同。這是因為丹麥認為毒品濫用儼然是典型的社會問題，藥癮者除藥癮行為導致的生理問題或心理障礙外，其用藥的後果更多是社會性的，包括失業、居住、家庭、經濟、親職教養，甚至犯罪等問題，而專業的醫療處置（如美沙冬替代療法或疾病的治療）只是藥癮者社會服務中的一個區塊。根據內

城區處遇單位社工員 Sanne 的說明，市政府下的藥癮服務的執行績效係以服務量及個案的實質改變為評估標準，而非復發率。換言之，無論從疾病觀點看藥癮治療，或從社會弱勢階層看待藥癮者，政府對是類族群的服務量能，都是最主要的績效指標。在我國，無論民眾或政府監督體系，對於戒治成效，無不不再犯或復發率為必然指標，顯然丹麥務實許多，政府和民眾都有必要對「藥癮」有更「真實」的認識及瞭解。

我國在 95 年以前，所有的反毒工作，從政策到執行幾乎由中央負責，地方政府的投入相當有限，最大的藥癮處遇體系就是矯正機關，社區的公立醫院在有關藥癮處遇方面，僅以急性解毒或緩解藥癮併發之精神症狀為主，至於藥癮者的社會心理復健工作則多依賴民間團體。直至 95 年，在中央政府的補助下，法務部陸續協調各縣（市）政府成立毒品危害防制中心，整合地方警政、社政、衛政及職政等資源，這才開啓地方政府發展藥癮處遇及建立相關網絡之機制，有了專責協助毒癮者的單一窗口服務機構，惟至今尚礙於未法制化，各地方政府的重視程度，大大影響毒品危害防制中心之服務量能與效能。或許我國可以思考丹麥立法保障藥癮者之處遇權利的做法，加速各地方政府毒品防制措施之落實。

### （三）丹麥毒品成癮者之刑事政策、濫用情形及因應策略

丹麥一方面嚴禁非醫療性的藥物（毒品）使用，強調零容忍的政策立場，一方面卻又以務實的態度面對藥（毒）癮者的問題及因應效益，認為藥癮必需視為「需要治療」的慢性化疾病，往往不能期待透過處遇即能緩和或減少傷害性的影響！藥癮者的處遇效果需要時間的投資，甚至在處遇結束後才逐漸顯現處遇的效益。換言之，丹麥對於毒品施用雖「未入罪化」，但也「非合法化」！從「2003 年反毒作戰行動計畫」綱領之「基本原則」，可以一覽該國如何在「禁絕毒品」

與「完全減害<sup>12</sup>」間求得平衡。

丹麥對毒癮者的刑事政策奠基於「務實」與「專業」，強調毒品政策的倡議必須以證據為基礎，這點從 Ms. Helle（丹麥國家衛生局資深醫療顧問）有關丹麥如何制訂鴉片類物質成癮者之美沙冬、海洛因替代治療之醫療作業要點的介紹，及參訪丹麥哥本哈根市之藥癮處遇單位及特殊醫療單位時，接待人員有關治療策略的介紹等，皆可窺見。然除了專業，影響政策的其他要件也應予考量，包括敏感的政治因素。有鑑於至今尚無任一國家政府能成功解決毒品問題，顯示毒品問題沒有容易或快速的解決良方，無毒社會只是世界各國的期望，事實上是個不可能的任務，丹麥政府因而認為在反毒上所作的努力應建立在符合現實的目標上。根據丹麥的統計，16 歲以上的成年，有 74% 未嘗試過使用大麻，95% 未試過安非他命，99% 未試過海洛因，但只有 3% 的人未曾使用合法的欣快劑（euphoriant）—「酒」！據此顯示長期努力的毒品防制措施，有助將毒品施用者侷限在特定範圍內，他們認為社會不需要更多合法的欣快劑（如酒），開放愈多獲得欣快劑（毒品）的管道，會導致更多的毒品濫用者，並進一步增加許多成癮者與帶來社會傷害，這或許就是丹麥從過去的「寬容政策」轉而「零容忍」，堅持禁止任何非醫療性的藥物使用的原因。從丹麥的經驗，有策略的「禁用」，似乎也是「預防」的重要手段。

我國對毒癮者之刑事政策，顯現於毒品危害防制條例中，將毒品依成癮性、濫用性及社會危害性分為 4 級。87 年該條例的施行對毒癮者的刑事政策產生重大變革，針對 1、2 級毒品施用者，透過勒戒、戒治制度導入醫療處遇的概念，將之由單純的犯人，改視為病犯，至於 3、4 級毒品施用者，則未有規範。93 年因應司法程序的繁複而修法，將 2 犯以上的毒癮者又改回以犯人定位之的刑事政策，但在實務執行上加強 2 犯醫療介入的作為<sup>13</sup>，但因專業人力及經費未相對應

<sup>12</sup> 指「一個藥癮者應該被以任何方式協助，以避免其因無法或不願停止施打毒品而造成的傷害」之主張。

<sup>13</sup> 法務部於 95 年 10 月 3 日頒定「監獄毒品犯輔導計畫」，要求各矯正機關積極引進社會及醫療

投入，影響執行成效。97 年毒品危害防制條例第 24 條修正，將毒癮者緩起訴處分之司法制度法制化<sup>14、15</sup>，俾具體落實毒癮者「醫療先於司法」之處遇原則，但令人遺憾的，該制度於執行上僅適用第一級的鴉片類毒癮者。又鑑於近年來，國內 3、4 級毒品濫用問題嚴重（其中又以 K 他命濫用最為嚴重），政府為防堵該類毒品持續氾濫，98 年 5 月 20 日再次修正毒品危害防制條例，對施用 3、4 級毒品者處以罰鍰，並令其限期接受 4 至 8 小時之毒品危害講習<sup>16</sup>。然青少年濫用 3、4 級毒品之情形持續惡化，甚有法界人士，提出將原本 3 級之 K 他命改到為 2 級毒品，以收嚇阻之效。至於在國內較少被濫用的大麻，因成癮性低，加上目前的濫用性低，致有醫界及法界人士建議將之由原本的 2 級毒品，改列為 3 級。綜上，我國對毒癮者刑事政策之訂定，大致依施用毒品之級數（種類）及犯次而給予不同裁罰，而不同裁罰的標準背後也反映社會對不同的毒品種類的成癮者，持有不同程度的道德判斷價值，相較於丹麥，對於不同類毒品之成毒癮者一律提供公平一致的處遇平台及治療保障（但針對特定的成癮問題提供不同的治療作為），只要是非醫療性目的的濫用，一律禁止，我國對於毒品成癮者處遇政策之制訂或變革，似乎過度偏重該毒品於當前社會上之濫用情形與社會危害程度作為考量，忽略「預防重於治療」的原則，導致「法律修訂永遠趕不上社會變動」的無奈。

根據 2006 年的統計，丹麥 500 多萬人口中，毒品濫用者約 27,000 名（約占總人口之千分之 5），其中多數為海洛因成癮，且施用方式以靜脈注射為主，約 65%，其中約 6,300 人有接受替代療法。近年來丹麥青少年因實驗性、娛樂性濫用軟性毒品（特別是大麻）的情形變得嚴重起來，特別是在一些舞會、轟趴的聚會場合，使用大麻的人數已占毒品濫用人口的 27%（7,300 人）。另與吸毒有關的

---

資源，提供毒品受刑人戒癮相關處遇方案，俾預防再犯。

<sup>14</sup> 毒品危害防制條例第 24 條於 97 年 4 月 30 日公佈施行，其中第 1 項規定「本法第 20 條第 1 項及第 23 條第 1 項之程序，於檢察官先依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或少年法院（少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用之。」

<sup>15</sup> 根據毒品危害防制條例第 24 條第 3 項規定，於 97 年 10 月 30 日發布施行「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，將適用對象限縮於鴉片類毒品施用者。

<sup>16</sup> 見毒品危害防制條例第 11 條之 1。

死亡案件每年則約有 225 人。爲了防制毒品問題的漫延，丹麥政府在法律層面上採取了如下措施：

1. 一致而持續的毒品犯罪查緝行動，包括跨國合作及根據警方獲得之情資擴大評估及搜索的範圍，採取特定及更全面性的毒品查緝行動。
2. 改善毒品犯罪的調查研究方法，以能完整掌握毒品問題。
3. 於刑法中提高嚴重毒品犯罪的刑度。
4. 對於非法持有毒品者給予至少罰鍰（fines）之裁罰。
5. 針對年輕人的聚會場所，尤其是轟趴地點（小舞廳、咖啡廳、學校舉辦的舞會等）加強查緝毒品轉讓（包括自己持有再轉讓者）行爲，一經查獲一律予以監禁。
6. 規定賣酒的店家必須於門口清楚標示賣酒執照，絕對禁止販售違禁藥品，若發現有任何違禁藥品需向警察機關報案。
7. 訂定法規規範售酒時間與地點，有效管控餐廳合法提供酒品之時機。（丹麥政府發現青少年族群的飲酒行爲與濫用大麻或興奮劑的情形自 19 世紀中期以來明顯增加，而酗酒和毒品濫用往往有某程度的關聯。）

另外，在減害政策方面，若從不向毒品妥協的觀點來看，「減害政策」似乎是而非，惟基於毒癮的疾病本質，有些減害作爲卻是務實而合理的，如經醫療專業人員的判斷提供必需的美沙冬替代治療。雖然如此，丹麥政府也主張減害措施需有其底線，比如設置公共的毒品注射室（即提供毒癮者至特定空間施打毒品），就違背了聯合國藥物公約（United Nations drug Conventions）禁使施用毒品的意旨。

93 年我國愛滋感染人數因毒癮者共用針具及稀釋液而嚴重暴增，減害觀點因而受到關注，也開始對海洛因藥癮者實施美沙冬替代治療，數年下來，衛生署表示替代療法的施行已使愛滋感染人數的漫延獲得控制，但其對於毒品戒治的成效或影響更是反毒議題所關心的。就丹麥而言，替代療法只是藥癮治療的一種方



法，該治療的提供與否除了個人意願，更重要的是專業醫師依個案成癮狀況評估其必要性，同時必需配合其他治療需求的評估及處置（如社會服務、心理治療或諮商、身體疾病的醫治等）。或許我國對於替代療法之執行有必要納入更多毒品防制面向的考量，建立更專業、更完善的機制，提供藥癮者更全面的治療服務，而非滿足於愛滋防治的效果，畢竟替代療法的發展理念起於毒品防制，而非治愛滋防治。

至於我國的吸毒人口，根據法務部 97 年刑案資料庫統計，自 38 年起至 97 年 10 月底止，扣除已死亡者，曾施用毒品之毒品犯合計有 27 萬 5,947 人，若以毒品犯平均再犯率約 85% 推估，則目前社會上毒品成癮者約有 23 萬人，占了全國人口（約 2,400 萬）的千分之 9，然因國內在 98 年以前，對於近 10 年來在臺灣崛起的軟性毒品或俱樂部用藥之濫用並沒有規範，換言之未有官方統計資料，因此國內的吸毒人口或許遠大於總人口的千分之 9，嚴重影響國家競爭力，政府相關單位實應予以重視。

#### （四）丹麥藥癮戒治機構及處遇模式

丹麥的藥癮處遇模式，從政策面而言，可區分為 2 大取向，即醫療處置（medical treatment）與社會處遇（social treatment）。中央在藥癮戒治的角色上，對地方政府而言是專業諮詢，對藥癮民眾來說則是處遇品質的保證。茲將 2003 年反毒作戰行動計畫之醫療處置與社會處遇之具體措施簡要介紹如后。

##### 1. 醫療處置方面

以改善替代療法品質及藥癮者之身體狀況為目的，具體措施有：

- （1）對於美沙冬治療的品質進行評估，並依次發展該治療技術之品管標準。
- （2）對於身體健康狀況極差的藥癮者，優先考慮施予美沙冬注射計畫（methadone injection scheme），並試辦開始，根據試辦結果再進一步考

慮長期提供的需要性與可行性，及評估推廣的地點。

- (3) 針對毒癮者優先且即早免費施予 A 型及 B 型肝炎疫苗，並措取必要措施防止 C 型肝炎的感染。
- (4) 要求地方政府及區政府之精神醫療系統應對合併有心智或精神疾病的藥癮者優先給予相關治療。
- (5) 建立藥癮者對醫療處置及社會服務的申訴管道，以瞭解藥癮者對處遇的觀感。

## 2. 社會處遇方面

- (1) 透過區政府發展委員會，邀集地方政府及相關協會等共同討論，強化區政府及地方政府間的協調及合作。
- (2) 在全國 32 個據點設置 24 小時服務的藥癮者處遇機構－丹麥復健及資訊系統（Danish Rehabilitation and Information System，DANRIS），使藥癮者透過更易容的管道即可獲得藥癮處遇的相關資訊，如過去 1 年有多少人接受美沙冬治療、該機構服務及轉介的人次、以及轉介後個案的狀況、哪一類藥癮者預後較好、哪一類預後較差，以及針對預後較差者可以提供的進一步服務有哪些等等。
- (3) 繼通過藥癮者的社會處遇保障法案後，政府進一步針對處遇內容及範圍訂定規則，並要求合核的藥癮處遇機構皆必須依從（包含 DANRIS）。並於 3 年後進行執行成果評估。
- (4) 推動強化美沙冬替代療法藥癮者的心理社會支持方案，藉由 3 年的試行計畫，再根據試辦成果評估持續推動之可能性。
- (5) 設置藥癮者的收容機構，對生活問題嚴重的藥癮者提供短期或長期的安置，並妥善調整預算的分配，將資源更優先用於藥癮族群中的更弱勢者。
- (6) 基於保證藥癮治療之品質的立場，持續擴大設置 DANRIS，增加全國藥癮治療的服務據點。

- (7) 鑑於近年來許多有社會問題的青少年流行吸毒(吸毒行為常是社會問題的外顯症狀)，要求區及地方政府針對年輕的藥物濫用者發展特有的服務系統。

根據此次考察發現，丹麥的官方藥癮戒治機構也可分為 2 大系統，其一是矯正機關內有毒癮或毒品濫用之罪犯的處遇，此部分將於下段再討論，其二則是地方自治政府建立的社區藥癮處遇網絡。以哥本哈根亦為例，提供的處遇網絡以社福機構為主軸，採社會管理模式 (social management)，以個案為中心，評估個案各方面的處遇需求 (如完全戒絕的治療方案或藥物治療、預防、藥癮相關疾病的治療、協助安置、就業、遠離毒友圈及心理社會復健等) 後，量身訂做多元但彼此協調一致的處遇方案，並透過認知行為取向的問題解決技巧及個案管理方式追蹤處遇效果，適時修正及調整治療目標與策略，俾協助藥癮者控制個人毒品施用行為，進而改善生活品質。至於服務提供的方式則相當多元，包括個別諮商、團體治療、活動治療 (如運動治療方案)、健康照護、藥物及其他健康醫療或心理會談等。

哥本哈根市的藥癮處遇機構依其處遇對象的特殊性分為以下幾個系統：

1. 針對所有的藥癮者：諮詢中心 (RCK)，該中心於全市設有 4 個專門為藥癮者服務的社福機構，稱為「接案單位」，其可被視為該市藥癮市民的單一窗口服務櫃台，提供初階的處遇及進一步治療建議的面談，及 4 個專門提供美沙冬門診或進階社會復健治療的「處遇單位」。
2. 針對特殊門診需求之藥癮者：如針對併有嚴重健康問題之藥癮者 (如 Forchhammer 特殊醫療機構)，或針對無社會問題之慢性化的年長藥癮者 (如位於 Overture 街的門診診所、醫學診所)
3. 針對懷孕或育有孩童的藥癮者：提供諮商、輔導及必要的醫療干預措施，如 Thoravej 家庭門診診所。
4. 針對無家可歸及需長求照護的藥癮者：提供短期或長期的安置及健康照護 (如

Forchhammer 特殊醫療機構)。

5. 針對年輕的藥癮者：對於剛吸毒的個案給予諮詢及建議，及針對大麻、古柯鹼及多重藥物濫用者提供特殊處遇方案，如 U-turn。
6. 無毒環境的住院治療或日間照護。

反觀我國的藥癮戒治機構，亦可區分為矯正機構與社區處遇機構 2 大類，其中社區處遇機構又可分為醫療機構及民間戒毒組織 2 類，特別是民間戒毒組織，更可說是一直以來台灣社區戒毒的主力，而其中最具成效的處遇模式就是基督教福音戒毒，如財團法人基督教晨曦會、財團法人台灣基督教主愛之家輔導中心等。在丹麥從中央的政策制訂，到地方政府的具體落實，不僅提供毒癮者一個有善的藥癮戒治環境，更有完善的處遇制度及網絡，民間戒毒組織即便存在對政府而言也非重要資源，但在我國毒品防制體系中卻是不可或缺的，惟可能因我國官方以衛生醫療為主軸，將社政制度納入毒品防制政策中規劃是近年來才被考量，所以民間這種以宗教為主軸的戒毒模式即便頗負盛名，卻未能正名立案。在醫療機構部分，有關藥癮的治療過去以傳統精神醫療模式為主，提供的戒癮治療多為急性解毒治療（即戒斷症狀的緩解），少有長期的心理社會復健治療之門診或方案，且僅限於極少數的大型醫院，如台北榮總、台北市立聯合醫院松德院區、衛生署草屯療養院及高雄市立凱旋醫療等。近年來因毒癮者共用針具及稀釋液，致愛滋感染人口急劇攀升，國內公共衛生議題面臨空前危機，毒癮者的戒癮治療才漸為衛生署及醫界所重視，相關的專業性介入作為也得以起步發展，如鴉片類物質成癮者之替代療法（美沙冬或丁基原啡因）、無毒治療性社區（如茄荖社區）、安非他命成癮者心理治療團體（目前僅有零星地檢署與衛生醫療機構合作發展）等。至目前為止，經衛生署認定合格的藥癮戒治醫療機構雖已增加至 108 家，但處遇的對象及治療策略仍以鴉片類物質成癮者之美沙冬替代療法為主，此與丹麥強調於提供替代療法同時亦需強化心理社會治療措施相較，明顯不足，另針對藥癮族群的不同特性，規劃特有的處遇機構或方案，亦是我國應持續努力的方向。此外

在人才培訓方面，也尚欠缺完備的專業人才培育制度，更遑論醫療品質保證機制的建立，丹麥在醫療處置上的各項作為，皆足資我國精進相關作為之參考。

另外，過去社政體系在毒癮者處遇部分介入甚少，我國於 95 年陸續於各縣市政府推動成立毒品危害防制中心，如同丹麥政府於各地設置之 DANRIS，或哥本哈根市諮詢中心（RCK）的「接案單位」，始將社政體系能提供的服務正式納入毒品防制資源體系中應用，在法務部與相關部會及各地方政府的努力下，嘗試建立各地毒品危害防制中心接案、處置及轉介等標準程序，並設置 24 小時的服務專線，擴大毒癮者尋求協助的管道，3 年多來，如桃園縣等毒品危害防制中心已漸具規模並發揮預防宣導與輔導戒治之功效，未來若能將毒品危害防制中心法制化，必能使之更具成效。此外，去（98）年 5 月 20 日毒品危害防制條例修正，於第 20 條增訂第 4 項規定：「受觀察、勒戒或強制戒治處分之人，於觀察、勒戒或強制戒治期滿後，由公立就業輔導機構輔導就業。」已對毒癮者的社會處遇保障開啓新的一頁，相關的具體執行策略則有待各地方政府積極發展及推動。

### （五）丹麥獄中藥癮處遇情形

丹麥的受刑人於服刑其間可參加由監獄提供的各類處遇方案，Horserød 國家監獄的全人計畫（Projekt Mennske）即是其一，其以有戒毒動機的女性罪犯為對象，刑期短的個案還必須承諾於出獄後接續社區的處遇系統，共有 14 個名額，相關內容已於介紹 Horserød 國家監獄一節中說明，不再贅述。礙於此次參訪時間相當有限，未能多瞭解丹麥矯正機關內其他的毒品處遇方案，甚為可惜！但可以知道的是，丹麥獄中的處遇方案由各矯正機關（包括封閉或開放監獄）針對特定的對象（包括性別、施用毒品種類、刑期及其他篩選條件等）自行發展，經認可及認證後執行，有些有一定的服務量能，有些則沒有限制參與的人數。

除了提供犯罪之毒癮者戒治處遇服務外，丹麥矯正機關之毒品防制工作的另一目標防止毒品流入監獄。根據 2003 年反毒作戰行動計畫，政府針對矯正機關

推動的毒品防制措施包括：

1. 有系統地擴大獄中戒治處遇服務對象，針對獄中之藥癮者推動相關處遇方案。
2. 與社區的戒治處遇系統合作，針對獄中有濫用古柯鹼、安非他命或大麻之罪犯，發展特定的處遇方案。
3. 針對有古柯鹼及安非他命濫用問題之年輕人設立一個專責的處遇單位，有愈來愈多的多重藥物濫用的年輕人，傳統的處遇措施對他們並沒有太大的效益，因此該單位應針對這群人發展並提供其他特殊的處遇。
4. 針對長刑期而有藥物濫用問題的犯罪者建立一個特殊單位。經驗顯示，現有處遇措施並不那麼適合這類個案，一方面是因為處遇結束後並有相關的追蹤處遇措施，一方面個案並不喜歡一直待在處遇單位裡。
5. 增加矯正機關緝毒犬的數量。
6. 引進新的科技設施（包括掃描器、偵測器、監視系統和毒品追蹤設備）協助偵測毒品的藏匿。
7. 改善矯正機關硬體設施，加強戒護安全，避免毒品從圍牆外流入圍牆內。
8. 擴大無現金流通之監獄的實施、限制收容人持有的現金、檢討親友寄錢之相關規定等，以防止和控制毒品在矯正機構內的走私。
9. 制訂矯正機關的尿液篩檢辦法，針對收容人加強尿液篩檢。

獄政管理的嚴謹性與制度化是世界各國有目共睹的，獄政改革至今，所有的矯正機關皆已為無毒環境，並無毒品走私或流竄的問題，加上毒癮者被以病犯（強制戒治）或罪犯定位，因此矯正機關毒品防制工作之重點在於提供毒癮收容人戒治處遇措施，俾預防再犯。我國的司法戒治包括觀察勒戒處所、戒治所及監獄等 3 個系統，其中戒治所為最主要的毒癮處遇專責機構，自 87 年設立以來，除編列臨床心理師、社會工作人員等專業人員外，再於 95 年起陸續成立新店、台中、高雄、台東 4 所獨立戒治所，整併其他各監獄合署辦公之戒治所，透過專業人力

的集中，期能集思廣益，並由各戒治所因地制宜引進在地社會資源（包括宗教、醫療、職訓、技訓及志工等），針對不同受戒治人之需求，發展多元之處遇方案。近年來更首次增編相關預算（約台幣 3,000 萬元），強化戒治所之醫療處遇，提昇受戒治人心理、社會處遇的涵蓋率。此外，為提昇整體戒治成效，也於 95 年 10 起推動監獄毒品犯輔導計畫，然在沒有相對應之人力與財力的投入下，亦僅能由各監獄於既有人力及有限預算下，以社會資源補強，規劃不同取向之處遇方案，如藝術、宗教、戲劇、閱讀、技訓等處遇形式。相較丹麥矯正機關之戒治方案全以醫療戒治為主（如藥物治療、心理治療），我國矯正機關內的處遇方案可謂更多元、更活潑，但也因藥癮者被視為病犯或罪犯，一方面使矯正機關有責任針對每一位毒癮收容人提供相關的戒治處遇，強調一個都不能少的原則，不免導致處遇重量不重質的情況，另一方面使毒癮收容人於服刑或執行保安處分期間有義務接受獄（所）方所提供的處遇方案，強制給予與被動接受的結果，也容易導致毒癮者視處遇為處罰，而影響治療動機。對此，丹麥發展多元方案的同時，給予具毒癮之罪犯依個人意願選擇所需方案，提昇治療動機的作法，可為我國學習參考。此外，丹麥有系統地發展矯正機關內處遇方案之認證制度，確保處遇方案之質與量，更是我國遠遠不及並應積極努力的目標。

## 二、建議

雖然丹麥的國情與我國顯有差異，但其反毒的理念與措施仍有值得我國學習之處，謹就此次考察心得，對於我國戒治處遇之發展提出如下幾點建議：

- （一）我國雖未將毒癮個案除罪化，但因應藥癮的疾病本質與世界反毒潮流，毒癮者的除罪化將是未來趨勢，而從毒品危害防制條例的修正方向，及政府擴大附命完成戒癮治療之緩起訴處分、鼓勵各醫療院所參與美沙冬替代療法方案等措施的推動，亦可見政府在毒癮者除罪化上的努力與準

備。丹麥兼顧「零容忍」理念與「減害觀點」之平衡的作法，對我國未來政策的擬定實具參考價值。

(二) 和丹麥相同，我國的毒品防制體系亦由跨部會組成，甚至中央的統合決策機制層級較丹麥為高，但從丹麥官方的分享發現，該國各部會間的協調合作機制相當順暢，各門部對所責職掌清楚明確，與我國每每於政策落實前需花費相當多的時間釐清觀念、溝通協調大有不同。許多專家學者皆建議我國的毒品防制政策層級應予提高，甚至比照美國制度於白宮下設置國家級反毒機關，但丹麥的經驗告訴我們，我國在現有制度下，實尚有許多努力檢討的空間。如透過強化政府各部門對「毒癮」問題的正確認知（非僅以「當前毒癮者的刑事政策」認定毒癮者所需協助的資源面向），及培養各部門面對「毒癮」問題的務實態度，增強各部門對於「毒品防制」任務之體認與責任。

(三) 如同丹麥在 2003 年之「反毒作戰行動計畫」政策說帖中所言：「無毒的社會雖是世界各國的期望，但事實上這是一個不可能達到的目標，沒有任何一個國家的政府能「完全解決 (solve)」毒品的問題。...說明毒品問題沒有容易或快速的解決良方。...社會對毒品問題的努力應建立在符合現實的目標上，持續努力於避免新毒品施用人口的增加、防止毒品流竄、製造與運輸，及提供成癮者治療服務，以減少成癮者對自己、親友及社會的傷害。」我國政府實應體認現實，務實但積極地面對毒品問題，對於反毒政策的執行績效評核，建議訂定合理目標，否則達不到的績效標準，只會挫折反毒的士氣，影響政策的連貫性及落實進度，浪費行政資源。丹麥以對藥癮者提供的服務量能、個案是否改善（如健康狀態、用藥劑量、就業與否、犯罪情形等）、對個案服務品質的保證、新興毒品人口的增長是否獲得控制等為效標，值得我國學習參考。

(四) 丹麥從醫療服務及社福制度的觀點看待毒癮及其衍生的相關問題，而丹



麥 3 層次的行政層級（中央、區及地方政府）針對醫療事務及社政事務之權責劃分明確，也因此讓全國的毒品防制體系，從中央函括到地方，並進而建立立體（包括橫向及縱向）的防制網絡。反觀我國的毒品防制工作，一直以來皆由中央部會負責，加上我國以「病犯」或「罪犯」看待成癮問題，致地方政府的反毒角色模糊、職掌不明、功能不彰。參照丹麥從醫療及社福制度的觀點加強我國地方政府反毒職責應是未來努力落實的方向。

- （五）我國對毒癮者刑事政策之訂定，依施用毒品之級數（種類）及犯次而給予不同裁罰，不免反映社會對施用不同毒品種類的成癮者不同程度的道德判斷價值，因而對毒癮者造成不同程度的污名化，或使毒癮者有「從安非他命改用海洛因代表級數升高」或「我就算吸毒也只是用 3 級的，不會去用 1 或 2 級的」等錯誤認知。丹麥對於各種藥物，一律禁止非醫療性的使用，對於不同毒品種類的成毒癮者亦統一提供公平的處遇機會及平台，並保障治療權益及品質（但針對特定的成癮問題提供不同的治療作為），這種完全從「預防重於治療」的原則思考的毒癮者處遇政策，值得我國參考。
- （六）從丹麥的經驗，毒癮是一種慢性化疾病，更是社會必然存在的現象與族群，不僅應從衛生醫療專業改善藥癮者的身體及心理健康狀況，更需從社會制度面，建構完善的福利制度（如同針對兒童、身心障礙、低收入戶、特殊境遇婦女及獨居老人等特定弱勢族群之社會照護），協助改善其生活品質，俾能減害是類人口對社會帶來的公共衛生與治安的危害。此外也建議儘速將毒癮治療納入健康保險制度給付範疇，保障其基本醫療權益。
- （七）丹麥反毒政策及處遇方案的擬定除考量現實面的因素外，更強調實證研究的理論基礎，甚至建立認證制度。針對重大方案的推動，從試辦的推

廣亦有其必要的過程，如合理的試辦時間、成果評估、公聽會、納入專家意見等，讓人感覺丹麥的政策執行兼顧理論與實務，這樣的精神也值得我國學習。故建議能充實部會之研究與學術資源，以強化政策擬定之理論基礎，俾提昇政策之專業度與民眾的信服度。在參訪 Forchhammersvej 特殊醫療中心期間，Dr. Peter Ege 於分享丹麥毒癮者死亡率時，就隨手從房間角落旁的書堆中拿出一本有關藥癮的國際知名期刊「Addiction」，並翻閱其中有關台灣之研究結果與我們分享，顯示即使是執行機構，也提供有專業學習的環境，執行人員從事實務的同時亦有方便的管道充實相關領域的專業知識。我國矯正機關既為專責的毒品戒治機構，實有必要加強機關內專業成長環境的營造。

(八) 丹麥毒品氾濫的趨勢與我國有些相似，長期來皆以海洛因為主要濫用藥物，但近年來軟性毒品氾濫亦趨嚴重，對於後者雖未有替代藥物可以治療，但丹麥政府早已依其國內毒品濫用趨勢的變化（大麻濫用人口明顯攀升），調整應有的處遇作為，不僅投入大量資源針對不同毒品成癮者（如大麻、古柯鹼等）發展及提供特定的處遇方案（也是以心理諮商及社會取向服務制度為主），亦依不同的需求族群設立專責的單一服務窗口或處遇機構。反觀台灣面對未有替代療法之二級毒品的氾濫問題，不但未積極發展治療措施，還將之排除在法律保障優先治療之制度外<sup>17</sup>，政策的專業性基礎倍受質疑。藥癮既為疾病，政府有責任從醫療衛生的專業觀點擬具預防及治療措施，不僅加強落實三級預防（治療），更應推動及強化初級與二級預防。

(九) 我國矯正機關教化活動可說包羅萬象、多采多姿，包括技訓、作業、才藝學習、各種藝術培養、宗教活動及文康活動等，近年來推動的一監一

---

<sup>17</sup> 依毒品危害防制條例第 24 條訂定之毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準將緩起訴附戒癮治療處分之適用對象限縮於一級鴉片類物質成癮者。

特色更是績效斐然。此外，在針對毒品收容人的專業處遇上，也類似丹麥作法，由各監發展不同的戒治處遇方案，如雲林第二監獄、台北監獄的彩虹計畫（針對愛滋毒癮收容人），以及各獨立戒治所因地制宜發展的處遇模式等，未來可參考丹麥獄政局的作法，訂定認證標準及機制，推動特殊處遇的一監一特色，提昇外界對矯正機關教化專業的認同。

## 伍、 結語

丹麥根據醫界實證，將毒品成癮視為疾病，提供完善且有品質保證的醫療處治，並從社會制度面，以社會弱勢看待毒品成癮者，如同低收入戶族群、身心障礙同胞等，建構專屬的社會服務制度及網絡，保障藥癮者的基本生活及就醫權益，相對我國雖早已將酒、藥癮列入精神衛生法所指之精神疾病，但至今仍未將相關醫療納入健保，且社會民眾對是類人口仍有嚴重污名化情形，可說天壤之別，此國情差異之因，或值得我們深思。

美國國家藥物濫用中心（NIDA）在 2006 年發表的文章中指出，物質濫用的治療可以減少一半的藥物使用，減少犯罪活動達 80%，及減少 64% 的逮捕，推估每投資 1 元於成癮治療可以減少藥物相關犯罪的花費約 4-7 元，某些門診戒毒效益甚至達 12 倍之多。而美國加州大學（UCLA）同年的研究也發現，整體而言，每投資 1 元於物質濫用治療，可減少犯罪成本與增加工作所得約 7 元；投資門診戒毒 1 元可節省 11 元，居住性治療可節省 6 元（摘自薛瑞元，2007，12<sup>18</sup>）。據此，毒品戒治是個相當符合成本效益的社會投資，在丹麥我們也看到如是的態度與投資，若說毒品是台灣治安三大毒瘤之首，政府實應劍及履及投入相當的資源來面對及處理我國毒品氾濫的問題。

商業周刊曾報導：「根據英國萊斯特大學教授懷特（Adrian White）2006 年 7 月發布的『世界快樂地圖』報告（World Map of Happiness），丹麥在全球 178 個國家中，列名快樂國家的榜首。丹麥地處北歐，氣候嚴寒，即使國土最南端，也在中國黑龍江以北。每年一月，日照僅僅五至六個小時，人們每天必須在零度以下的氣溫，摸黑出門，摸黑回家。就是這麼奇怪，天寒地凍、欠缺天然資源的小國，卻創造出全球獨見的富裕快樂國，《國家地理雜誌》並譽之為『世界上近乎完美的國家』。」初次出國考察即能被派赴如此美好國度，身為團員的我們至今

<sup>18</sup> 薛瑞元，發展本土戒治醫療專業處遇方案－社區追蹤治療模式與社區藥癮復健治療模式之比較。研考雙月刊，31 卷第六期，P.49-59。

仍難掩興奮之情。停留丹麥期間，確實也感受到丹麥人民悠閒愜意的生活步調，另外，雖此次僅就毒品戒治議題請益，然從該國對毒品成癮者的照護，已充分看出該國社福利制度的完善及人民生活的態度與價值！實為一次豐碩而難得的旅行。

最後再次感謝外交部及駐丹麥台北代處對於此次考察行程之協助，使本次考察圓滿順利，收穫匪淺。