

RAPPORT OM

KOMMUNERNES MISBRUGSBEHANDLING

I REGION SJÆLLAND

Statusundersøgelse vedr. kvalitet og sammenhæng

i misbrugsbehandlingen

og vedr. klyngesamarbejdet mellem kommunerne

KKR Sjælland
August 2016*

Rammeaftalens administrative Styregruppe er bestiller af denne undersøgelsesrapport. *Misbrugsområdets Projektgruppe* – i dag bestående af fem kommuner – har fulgt undersøgelsens udformning, fremdrift og kvalitet og har i den afsluttende fase rådgivet om mulig opfølgning og løsningsforslag i forhold til undersøgelsens resultater. Et organisationsdiagram kan findes bagest i rapporten.

Opgaveleder har været ekstern konsulent *Poul Bjergved*, der har gennemført undersøgelse og rapportskrivning i samarbejde med to kommunale medarbejdere inden for misbrugsområdet: konsulent *Karen Hatt Olsen* (Slagelse Kommune) og konsulent *Mille Buch-Andersen* (Roskilde Kommune).

Rammeaftalens administrative Styregruppe træffer beslutning om eventuelle initiativer på baggrund af undersøgelsens resultater.

August 2016

Indhold

INDHOLD

INDHOLD	3
1. UDGANGSPUNKT OG ANBEFALINGER	4
1.1 UNDERSØGELSENS UDGANGSPUNKT	4
1.2 PROJEKTGRUPPENS INDSTILLINGER OVER FOR STYREGRUPPEN	4
1.3 UNDERSØGELSENS FORMÅL, HOVEDSPØRGSMÅL OG METODE	7
2. BORGERE OG BEHANDLERE - MISBRUGSBEHANDLINGEN I TAL	7
2.1 BORGERE I MISBRUGSBEHANDLING	8
2.2 MEDARBEJDERE OG UDDANNELSE	9
3. INDIKATORER FOR OPFYLDELSE AF KL'S ANBEFALINGER	11
ANBEFALING 1: KOMMUNERNE SKAL TILBYDE FAMILIEORIENTERET BEHANDLING	11
ANBEFALING 2: KOMMUNERNE SKAL HAVE EN STRATEGI FOR SYNLIGHED, TILGÆNGELIGHED OG TIDLIG OPSPORING	14
ANBEFALING 3 & 4: NATIONALE RETNINGSLINJER OG FORLØBSPROGRAMMER FOR MISBRUGSBEHANDLINGEN	16
ANBEFALING 5: KOMMUNERNE SKAL SYSTEMATISK FØLGE OP PÅ MISBRUGSBEHANDLINGEN	17
ANBEFALING 6: GRUNDLAGET FOR DEN KOMMUNALE MISBRUGSBEHANDLING ER EVIDENSBASEREDE METODER	19
ANBEFALING 7: KOMMUNERNE SKAL DOKUMENTERE OG EVALUERE DERES INDSATSER PÅ MISBRUGSOMRÅDET	21
ANBEFALING 8: KOMMUNERNE SKAL KUNNE TRÆKKE EGNE DATA FRA DE RELEVANTE DATABASER PÅ MISBRUGSOMRÅDET	23
ANBEFALING 9: DET ENKELTE BEHANDLINGSSTED SKAL SIKRE MEDICINSK OG PSYKOSOCIAL BEHANDLING	24
ANBEFALING 10: KOMMUNERNE SKAL FORETAGE EN BASISSCREENING OG PSYKIATRISKE LIDELSER	26
ANBEFALING 11: REGIONERNE SKAL LØFTE DERES ANSVAR I F. T. UDREDNING, DIAGNOSTICERING OG BEHANDLING AF PSYKISKE LIDELSER	27
ANBEFALING 12: KOMMUNERNE SKAL SIKRE SAMMENHÆNG OG HELHED I MISBRUGSBEHANDLINGEN INTERNT I KOMMUNEN	28
4. KLYNGESAMARBEJDET	30
4.1 BAGGRUND	30
4.2 KOMMUNERNES EVALUERING AF KLYNGESAMARBEJDETS VÆRDI	31
5. FRITVALGSORDNINGER	32
6. UNDERSØGELSENS KONKLUSIONER	34
6.1 ANBEFALINGERNE I 2014 OG STATUS I 2016	
6.2 ER DER SKET FREMSKRIDT SIDEN 2014? ER MISBRUGSBEHANDLINGEN BLEVET BEDRE SIDEN 2014?	34
BILAG 1: KORT OM UNDERSØGELSENS KILDER, METODER OG TILRETTELÆGGELSE	37
BILAG 2: KLYNGESAMARBEJDET PÅ MISBRUGSOMRÅDET I REGION SJÆLLAND	BAGSIDEN

1. Udgangspunkt og anbefalinger

1.1 Undersøgelsens udgangspunkt

Efter strukturreformen i 2007 har Folketinget i stigende grad lagt vægt på *lighedsprincippet* i forhold til borgernes adgang til kommunernes ydelser: Alle borgere skal sikres lige adgang til sociale ydelser, herunder også til de mest specialiserede ydelser, som kun få kommuner udbyder.

Før strukturreformen kunne kommunerne i vid udstrækning overlade specialydelserne til amterne og således "aflevere" borgerne til næste instans. Strukturreformen betød, at kommunerne nu måtte samarbejde om at sikre borgerne specialiserede ydelser. Det kræver nye samarbejdsformer, som er mere komplekse end den tidligere "afleveringsforretning" til næste instans.

Det er en af de udfordringer, som KKR-samarbejdet er forpligtet til at følge i rammeaftalen og eventuelt at tage initiativer, hvis det ikke lykkes. Undersøgelserne af misbrugsområdet i KKR Sjællands regi skal ses som et bidrag til at løse denne opgave.

En tidligere statusundersøgelse fra 2014 viste, at kommunerne *ikke som helhed* lever op til KL's anbefalinger:

- Alle kommuner arbejdede "familieorienteret" med misbrugsbehandlingen, men med stor forskel på, om det er en systematisk tilgang, eller om f.eks. blot enkelte medarbejdere kunne tilbyde tilgangen.
- Mindre end halvdelen af kommunerne havde nedfældet en politisk vedtagen strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing
- 13 kommuner havde ingen systematisk opfølgning af behandlingsindsatsen efter endt behandling
- 7 kommuner evaluerede ikke den løbende dokumentation til udvikling af tilbuddene
- 8 kommuner tilbød ikke borgerne systematisk basisscreening
- 9 kommuner havde ikke en strategi for sammenhæng og helhed i misbrugsindsatsen i kommunen
- Klyngesamarbejdet mentes at styrke den enkelte kommunes arbejde og udvikling på misbrugsbehandlingsområdet.

På den baggrund traf Styregruppen i august 2014 beslutning om at *fortsætte arbejdet med den nuværende klyngeorganisering* og anbefalede kommunerne en særligt styrket indsats på **fem særlige indsatsområder**, som alle er relateret til KL's anbefalinger:

1. et samarbejde om kompetenceudvikling med *fokus på familieorienterede metoder* (anbefaling 1)
2. en politisk strategi for *synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing* (anbefaling 2)
3. en *systematisk opfølgning* på misbrugsbehandlingen (anbefaling 5)
4. en bedre *dokumentation og evaluering* af indsatserne (anbefaling 7)
5. en politisk strategi for *sammenhæng og helhed* i misbrugsbehandlingen internt i kommunen (anbefaling 12)

Styregruppen besluttede derfor i oktober 2015 at følge op på statussen fra 2014 for at få et ajourført billede af kommunernes indsats på misbrugsbehandlingsområdet og på arbejdet i *klyngeorganiseringen*¹.

Den nye undersøgelse er gennemført i februar 2016. Den viser, at der er sket en udvikling, hvor kommunerne samlet set i højere grad lever op til KL's anbefalinger, men den viser også, at kommunerne som helhed fortsat ikke lever op til KL's anbefalinger.

En mere detaljeret sammenfatning af **undersøgelsens konklusioner** findes i afsnit 6 nedenfor (side 34-36).

1.2 Projektgruppens indstillinger over for Styregruppen

Den af Styregruppen nedsatte *Projektgruppe vedr. Misbrugsområdet* har løbende fulgt undersøgelsen. Projektgruppen har på baggrund af undersøgelsens resultater fremsat følgende *indstillinger vedr. de fem særlige indsatsområder*:

Ad 1. Et samarbejde om kompetenceudvikling med fokus på familieorienterede metoder

Der er behov for øget fokus på kompetenceudvikling, herunder kan følgende forslag overvejes:

- behovet for uddannelse af flere familiebehandlere kan eventuelt sikres i et samarbejde mellem kommunerne
- der kan ske en fælles metodeudvikling af familieorienteret *stofmisbrugs*behandling
- kompetenceudvikling af medarbejdere i opfølgning af *progression* i misbrugsbehandlingen (bedre effektmåling i behandlingen)
- der bør overvejes en ny takststruktur for familiebehandlingen, som giver bedre incitamenter for familieorienteret behandling. I den nuværende takststruktur er det kun borgeren med misbruget, der udløser takst, og ikke de pårørende, hvilket ofte vil modarbejde den familieorienterede behandlingsform til skade for behandlingens effekt.

Endelig foreslås det, at kommuneklyngerne skal skabe sig et overblik over de faglige kompetencer i behandlerkorpset som helhed i klyngen, så eksempelvis sidemandsoplæring på tværs af kommuner og koordinering af fælles uddannelsesforløb, kurser og temadage kan bidrage til den generelle kompetenceudvikling i kommunerne.

Ad 2. En politisk strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing

Projektgruppen peger på, at en *politik for udsatte- og rusmiddelområdet* kan være lokomotiv og give strategisk fremdrift for indsatserne på tværs af fagområder i den enkelte kommune. Der er erfaringen, at helhedstækning skal understøttes systematisk fra alle ledelsesniveauer, inkl. direktion f.eks. som en del af en mål- og procedureaftale i forhold til politikken, jf. også ad 5 nedenfor. Hvis kommunen har en højere

¹ **Kommunernes klyngesamarbejde** består af 3 geografisk fordelte klynger: Øst, Vest og Syd med henholdsvis 5, 6 og 6 kommuner. Til at lede arbejdet er der etableret en *Projektgruppe* – i øjeblikket bestående af 5 kommuner (Roskilde, Slagelse, Næstved samt Holbæk og Guldborgsund). Projektgruppen har initiativpligt i forhold til de indsatsområder, som Rammeaftalens administrative Styregruppe har udpeget.

DIAGRAM over klyngesamarbejdets organisering findes i bilag 2.

grad af helhedsorienteret tænkning i borgerforløb, vil misbrugsproblemer i højere grad blive identificeret og derved kan det betyde, at mange andre faglige indsatser lykkes, fordi der bliver taget hånd om misbrugsproblemet hos den pågældende borger.

Ad. 3. En systematisk opfølgning på misbrugsbehandlingen ²

Kommunerne har samlet set øget deres opfyldelse af den systematiske opfølgning på den enkelte borger efter afsluttet behandling. Det viser undersøgelsen. Projektgruppen mener, at man bør udvikle et fælles opfølgningsredskab i regionen(eller hele DK). Et opfølgningsredskab vil fremme arbejdet med effektmåling og samarbejdet om behandlingsindsatser mellem kommunerne. Det vil betyde, at der kan sammenlignes behandlingsresultater i region Sjælland(eller hele DK). Det vil give kommunerne et bedre grundlag for at arbejde med og samarbejde om behandlingsopfølgning og effektmål.

Ad. 4. En bedre dokumentation og evaluering af indsatser

Kommunerne har i mange år indberettet store datamængder til centrale registre, uden at det på noget tidspunkt er lykkedes kommunerne selv at få adgang til disse data. Ikke at kunne trække data fra centrale registre betyder, at kommunerne må udvikle og vedligeholde lokale systemer, for at have et minimum af data til brug i strategisk politisk og misbrugsfaglig udvikling. Det svækker grundlaget for arbejdet med at dokumentere og evaluere egne indsatser i misbrugsbehandlingen. Der er behov for, at styrelser og ministerier løfter deres opgaver med centrale registre, og derigennem giver kommunerne adgang til egne data og dermed mulighed for at dokumentere og evaluere indsatser i misbrugsindsatserne, såvel internt som på tværs af eksempelvis klynger.

Projektgruppen anser sådanne initiativer – både i punkt 3 og 4 – for at være direkte i tråd med Socialstyrelsens mål om, at det sociale arbejde i kommunerne skal rettes mod ”mere effektfulde indsatser” og ”virksomme metoder”.

Ad. 5. En politisk strategi for sammenhæng og helhed i misbrugsbehandlingen internt i kommunen:

Der er kun 4-6 kommuner, som lever op til anbefalingen om at sikre en sammenhæng i misbrugsbehandlingen internt i kommunen. Det betyder, at der ikke er sket en konstaterbar ændring af situationen mellem 2014 og 2016.

Det er Projektgruppens anbefaling, at der skabes større politisk bevågenhed og ledelsesmæssig efterspørgsel af tværfagligt samarbejde, gerne kodificeret i samarbejdsaftaler, der sikrer koordineret tværfaglighed i forhold til den enkelte borger. Misbrugsproblemer har muligvis ikke høj prestige i det faglige ”hierarki”, men de bør indgå som et fast element i en helhedsorienteret sagsbehandling i den enkelte kommune, ikke mindst fordi problemstillingen griber ind i en meget stor del af sociale sager – og dermed i effekten af de sociale indsatser i kommunerne.

² Se ”Resultatplan mellem Social- og Indenrigsministeriets departement og Socialstyrelsen” (december 2015) bestående af 10 mål, herunder mål 7: ”Effektfulde indsatser”, hvorefter der bl.a. skal udmøntes satspuljemidler til færre, større og mere effektfulde indsatser til sikring af en mere sammenhængende faglig viden og en mere vidensbaseret tilgang på socialområdet.

Ad Klyngesamarbejdet: Kommunerne har på misbrugsområdet i det seneste par år arbejdet sammen i tre klynger, Syd, Vest og Øst, bestående af 5-6 kommuner i hver. Det fremgår af undersøgelsen, at kommunerne vurderer samarbejdets værdi på et højt til meget højt niveau. Samarbejdet bidrager til erfaringsudveksling og vidensspredning i misbrugsbehandlingen. Samarbejdet bidrager også med pragmatiske løsninger – eksempelvis fælles løsninger på fritvalgstilbud. Der er mange ønsker til samarbejdet og også ønsker om at styrke det yderligere. Nogle af disse forslag og ønsker er allerede indgået i Projektgruppens anbefalinger ovenfor. Man kan læse mere om klyngesamarbejdet i rapportens afsnit 4 nedenfor (side 30).

1.3 Undersøgelsens formål, hovedspørgsmål og metode

Formålet med en fornyet undersøgelse af misbrugsbehandlingen i kommunerne i region Sjælland er at give Rammeaftalen:

- en ajourført viden om kommunernes indsats på misbrugsbehandlingsområdet
- et redskab, der eventuelt kan skabe grundlag for at pege på, hvordan kommunerne kan leve op til – eller kan fastholde at leve op til – KL's 12 anbefalinger i misbrugsbehandlingen og
- et overblik over indsatsen, som også kan tjene som informationsgrundlag i forhold til Den nationale Koordinationsstruktur og herunder ift. til en evt. central udmelding fra Socialstyrelsen.

Det er forudsat, at afrapporteringen kan udpege mulige fælles initiativer og løsningsmuligheder, som bidrager til optimering af misbrugsindsatsen i region Sjællands 17 kommuner.

For at opfylde Styregruppens formål med undersøgelsen søges to hovedspørgsmål besvaret:

- Hvordan lever kommunerne - på egen hånd eller i samarbejde med andre - op til KL's 12 anbefalinger på misbrugsområdet?
- Hvordan fungerer Klyngesamarbejdet som organisering for samarbejde om indsatser og udvikling på misbrugsområdet?

Den nye statusundersøgelse følger metodisk hovedsageligt strukturen i den tidligere undersøgelse fra 2014. KL's 12 anbefalinger er omdrejningspunktet for undersøgelsen. Undersøgelsen bygger på data fra *tre kildetyper*: Et kvantitativt spørgeskema til hver kommune, en kvalitativ evalueringsworkshop i hver af de tre kommuneklynger. Endelig er der indsamlet nogle enkelte overordnede statistiske oplysninger fra kommunerne i den nye undersøgelse (jf. næste afsnit 2)

I **bilag 1** findes en kort redegørelse for *undersøgelsens kilder, metode og proces*.

2. Borgere og behandlere - Misbrugsbehandlingen i tal

Den nye statusundersøgelse er udvidet med nogle overordnede spørgsmål, som belyser en række forhold omkring kommunernes misbrugsbehandling i region Sjælland, der dels omhandler antallet af borgere i behandling, dels omhandler det ansatte personales uddannelse og efteruddannelse.

Oplysningerne danner baggrund for de "egentlige" spørgsmål, som omhandler kommunernes indsats målt op imod KL's 12 anbefalinger på misbrugsområdet, jf. afsnit 3 nedenfor.

2.1 Borgere i misbrugsbehandling

Kommunerne er blevet spurgt, hvor mange borgere de har haft i misbrugsbehandling i løbet af 2015. Alt i alt har kommunerne haft 2.930 personer i alkoholbehandling og 3.407 personer i stofbehandling i 2015.

I tabel 3 er disse borgere fordelt ud på de tre kommuneklynger, og tabellen viser, hvor mange borgere hver klynge har haft i behandling i 2015 pr. 1000 indbyggere.

Tabel 1

Antal personer i behandling i 2015 i forhold til befolkningstal, opgjort i antal borgere pr. 1000 indbyggere	I behandling 2015, Alkohol	I behandling 2015, Stof
Klynge Syd (5 kommuner)	3,8	4,2
Klynge Vest (6 kommuner)	4,1	4,9
Klynge Øst (5 kommuner)	2,6	3,1
Region Sjælland (16 kommuner)	3,5	4,1

TABEL 3: En kommune er ikke medtaget på grund af mangelfulde oplysninger

Det fremgår af tabellen, at der i kommunerne som helhed er 3,5 borgere i alkoholbehandling pr. 1000 indbyggere, mens der er 4,1 borgere i behandling pr. 1000 indbyggere på stofmisbrugsområdet. "Behandlingsgraden" – eller "behandlingsdækningen" varierer betydeligt mellem klyngerne, hvor den er højest i Klynge Vest og lavest i Klynge Øst. Det skal understreges, at tallene intet siger om serviceniveau eller behandlingsomfang for den enkelte borger. Der har heller ikke kunnet tages højde for "gengangeri".

De senest kendte tal på landsplan er fra 2010, hvor der blev behandlet 2,7 borgere pr. 1000 indbyggere, både hvad angår alkoholbehandling og stofmisbrugsbehandling. På landsplan regner man med, at ca. 12.000-14.000 borgere er i alkoholbehandling, mens 16.000 borgere er indskrevet i stofmisbrugsbehandling.

Målt på region Sjællands befolkningsandel betyder det, at antallet af borgere i behandling ligger over gennemsnit (sammenligningstal 2.030), og at antallet af borgere i stofmisbrugsbehandling ligger under gennemsnit (sammenligningstal 2.320). Det *kan* være udtryk for, at der er sket fremgang i det opsøgende

arbejde, og at der har været en udvidet behandlingskapacitet, men det kunne i princippet også skyldes et øget behandlingsbehov.

En kommune med et befolkningstal omkring 35.000 vurderes at have ca. 3.500 i målgruppen for alkoholbehandling, ca. 210 stofmisbrugere og ca. 175 unge med behov for behandling³. Når vi samtidig ved, at konsekvenserne af et misbrug ikke kun går ud over den person, der har misbruget, men påvirker hele familien, så er der store gevinster for såvel de berørte mennesker som for samfundet som helhed i at sikre god kvalitet i forebyggelse og behandling af misbrugsproblemer. Arbejdet med at udvikle og styrke arbejde og samarbejde på misbrugsbehandlingsområdet er således stadig vedkommende og vigtigt for alle 17 kommuner.

2.2 Medarbejdere og uddannelse

Kommunerne har svaret på, hvor mange fuldtidsansatte medarbejdere, som kommunen har med behandlingsopgaver inden for misbrugsområdet. Tabel 1 viser, hvordan medarbejdere og medarbejdernes uddannelsesbaggrund, fordeler sig mellem de tre klynger.

TABEL 2

Behandlere og uddannelse	Medarbejdere i alt	Andel af behandlere med relevant grunduddannelse i %	Andel af behandlere med relevant efteruddannelse i %	Befolkningsfordeling mellem klyngerne i %
Klynge Syd	44	97	70	35,0
Klynge Vest	85,5	97	90	35,4
Klynge Øst	52,5	96	87	29,6

Samlet se har kommunerne 182 medarbejdere, der arbejder med misbrugsbehandling. Så godt som alle behandlere har en relevant grunduddannelse (bl.a. pædagog, lærer, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, læge, psykolog). Det vil sige, at de medarbejdere, som kommunerne anvender til misbrugsbehandling, overordnet set er veluddannede. Der er også tale om en forholdsvis høj grad af relevant efteruddannelse (bl.a. systemisk terapi, kognitiv terapi, MI, diplom i familiebehandling, dobbeltdiagnose uddannelse) for behandlerne, dog lavest i Klynge Syd.

Antallet af medarbejdere i kommunerne inden for misbrugsområdet spænder fra 0 til 36 behandlere. I tabel 3 ses, hvordan medarbejderne er fordelt i de enkelte klyngers kommuner.

³ Sundhedsstyrelsen skønner, at ca. 140.000 borgere i Danmark har en afhængighed af alkoholindtagelse, som kan betegnes som misbrug. Ca. 12.-14.000 borgere er i alkoholbehandling på landsplan. Det skønnes, at der er omkring 33.000 stofmisbrugere, hvoraf 13.000 borgere har et intravenøst brug (heroin og lign.), mens 11.000 har et hashmisbrug. Knap 16.000 borgere med stofmisbrug er indskrevet i stofmisbrugsbehandling.

Tabel 3

Antal behandlere	0-9	10-20	over 20
Klynge Syd (6 kommuner)	3 <i>heraf har én kommune 0 behandlere</i>	3	
Klynge Vest (6 kommuner)	3 <i>heraf har én kommune 0 behandlere</i>	2	1
Klynge Øst (5 kommuner)	2 <i>begge kommuner har 0 behandlere</i>	2	1
I alt (17 kommuner)	8 <i>Heraf har 4 kommuner 0 behandlere</i>	7	2

Hovedparten af kommunerne har mindre end 10 behandlere. Fire kommuner har ingen behandlere og er rene køberkommuner. Resten af kommunerne har mellem 10 og 20 behandlere, bortset fra to kommuner, der har over 20 behandlere.

”Rene” køberkommuner og mange mindre kommuner har kun i meget beskedent omfang fagspecialiseret personale, uanset at den enkelte kommune under alle omstændigheder er ansvarlig for den opfølgende sagsbehandling og for visitation af egne borgere. Det udgør en risiko for kvaliteten i disse kommuners arbejde på misbrugsområdet, hvis der ikke er medarbejdere med særligt ansvar for – og særlig viden om - opgaven at koordinere og sikre en fagligt kvalificeret indsats i misbrugssager. Risikoen kan dog mindskes via det faglige samarbejde med andre kommuners specialmiljøer, som klyngesamarbejdet bl.a. er udtryk for.

3. Indikatorer for opfyldelse af KL's anbefalinger

På de følgende sider fremlægges statussen på i hvilken grad kommunerne lever op til KLs anbefalinger – altså opfølgning på undersøgelsen fra 2014.

Hvert afsnit indledes med KL's anbefalinger (blåt felt). Dernæst findes en kort bestemmelse af de vigtigste begreber (*skråskrift*). Spørgeskemaresultatet præsenteres i skemaform, som efterfølgende kommenteres. Hvis muligt foretages en sammenligning mellem den tidligere og denne undersøgelse: Er der sket væsentlige ændringer i kommunernes indsats siden 2014? Endelig afsluttes hvert afsnit – hver anbefaling – med nogle sammenfattende bemærkninger: Er der for eksempel sket udvikling på et anbefalingsområde, som ændrer på relevansen eller formålet med KL's anbefalinger fra 2012?

Anbefaling 1: Kommunerne skal tilbyde familieorienteret behandling

Kommunerne skal tilbyde familieorienteret behandling. Det betyder, at familien, såsom partnere, forældre og børn inddrages i behandlingen. Forskningen viser, at en familieorienteret behandling er med til at stabilisere misbrugerens netværk. En familieorienteret behandling er bedre til at motivere personer med et misbrug til behandling, fastholde behandling og til at holde misbrugeren ude af misbruget efter endt behandling. (KL: *En styrket misbrugsbehandling*)

Familieorienteret behandling betyder, at der systematisk og aktivt gives behandlingstilbud til borgeren og dennes familie og pårørende - såsom partner, forældre og børn.

På den baggrund er der stillet spørgsmål om antallet af sager, hvor familie/pårørende var inddraget i et behandlingsforløb inden for alkoholområdet og inden for stofområdet.

Tabel 4:

I hvor mange sager/ behandlingsforløb fra 2015 var familie/pårørende inddraget, opgjort i antal og i procent af det samlede antal i behandling?	Antal i alt	Alkohol	Stof
Syd (5 kommuner)	275	18 %	7 %
Vest (6 kommuner)	516	32 %	9 %
Øst (5 kommuner)	354	25 %	26 % (hash og kokain. ikke heroin)
I alt (16 kommuner)	1145	25 %	12 %

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Det fremgår af tabellen, at der i 2015 i alt var 1145 sager/behandlingsforløb i samtlige kommuner. Næsten halvdelen af samtlige sager findes i Klynge Vest. Den familieorienterede behandling er mest fremtrædende

i alkoholbehandlingen, men dog kun i gennemsnitligt 25 % af sagerne, mens det for stofmisbrugere kun er tale om familieorienteret behandling i 12 % af sagerne.

I klynge Vest og Syd arbejdes der langt overvejende med familieorienteret behandling på alkoholområdet og mindre grad på stofområdet. I Klynge Øst arbejdes der i lige så høj grad med familieorienteret behandling i forhold til stofmisbrugere af hash og kokain (*ikke heroinmisbrugere*⁴), som man gør i forhold til alkoholmisbrugere.

Tabel 5:

Hvor mange ansatte er specifikt uddannede inden for familieorienteret behandling, opgjort i antal og i procent af det samlede antal behandlere?	Procent af samlet antal behandlere i hver klynge	Antal ansatte, uddannede i familiebehandling
Syd (5 kommuner)	27 %	16
Vest (6 kommuner)	35 %	30
Øst (5 kommuner)	29 %	16
I alt - 16 kommuner	31 %	62

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Tabel 5 viser, at der i samtlige kommuner i dag findes 62 uddannede familiebehandlere, og de udgør omkring en tredjedel af behandlerne i klyngerne. Der er absolut flest uddannede familiebehandlere i Vest. De udgør næsten halvdelen af samtlige uddannede familiebehandlere i region Sjælland, og som det fremgik ovenfor har Klynge Vest også halvdelen af de borgere i regionen, som er i behandling.

Endelig er der i tabel 6 spurgt ind til en systematisk og aktiv inddragelse af familieperspektiv i behandlingen og den information, der gives om mulighederne for familieorienteret behandling.

Tabel 6

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene. Opgjort i procent af antallet af kommuner	Vi arbejder systematisk og aktivt med at inddrage familieperspektivet i behandlingen, Alkohol	Vi arbejder systematisk og aktivt med at inddrage familieperspektivet i behandlingen, Stof	Vi tilbyder og informerer altid borgerne om familieorienteret behandling Alkohol	Vi tilbyder og informerer altid borgerne om familieorienteret behandling, Stof
Syd (5 kommuner)	5	5	5	4
Vest (6 kommuner)	6	3	6	4
Øst (5 kommuner)	4	3	3	3
I alt - 16 kommuner	15	11	14	11

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

⁴ For heroinmisbrugere gælder det, at de ofte har mistet kontakt og relationer til pårørende og netværk længe før de kommer i kontakt med misbrugsbehandling.

Det fremgår af tabellen, at så godt som alle kommuner – 14/15 ud af 16 – inddrager familieperspektivet systematisk i alkoholbehandlingen og i øvrigt orienterer borgerne om denne behandlingsform.

Niveauet ligger lidt lavere – nemlig kun 11 kommuner - når det drejer sig om stofmisbrugsbehandlingen. Her er der 5 kommuner, som angiver at familieperspektivet ikke inddrages systematisk og aktivt. Men det må retfærdigvis også tilføjes, at den familieorienterede stofmisbrugsbehandling er relativ ny og ikke haft samme ressourcetilførsel som i alkoholbehandlingen (se også note 2).

I Klynge Syd arbejdes systematisk med inddragelse af familieorienteret behandling, både inden for alkoholområdet og inden for stofområdet. I Klynge Vest er der en klar forskel mellem alkohol- og stofområdet, hvor alkoholområdet har højest prioritet i forhold til familieperspektivet. I Klynge Øst ligger den systematiske inddragelse af familieperspektiv tilsyneladende generelt på et lavere niveau, men dog med mindre eller ingen forskel på prioriteringen af de to områder.

Sammenligning med 2014: I statusundersøgelsen fra 2014 var der kun én kommune, der ikke inddrog familieperspektivet systematisk og aktivt i behandlingen og kun to kommuner, hvor borgeren ikke altid blev orienteret og/eller tilbudt familieorienteret behandling. I den nye statusundersøgelse bekræftes det, at alle kommunerne arbejder med denne behandlingsform, men der er spurgt mere detaljeret ind til, hvordan man arbejder med behandlingen, og der er også skelnet mellem alkohol- og stofområdet – modsat den første undersøgelse. Derfor er de to undersøgelser ikke direkte sammenlignelige.

Bemærkninger til Anbefaling 1: Den positive effekt af inddragelse af pårørende og/eller netværk i misbrugsbehandlingen er veldokumenteret. Alle kommuner udbyder *gruppetilbud* til pårørende (netværksgrupper med andre pårørende), men den familieorienterede *behandling* (hvor familie/netværk indgår i behandling sammen med borgeren med misbrugsproblemet) tilbydes i langt mere begrænset omfang, og antallet og andelen af uddannede familiebehandlere i kommunerne er begrænset, dog flest behandlere – og flest behandlede – i Klynge Vest.

Det har ikke været muligt at inddrage landstalt til sammenligning af serviceniveau. Men tallene tyder på, at der er en sammenhæng mellem antallet af familiebehandlere, og antallet af borgere i familiebehandling – eller – jo flere behandlere, der kan tilbyde en tilgang, jo flere gør brug af tilbuddet. Det siger dog ikke i sig selv noget om behandlingsbehovet i den enkelte kommune.

Familieorienteret *behandling* er anbefalet i kraft af de gode resultater, og alle kommuner har derfor en høj grad af opmærksomhed på denne behandlingsform. Men det er ikke altid entydigt, hvad man forstår ved den. På de afholdte workshops i klyngerne, udtrykkes der derfor også fra flere kommuner et *behov for, at der uddannes flere behandlere, og at der udvikles en fælles metodeforståelse og –udvikling af den familieorienterede misbrugsbehandling.*

Der er også behov for at udvikle den familieorienterede tilgang til stofbehandlingsområdet. Familiebehandlingen er udviklet i alkoholområdet, og de væsensforskelle, der er mellem stof- og alkoholmisbrug, nødvendiggør, at der bliver gjort erfaringer og sker en udvikling, specifikt på stof (særligt hash og kokain) området.

Endelig påpeges det, at familieorienteret behandling i mange tilfælde kan involvere adskillige pårørende – ofte en partner, endnu oftere en række børn - i en enkelt borgers sag. Det bliver derfor en mere tidskrævende opgave i den enkelte sag, hvor taksten for behandling i dag *alene* omfatter den omhandlede borger. Med andre ord: Den økonomiske incitamentsstruktur vil ofte modarbejde den familieorienterede behandling. *Alle tre klynger foreslår på den baggrund en særlig takststruktur i familiebehandlingen.*

I dag synes tendensen at være, at tilbud om familiebehandling følger den enkelte behandlers kompetencer. Dermed bliver tilbuddene præget af tilfældigheder, snarere end af en faglig vurdering af, om tilgangen skal tilbydes. Det kræver både skarpere prioriteringer og efteruddannelse at få forankret metoden i praksis i kommunerne i region Sjælland.

Anbefaling 2: Kommunerne skal have en strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing

Det skal være let for borgeren at finde frem til behandling. Derfor skal behandlingen være synlig, tilgængelig og opsporende. Det er vigtigt, at tilbuddene så vidt mulig er i borgerens nærmiljø, der hvor borgeren opholder sig. Den enkelte kommune skal have en strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing, der tager højde for den enkelte målgruppes behov samt kommunens geografi og antal af personer med et misbrug. *(KL: En styrket misbrugsbehandling)*

Ved strategi forstås visioner, mål og initiativer besluttet af politikere og omsat og implementeret i organisationen og dens institutioner. På forvaltnings- og virksomhedsniveau knytter der sig handleplaner til de politisk besluttede mål.

Synlighed indebærer, at tilbud på relevante måder gøres kendte for borgere og samarbejdspartnere. Tilgængelighed indebærer, at geografisk beliggenhed, transportmuligheder, digitale kanaler/medier, åbningstider, fysisk indretning med videre vurderes at give reel tilgængelighed for målgrupperne. Tidlig opsporing handler om, at der er indsatser på sundheds-, børneinstitutions-, grundskole- og ungdomsuddannelsesområdet, der tilfører og tilbyder viden om rusmidler og konsekvenserne af rusmidler. Tidlig opsporing omfatter også, at det ved tidlige tegn på mistrivsel hos børn og unge sikres, at det vurderes, om rusmidler kan være en del af årsagen (i hjemmet, eller for den unge selv).

Der er i tabel 7 spurgt ind til kommunernes strategier på de tre områder: Synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing.

Tabel 7

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene.	Kommunen har en strategi for synlighed	Kommunen har en strategi for tilgængelighed	Kommunen har en strategi for tidlig opsporing
Syd (6 kommuner)	5	5	5
Vest (6 kommuner)	3	4	5
Øst (5 kommuner)	3	3	2
I alt 17 kommuner	11	12	12

Det fremgår af tabellen, at 11 kommuner har en strategi for synlighed, og seks har ikke. 12 kommuner har en strategi for tilgængelighed, og en strategi for tidlig opsporing. Fem kommuner har ikke en vedtaget strategi for disse to indsatsområder.

I Klynge Syd har 5 ud af 6 kommuner en vedtaget strategi for de tre områder, og der er kun én kommune, der ikke mener at opfylde anbefalingen. I Klynge Øst og Vest opfyldes denne anbefaling i noget mindre grad. Kun halvdelen af kommunerne i Klynge Vest har en vedtagen strategi for synlighed, 3 kommuner har ingen. 2 kommuner har ingen strategi for tilgængelighed og én kommune ingen for tidlig opsporing. I Klynge Øst har 2 kommuner ingen strategi for synlighed og tilgængelighed og 3 kommuner ingen strategi for tidlig opsporing.

Sammenligning med 2014: I 2014 var der kun 6-7 kommuner, som havde en vedtaget strategi på de tre områder, og der var 9-10 kommuner, der ikke havde én eller flere af disse strategier. Der er næsten sket *en fordobling af det antal kommuner, som har en vedtaget strategi* inden for de tre felter.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 2: Af kommunernes svar må man *konkludere*, at kommunerne som helhed har rykket sig betydeligt i den nye undersøgelse set i forhold til 2014: Fra 6-7 kommuner til 11-12 kommuner. Hvor vidt hver enkelt kommune har en *politisk* vedtaget eller blot en vedtaget strategi for de tre områder forekommer lidt uvist, når man sammenholder med besvarelsen af anbefaling 12, se side 25 nedenfor.

Det understreges på alle tre klyngeworkshops, at det kan være svært for misbrugsområdet som sådan at "*sætte sig igennem*" i en stor organisation – på tværs af andre og større fagområder - som snarere opfatter misbrug som en sekundær problemstilling. Det er meget problematisk, når undersøgelser på området viser at i op mod 80 % af alle sociale sager er alkohol- og/eller stofmisbrug involveret.

KL beskriver de tre strategier som *særligt kritiske faktorer* for resultater på misbrugsområdet. Det skyldes, at synlighed og tilgængelighed for borgerne oftest vil være den første forudsætning for, at borgere med misbrugsproblemer faktisk kommer i behandling.

I de afholdte workshops har flere kommuner derfor også peget på, at en *politik for udsatte- og rusmiddelområdet* kan være lokomotiv og give fremdrift for indsatserne på tværs af fagområder i den enkelte kommune. Der er erfaringen fra disse kommuner, at helhedstækning skal understøttes

systematisk fra alle ledelsesniveauer, inkl. direktion som en del af deres målaftale. Det er ligeså vigtigt, at der er konkrete relationelle samarbejder i snitfladerne på tværs af sektorer og virksomheder/institutioner – aftaler om samarbejdsformer, på driftsniveau og i faglig udvikling.

På klyngernes workshops blev der berettet om mange initiativer nedefra – herunder mange puljefinansierede initiativer, men disse udviklingsinitiativer løftes sjældent op i en fælles kommunal strategi på tværs af forvaltnings- eller centerområder.

Anbefaling 3 & 4: Nationale retningslinjer og forløbsprogrammer for misbrugsbehandlingen

Anbefaling 3: Der skal udarbejdes nationale retningslinjer for misbrugsbehandlingen.

KL ønsker en større ensartethed i tilbuddene og en systematisk misbrugsbehandling. KL vil i dialog med Social- og Integrationsministeriet, Sundhedsministeriet og andre relevante parter udarbejde nationale retningslinjer for hele misbrugsbehandlingen – både for stof- og alkoholområdet.

Misbrugsbehandlingen består af både en sundhedsfaglig- og en socialfaglig behandling. Derfor skal de nationale retningslinjer forholde sig til begge områder. *(KL: En styrket misbrugsbehandling)*

Anbefaling 4: Der skal udarbejdes forløbsprogrammer for misbrugsbehandlingen.

Der skal udvikles forløbsprogrammer, så både behandlingsindsatsen og koordinering af samarbejdet med tredjepart sikres. Forløbsprogrammerne skal tage højde for, at borgere med misbrug har forskellige ressourcer, belastningsgrader, intensitet i misbruget og varierende psykiske lidelser.

KL vil i dialog med Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse tage initiativ til udarbejdelse af forløbsprogrammer på det samlede misbrugsområde. *(KL: En styrket misbrugsbehandling).*

Sammenligning med 2014: Der blev ikke stillet spørgsmål om anbefaling 3 & 4 i 2014, da anbefalingerne var under udarbejdelse fra centralt nationalt hold.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 3 & 4: Der i kommunerne er stor opmærksomhed rettet mod de nationale retningslinjer, der er kommet på alkohol- som stofområdet. Kommunernes udmelding på de tre klyngeworkshops er, at de er glade for retningslinjerne, som skaber en bane til at lave kvalitetssikring og gode arbejdsgange lokalt.

På alkoholområdet sker det i form af punktnedslag. På stofbehandlingsområdet derimod er retningslinjerne meget detaljerede og strikte i kravene og gælder samtidig for såvel Københavns Kommune som for den mindste kommune. Derfor ser klyngerne frem til et implementeringsprojekt for retningslinjerne på stofområdet, som Socialstyrelsen netop har besluttet at sætte i værk. Projektet skal støtte alle kommuner i at implementere retningslinjerne. Det er klyngemedlemmernes ønske, at det giver mulighed for at arbejde med spørgsmål som: Skal alle kommuner leve op til det, som passer til store kommuner? På alkoholområdet er de kliniske retningslinjer også svære at tilpasse kontekster, der ikke udgøres af store

byer og sygehussektor. Kommunerne efterspørger her anbefalinger, der kan nuancere og kvalificere forskelle i løsninger til både storbykommuner og små kommuner.

Anbefaling 5: Kommunerne skal systematisk følge op på misbrugsbehandlingen

Der skal foretages en systematisk opfølgning på misbrugsbehandlingen. Dette skal både ske som resultatmåling under behandlingen samt efter endt behandling.

KL vil i dialog med Social- og Integrationsministeriet drøfte, hvordan opfølgningen i praksis skal gennemføres. (KL: *En styrket misbrugsbehandling*)

Opfølgning på rusmiddelbehandlingsindsatser indebærer fokus på den forandring, der sker for borgeren. For at opfølgningen kan kaldes systematisk, skal der være retningslinjer for opfølgningsskadencer, opfølgningssindhold og opfølgningsformer. Medarbejdere skal være undervist i opfølgningsmetodikken, og kunne omsætte udbyttet til praksis, og lederne skal kunne omsætte udbyttet til strategisk brug.

Der blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt ind til 4 konkrete områder for en systematisk opfølgning på misbrugsbehandlingen og dens effekt, se tabel 8 og 9 nedenfor.

Tabel 8 Alkoholbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, har svaret "ja" til udsagnene?	Der udarbejdes behandlingsplan for alle borgere når behandlingen indledes (1)	Vi laver systematisk opfølgning på hver enkelt borgers behandling efter 3 og 6 måneder (2)	Vi laver systematisk opfølgning /effektmåling på hver enkelt borgers behandling, når behandlingen afsluttes (3)	Vi laver systematisk opfølgning på progression i borgerens udbytte af behandlingen (4)
Syd (5 kommuner)	5	3	3	1
Vest (6 kommuner)	6	4	3	4
Øst (5 kommuner)	5	5	4	3
I alt 16 kommuner	16	12	10	8

En kommune i klynge Syd er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Alle kommuner udarbejder den lovpligtige behandlingsplan for de borgere, der er i behandling for alkoholmisbrug. Når det drejer sig om de efterfølgende opfølgningskriterier falder kommunernes indsats samlet set stødt og ender med, at *kun halvdelen af kommunerne laver en systematisk opfølgning på fremgangen i borgerens udbytte af behandlingen*. Det skal dog også nævnes, at denne opfølgning ikke er lovpligtig på alkoholområdet – modsat stofbehandlingsområdet, jf. tabel 9 nedenfor.

Tabel 9 Stofbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, har svaret "ja" til udsagnene?	Der udarbejdes behandlingsplan for alle borgere når behandlingen indledes (1)	Vi laver systematisk opfølgning på hver enkelt borgers behandling efter 3 og 6 måneder (2)	Vi laver systematisk opfølgning /effektmåling på hver enkelt borgers behandling, når behandlingen afsluttes (3)	Vi laver systematisk opfølgning på progression i borgerens udbytte af behandlingen (4)
Syd (5 kommuner)	5	2	3	2
Vest (6 kommuner)	4	4	3	3
Øst (5 kommuner)	5	5	4	3
I alt 16 kommuner	14	11	10	8

En kommune i klynge Syd er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Hvad angår behandlingen af stofmisbrugere ses samme faldende tendens på stort set samme niveau som alkoholmisbrugsbehandlingen. Her er der 6 kommuner, der *ikke* laver effektmåling ved behandlingens ophør, og kun halvdelen af kommunerne laver systematisk opfølgning på effekten af borgernes udbytte af behandlingen.

Sammenligning med 2014: Kun *spørgsmål 2 og 3*, som dækker både alkohol- og stofområdet blev stillet i 2014. Her svarede henholdsvis 12 kommuner og kun 3 kommuner bekræftende på spørgsmålene. Det er nu øget til 12/11 kommuner og 10 kommuner. Det vil sige, at der samlet set er tale om en *forbedring* i opfølgning af borgeren efter endt behandling (spørgsmål 3 i tabel 12 og 13), uanset at der som nævnt ovenfor er lang vej endnu.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 5: Det må *konkluderes*, at kommunerne samlet set har *øget* deres *opfyldelse* af denne anbefaling, især hvad angår en systematisk opfølgning/effektmåling af den enkelte borger efter afsluttet behandling. Men det må også *konkluderes*, at *mellem 1/3 og halvdelen af kommunerne fortsat ikke lever op til denne anbefaling (spørgsmål 2-4)*, hvor det især er den systematiske opfølgning på progression i borgerens udbytte af behandlingen, der ligger lavt. Adskillige kommuner arbejder målrettet på implementering af feedback orienteret opfølgning (f.eks. FIT), der netop følger op på borgerens udbytte af behandlingen. Så området vurderes klart at være i fokus hos kommunerne.

Fra klyngernes workshops ved vi, at kommunernes medarbejdere ser positivt på *opfølgningskravene*, der har til formål at få tidligere fat i tilbagefald. Kommunerne gør dog opmærksom på en række udfordringer, som vanskeliggør opfølgningskravet: Et stort ressourcspild opstår dog som følge af de adskillige og forskelligartede informationssystemer, der alle handler om opfølgning: Behandlingsplaner, ASI, NAB, FIT m.fl., koblet med IT-systemer, der ikke "taler sammen". Hver kommune laver sine egne regneark, og ingen vil kunne trække tallene eller få dem i en kvalitet, som evidens fordrer.

Anbefaling 6: Grundlaget for den kommunale misbrugsbehandling er evidensbaserede metoder

Der er behov for at eksisterende evidensbaseret viden omsættes til praksis. Misbrugsområdet er kendetegnet ved, at der i dag i udbredt grad foreligger viden og dokumentation for, hvad der virker. Der er derfor behov for kontinuerligt ledelsesmæssig fokus på, at den tilgængelige viden implementeres. (KL: En styrket misbrugsbehandling)

Evidensbaseret behandling tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og den enkelte behandlers kompetencer. Den enkelte socialarbejder pålægges således ansvaret for at praktisere en behandling, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ud fra den bedste tilgængelige viden.

Den bedste tilgængelige evidens er den viden, der kommer fra relevant systematisk forskning i, hvad der virker og har effekt og betydning for borgerens progression. Den enkelte behandlers ekspertise forstås her, som de kompetencer, herunder uddannelse og efteruddannelse, og den dømmekraft, den enkelte socialfaglige medarbejder erhverver gennem sin erfaring og praksis. Det er ledelsens ansvar at sikre, at de organisatoriske og ressourcemæssige rammer understøtter dette.

På den baggrund er der spurgt ind til kommunernes anvendelse af evidensbaserede metoder, deres anvendelse af dem og medarbejdernes forudsætninger for at bruge disse metoder. Da der er tale om temmelig krævende arbejdsmetoder, som også udvikles over tid, er der også givet mulighed for at svare "delvist" i disse spørgsmål.

Tabel 10 Alkoholbehandling:

Hvor mange kommuner har svaret henholdsvis "ja", "delvist" og "nej" på udsagnene, i de respektive klynger?	Kommunen er opdateret på publiceringen af nye nationale retningslinjer, anbefalinger og dokumenterede metoder	Kommunens behandling tilrettes løbende til disse	Kommunens medarbejdere videreuddannes løbende, så de er kvalificerede til at anvende nye metoder når de implementeres
Syd (5 kommuner)	Ja: 5 Delvist: 0 Nej: 0	Ja: 3 Delvist: 2 Nej: 0	Ja: 4 Delvist: 1 Nej: 0
Vest (6 kommuner)	Ja: 4 Delvist: 1 Nej: 1	Ja: 5 Delvist: 0 Nej: 1	Ja: 5 Delvist: 1 Nej: 0
Øst (5 kommuner)	Ja: 3 Delvist: 1 Nej: 1	Ja: 3 Delvist: 1 Nej: 1	Ja: 3 Delvist: 1 Nej: 1
I alt 16 kommuner	Ja: 12 Delvist: 2 Nej: 2	Ja: 11 Delvist: 3 Nej: 2	Ja: 12 Delvist: 3 Nej: 1

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

11 henholdsvis 12 kommuner har svaret bekræftende på, at de anvender evidensbaserede metoder inden for alkoholbehandlingen, og at medarbejderne løbende videreuddannes i anvendelsen af disse metoder. 2-

3 kommuner svarer, at man delvist anvender evidensbaserede metoder og delvist uddanner personale hertil, mens 2 kommuner svarer, at man ikke anvender evidensbaserede metoder. Kun en enkelt kommune oplyser, at man ikke videreuddanner personale (hvilket kan skyldes, at kommunen køber alle ydelser).

Tabel 11 Stofbehandling:

Hvor mange kommuner har svaret henholdsvis "ja", "delvist" og "nej" på udsagnene, i de respektive klynger?	Kommunen er opdateret på publiceringen af nye nationale retningslinjer, anbefalinger og dokumenterede metoder	Kommunens behandling tilrettes løbende til disse	Kommunens medarbejdere videreuddannes løbende, så de er kvalificerede til at anvende nye metoder når de implementeres
Syd (5 kommuner)	Ja: 4 Delvist: 1 Nej: 0	Ja: 3 Delvist: 2 Nej: 0	Ja: 4 Delvist: 1 Nej: 0
Vest (6 kommuner)	Ja: 3 Delvist: 2 Nej: 1	Ja: 4 Delvist: 2 Nej: 0	Ja: 5 Delvist: 1 Nej: 0
Øst (5 kommuner)	Ja: 3 Delvist: 2 Nej: 0	Ja: 2 Delvist: 3 Nej: 0	Ja: 2 Delvist: 3 Nej: 0
I alt 16 kommuner	Ja: 10 Delvist: 5 Nej: 1	Ja: 9 Delvist: 7 Nej: 0	Ja: 11 Delvist: 5 Nej: 0

En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Nogenlunde tilsvarende tegner billedet sig på stofbehandlingsområdet. Dog er der tale om et par kommuner mere (1-2 kommuner), som kun *delvist* arbejder med evidensbaserede metoder og videreuddannelse af personale hertil.

Sammenligning med 2014: Der blev kun stillet to spørgsmål i 2014, som blev besvaret *bekræftende* af *alle* kommuner: 1) Kommunen er opdateret på publiceringen af nye nationale retningslinjer, anbefalinger, dokumenterede metoder m.v., inddrager dem løbende, og 2) Ledelsen på misbrugsområdet har truffet et bevidst valg af de metoder, der anvendes som led i misbrugsbehandlingen. De to spørgsmål har muligvis haft en lidt for generel karakter, da udfaldet i den nye undersøgelse er et andet.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 6: Spørgsmålene vedr. anbefaling 6 er mere specifikke i den nye undersøgelse og tegner et mere nuanceret billede. Det er dog *vurderingen, at der ikke er tale om en forværring af kommunernes opfyldelse af denne anbefaling i 2016.*

Det er indtrykket fra klyngernes workshops, at kommunerne i stigende grad arbejder evidensbaseret, hvad enten det drejer sig om systemisk metode, psykoterapi, løsningsfokuserede og narrative samtaler, kognitiv træning, miljøterapi, mindfulness osv. Den brede vifte af behandlingstilbud, som kommunerne arbejder med, skal dække mange forskellige, individuelle behandlingsbehov hos borgerne.

Misbrugsindsatsen er kendetegnet ved, at evidensbaserede metoder indgår i misbrugsbehandlingen, uden at man dog kan sige, at misbrugsbehandlingen består af evidensbaserede metoder, fordi behandlinger typisk er sammensat af dele fra forskellige metoder kombineret med erfaringsbaserede behandlingselementer. Men der er tendens til en forvirring over eller manglende viden om, *hvordan* man arbejder evidensbaseret, og det er her svaret *delvis* giver mening. Der er tvivl om hvordan man navigerer imellem flere metoder der har dokumenteret effekt, og hvordan man sikrer sig de nødvendige data som grundlag for evidens, jf. også Anbefaling 7 nedenfor. Der synes derfor i nogle kommuner at være et behov for mere viden og – med fokus på afhængighed og ikke på misbrugstype – så der kan opnås et fælles sprog og viden om evidens.

Anbefaling 7: Kommunerne skal dokumentere og evaluere deres indsatser på misbrugsområdet

Det er en forudsætning for kontinuerlig kvalitets- og kompetenceudvikling på misbrugsområdet, at alle kommuner systematisk dokumenterer og evaluerer resultaterne af deres indsatser. Der er derfor behov for en systematisk tilgang til registrering og anvendelse af data. På baggrund af evalueringen er det muligt at tilpasse kommunens kapacitet og tilbudsvifte. (KL: *En styrket misbrugsbehandling*)

Når indsatser gennemføres på baggrund af retningslinjer, giver det mulighed for at følge og dokumentere indsatsen over tid og dermed få et overblik over, hvad der lykkes, og hvad der skal forbedres.

Dokumentation kan foretages med forskellige formål; for eksempel mere viden, evidens, læring m.m.

Dokumentation af indsatser hænger sammen med systematisk opfølgning, men kan derudover også være dokumentation af udbytte af projekter, forløb eller andre tiltag.

Evaluering er en systematisk retrospektiv vurdering af gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig virksomhed, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer. En evaluering af behandlingsindsatser skal være systematisk, have fokus på det formål indsatsen har for borgeren, og føre til praktiske handlinger, hvor det er nødvendigt.

Kommunerne svarede under Anbefaling 6 på spørgsmål vedr. evidensbaserede metoder. Disse spørgsmål behandles mere indgående i de næste to tabeller 12 og 13, hvor der er spurgt meget konkret ind til, *hvordan* man arbejder evidensbaseret.

TABEL 12. Alkoholbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene.	Vi har en systematisk procedure for oprettelse og løbende indberetning vedrørende den enkelte borgers behandlingsforløb (1)	Vi dokumenterer og evaluerer løbende hvor mange borgere vi har i behandling og hvilke tilbud der bliver benyttet (2)	Vi tilpasser systematisk vores behandlingstilbud ud fra disse evalueringer (3)
Syd (5 kommuner)	4	4	4
Vest (6 kommuner)	6	6	3
Øst (5 kommuner)	4	4	4
I alt 16 kommuner	14	14	11

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

TABEL 13. Stofbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene. Opgjort i procent af antallet af kommuner	Vi har en systematisk procedure for oprettelse og løbende indberetning vedrørende den enkelte borgers behandlingsforløb (1)	Vi dokumenterer og evaluerer løbende hvor mange borgere vi har i behandling og hvilke tilbud der bliver benyttet (2)	Vi tilpasser systematisk vores behandlingstilbud ud fra disse evalueringer (3)
Syd (5 kommuner)	4	4	4
Vest (6 kommuner)	5	5	4
Øst (5 kommuner)	5	4	3
I alt 16 kommuner	14	13	11

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Tabel 12 og 13 viser, at størstedelen af kommunerne – både på alkohol- og på stofbehandlingsområdet – oplyser, at de arbejder systematisk med at dokumentere og evaluere deres indsats, både hvad angår den enkelte borgers behandlingsforløb, og hvad angår evalueringen af de tilbud, som kommunen bruger (13 henholdsvis 14 kommuner). Det må også konstateres, at der er 2 henholdsvis 3 kommuner, der endnu ikke gør det.

De fleste kommuner tilkendegiver også, at de arbejder med at få systematiseret og inkorporeret denne viden som grundlag for fremtidige handlinger og behandlingsforløb – om end resultatet ligger på et lidt lavere niveau på stofområdet end på alkoholområdet, nemlig 11 kommuner. Det betyder, at der er 4 henholdsvis 5 kommuner, der ikke gør det.

Sammenligning med 2014: Alle kommuner (16) besvarede *spørgsmål 1* (tabel 16 og 17) bekræftende i 2014 – for alkohol- og stofbehandlingsområdet under ét. Kun 9 kommuner besvarede *spørgsmål 3* bekræftende i 2014. Der er i begge tilfælde sket en lille ændring i 2016 til hver sin side, og dermed er der i det væsentlige tale om status quo ved en sammenligning af de to undersøgelser. – *Spørgsmål 2* i tabel 12 og 13 er nyt i 2016.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 7: Det må *konkluderes*, at *kommunerne overvejende – men ikke samlet set – lever op til denne anbefaling om at dokumentere og evaluere deres indsatser på misbrugsområdet*. Set i forhold til den tidligere statusundersøgelse er der tale om *status quo*.

På de tre klyngeworkshops blev det fra mange kommuners side beklaget, at kommunerne ikke har adgang til de oplysninger, som de løbende indrapporterer til Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Ambitionen fra statens side har i mange år været, at kommunerne skulle kunne trække data i styrelserne, men det er fortsat ikke lykkedes – og ydermere vurderes mange spørgsmål, der stilles i dokumentationen, at være ikke-anvendelige og forældede. Der er behov for en sanering og udvikling af indberetningssystemerne. Det svækker grundlaget for kommunernes arbejde med at dokumentere og evaluere deres indsatser i misbrugsbehandlingen.

Et forslag fra klyngerne til styrkelse af systematisk dokumentation er at vælge samme oplysningssystem i kommunerne i region Sjælland. Det kræver dog, at der samarbejdes om indkøb af samme systemer. Men det ville betyde, at der kan sammenlignes indsatser i region Sjælland.

Hele denne problemstilling om indberetningssystemer lettes heller ikke af, at alkohol- og stofbehandlingsområderne er delt mellem henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. De to styrelser har meget forskellig tilgang til deres ansvarsområder. Nogle kommuner har peget på, at man i f.eks. Norge og Sverige ser misbrugsområdet under ét, og man kunne ønske et mere énstrengt system for misbrugsbehandlingen i Danmark.

Anbefaling 8: Kommunerne skal kunne trække egne data fra de relevante databaser på misbrugsområdet

Der er behov for en sammenlægning og reduktion i antallet af registre, som kommunerne indberetter til. Herudover er det i dag ikke muligt for den enkelte kommune at trække egne data fra alle databaser. Hvis kommunerne skal være bedre til at planlægge og kvalitetssikre misbrugsbehandlingen, skal disse data gøres tilgængelige for kommunerne.

KL vil tage kontakt til relevante styrelser m.m. med henblik på at opnå en større tilgængelighed af data og en reduktion i antallet af registre. *(KL: En styrket misbrugsbehandling)*

Sammenligning med 2014: Denne anbefaling blev der ikke spurgt om i 2014.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 8: Der er mange meningstilkendegivelser fra næsten alle kommuner om denne anbefaling, og det skyldes uden tvivl – som KL også beskriver det – at der i dag mangler en tilgængelighed til data fra alle databaser. Data bruges internationalt til forskning, men der er ikke returløb til praksis.

I kommunerne bruges meget tid på, at indberette data til registre og databaser. På stofområdet drejer det sig om Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) og på Alkoholområdet om det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Socialstyrelsen står for driften af SMDB, og Socialdatastyrelsen har ansvaret for NAB. Hensigten med de samlede registre på stof- og alkoholområdet er, at gøre det muligt at monitorere og indsamle data om området, samt at hindre ressourcetilsvand i forbindelse med dobbeltindberetninger. Det er lovpligtigt for kommunerne at indberette til registrene. Det er en arbejdskrævende praksis for kommunernes medarbejdere. Derfor udtrykker de fleste kommuner naturligt nok ønske om at få fuld adgang til de data, der indberettes.

I dag bruges mange ressourcer på at indberette data om hver enkelt borger, men uden adgang til at trække data ud den anden vej. Det betyder i praksis, at man ender i dobbeltregistreringer og ekstra arbejdsgange, når der er brug for data til intern monitorering af misbrugsindsatsen.

Anbefaling 9: Det enkelte behandlingssted skal sikre medicinsk og psykosocial behandling

Der er brug for et forstærket fokus på den medicinske del af misbrugsbehandlingen. Formålet med den medicinske behandling er at behandle abstinenssymptomer. Derudover skal den medicinske behandling i samspil med den psykosociale behandling mindske drikke- eller stoftrang. Et skærpet fokus på den medicinske og psykosociale behandling kan hjælpe misbrugeren til at træffe beslutning om at ændre sit forbrug af rusmidler. Hverken den medicinske eller psykosociale behandling kan stå alene. Det er derfor nødvendigt, at behandlingsstedet sikrer sig begge kompetencer. *(KL: En styrket misbrugsbehandling)*

Medicinsk behandling omfatter, at der lægeligt foretages medicinsk klarlægning af borgerens tilstand. Lægen står for at abstinensbehandle før egentlig rusmiddelbehandling, og for substitutions/medicinsk behandling. I alkoholbehandling sker medicinsk behandling efter Sundhedslovens § 141, og i stofbehandling efter § 142.

Psykosocial behandling består af psykologiske og sociale elementer, herunder at arbejde sammen med borgeren om adfærd, tanker, følelser og samspil med andre. Der arbejdes med hele borgerens sociale situation, og der er fokus på relationer og samspil på såvel individ som gruppeniveau. På alkoholområdet arbejdes efter Sundhedslovens § 141 og på stofområdet efter Servicelovens § 101.

Kommunerne blev herefter spurgt, om de tilbyder medicinsk og psykosocial behandling af såvel alkohol- som stofmisbrugende borgere, jf. tabel 14 og 15 nedenfor.

TABEL 14 Alkoholbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene.	Vi tilbyder medicinsk behandling i eget regi	Vi har en samarbejdspartner der udfører opgaven for os	Vi tilbyder psykosocial behandling	Vi har en samarbejdspartner der udfører opgaven for os
Syd (5 kommuner)	5	2	5	0
Vest (6 kommuner)	5	1	5	1
Øst (5 kommuner)	2	3	4	3

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

TABEL 15. Stofbehandling:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, svarer "ja" til udsagnene.	Vi tilbyder medicinsk behandling i eget regi	Vi har en samarbejdspartner der udfører opgaven for os	Vi tilbyder psykosocial behandling	Vi har en samarbejdspartner der udfører opgaven for os
Syd (5 kommuner)	5	1	5	0
Vest (6 kommuner)	5	1	5	1
Øst (5 kommuner)	2	4	4	2

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Tabel 14 og 15 viser, at alle kommuner tilkendegiver, at de lever op til at sikre adgang til både medicinsk og psykosocial behandling, enten i eget regi og/eller via en samarbejdspartner, som kan være kommunal eller privat. Tabellerne viser det samme billede for alkoholområdet og for stofmisbrugsområdet.

Sammenligning med 2014: Alle kommuner havde i 2014 tilbud om såvel medicinsk som psykosocial behandling ved, at de to behandlingsområder var/er samlet i samme afdeling med fælles tværfaglige teams m.m. I andre kommuner var/er samspillet sikret med en "case manager", fælles konferencer og tværfaglige møder.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 9: Alle kommuner tilkendegiver, at de lever op til denne anbefaling, både i den tidligere undersøgelse i 2014 og i nærværende undersøgelse to år efter.

For at opfylde anbefalingen i praksis er det nødvendigt, at tilbud matcher brugergrupperne. Brugergrupperne har meget forskelligartede behov, alt efter om det er alkohol-, hash- og kokain- eller opioide-misbrug, der er tale om, og om det er unge eller ældre. Derfor ligger der under denne anbefaling mange lokale tiltag og tilbud. Men *der er sjældent volumen i den enkelte kommune til at oprette mere specielle/"smalle" tilbud*: Når man etablerer tilbud til borgerne, kræver Socialtilsynet at det skal beskrives, godkendes og takstfastsættes. Det er dyrt, og små projekter og "pop-up-tilbud" kan være svære at etablere, og det hæmmer kommunernes tilpasningsevne til de mange forskelligartede behov.

Det bemærkes her, at der i lovgivningen lægges op til øget lægelig bistand i misbrugssager samtidig med, at lægemanglen slår stadig stærkere igennem, ikke mindst i relation til de her omhandlede brugergrupper. Det kan på sigt betyde, at der bliver problemer med at leve op til anbefalingen. Kravet om øget lægelig bistand kan desuden udgøre en relativt stor udgift for små kommuner.

Anbefaling 10: Kommunerne skal foretage en basisscreening og psykiatriske lidelser

Det enkelte behandlingssted skal screene systematisk for psykiatriske lidelser. Det er vigtigt, at der skabes klarhed om borgeren eventuelt også har en psykisk lidelse ud over misbruget. KL har derfor udarbejdet et let anvendeligt screeningsværktøj, som kan anvendes i den systematiske basisscreening af personer med et misbrug.

Basisscreening indebærer, at borgeren udredes systematisk for sociale, psykiske og fysiske problemstillinger ud over misbruget af rusmidler. Screening og udredning bør udføres og vurderes af fagligt kvalificeret personale, med brug af validerede redskaber. Basisscreeningen gennemføres i tæt samarbejde med borgeren, og resultaterne bruges i planlægningen af behandlingen.

Her blev kommunerne spurgt, om man systematisk anvender basisscreening for psykiske lidelser

TABEL 16

Hvor mange kommuner anvender systematisk basisscreening for psykiske lidelser?	
Syd (6 kommuner)	3
Vest (6 kommuner)	2
Øst (5 kommuner)	4
I alt 17 kommuner	9

Det fremgår af tabellen, at i alt 9 kommuner basisscreening til borgere, der skal i alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

Sammenligning med 2014: I 2014 svarede 8 kommuner "ja" til, at de systematisk tilbød en basisscreening for psykiske lidelser. Der er således i 2016 *en lille fremgang i kommunernes opfyldelse* af denne anbefaling.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 10: Flere kommuner peger på basisscreening som et vigtigt *udviklingsområde*: Der er flere, delvist overlappende screeningsredskaber (f.eks. ASI og KL's screeningsredskab) og der er – måske væsentligst – snitfladen til psykiatrien, hvor psykiatrien som det er nu, ikke bruger misbrugsrådets screeninger, men laver deres egne – og starter forfra, hvis man sætter det lidt på spidsen.

Kommunerne anser det for betydeligt mere hensigtsmæssigt, hvis et screeningsværktøj også er brugbart psykiatri-fagligt. En større gensidighed og fælles begrebsforståelse kunne skabe en bedre sammenhæng i

de to systemers arbejde med borgeren. En tættere sammenhæng i behandling og behandlingsforståelse vil komme borgeren til gode, og færre ressourcer blive brugt på screening, samlet set.

Endelig anfører kommunerne – nærmest énstemmigt – at værdien af basisscreening i mange tilfælde formindskes betydeligt af, at det oftest slet ikke er muligt at opnå en *psykiatrisk opfølgning og behandling* af borgeren, selv når en screening peger tydeligt i retning af dette behov for borgeren. Det er ikke et problem kommunerne kan løfte selv.

Det er set fra kommunernes side ønskeligt, at der skabes et fælles værktøj, som taler ind i kommunernes praksis og samarbejdet med psykiatrien.

Anbefaling 11: Regionerne skal løfte deres ansvar i forhold til udredning, diagnosticering og behandling af psykiske lidelser

Regionerne skal løfte deres ansvar for udredning, diagnosticering og behandling af misbrugere med psykiske lidelser. En basisscreening i kommunalt regi er ikke i sig selv tilstrækkeligt – der skal følges op på resultaterne af screeningen i form af en egentlig udredning. Udredningen skal sikres enten i regionalt regi eller i almen praksis. Den psykiatriske behandling skal ske samtidig med misbrugsbehandlingen. KL vil igen rette henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner med henblik på, at regionerne løfter opgaverne. (KL: *En styrket misbrugsbehandling*)

Sammenligning med 2014: Der er ikke i statusundersøgelsen i 2014 spurgt ind til kommunernes opfattelse af denne problemstilling.

Bemærkninger vedr. Anbefaling 11: Det fremgår allerede af udtrykket "*igen*" i KL's anbefaling ovenfor, at det drejer sig om et stadigt tilbagevendende og vanskeligt tema: Arbejdsdelingen mellem kommunerne og regionerne – spørgsmålet om, hvor grænserne for parternes ansvar og indsatser går, og hvordan der sikres en glidende, umærkelig overgang for borgeren fra det ene "system" til det andet – i den konkrete dagligdag?

Der anføres mange gode samarbejder med Psykiatrien fra kommunernes side: Pakkeløsningstilbud, dobbeltdiagnose-projektet og direkte samarbejder med kommunal indsats på psykiatriske afdelinger. Men dette samarbejde betragtes fortsat som *et vigtigt udviklingsområde*. På klyngernes workshops blev der peget på en række ønsker og forslag, der kan fremme samspillet mellem kommunerne og behandlingspsykiatrien. Her nævnes i u-prioriteret rækkefølge fire af dem:

- Udvikling af "*misbrugspsykiatri*": Psykiatrien bør kunne rumme aktive misbrugere i form af pakkedløsningstilbud med kombineret misbrugs- og psykiatrisk behandling.
- Koordineret udredningsgaranti og indsats plan: "Teori" og handling skal følges ad.
- Udskrivningsmentorer, der medvirker til at skabe sammenhæng mellem "systemerne" for den udsatte gruppe af misbrugere.

Anbefaling 12: Kommunerne skal sikre sammenhæng og helhed i misbrugsbehandlingen internt i kommunen

Kommunerne skal fortsat forfølge intentionerne i kommunalreformen om én indgang for borgerne. KL anbefaler, at den enkelte kommune udarbejder en strategi for, hvordan helhed og sammenhæng for den enkelte misbruger sikres. Strategien skal blandt andet indeholde sammenhæng mellem beskæftigelsesindsatsen, socialpsykiatrien, familieafdelingen og misbrugsbehandlingen.
(KL: En styrket misbrugsbehandling)

Med helhed og sammenhæng menes, at der koordineres i snitflader mellem kommunens indsatser, i sager med rusmiddelbehandlingselementer. Formålet med at koordinere er, at skabe helhed og sammenhæng mellem alle indsatser, der foregår med den enkelte borger.

Ved strategi forstås visioner, mål og initiativer besluttet af politikere og omsat og implementeret i organisationen og dens institutioner. På forvaltnings- og virksomhedsniveau knytter der sig handleplaner til de politisk besluttede mål.

Den 12. og sidste af KL's anbefalinger omhandler det nødvendige samarbejde mellem kommunens meget forskelligartede indsatser og ydelser (ofte) over for samme borger. Der spørges både om sammenhæng og helhed i selve misbrugsbehandlingen som sådan (1), og der spørges også om der foreligger strategier (2/3) og samarbejdsaftaler i den enkelte kommune (4/5), som går på tværs af misbrug, psykisk sygdom, beskæftigelse og familieorienteret behandling. Der er tale om komplekse samarbejdsrelationer, hvor koordination og helhed er af vital betydning for de forskelligartede ydelsers kvalitet og – naturligvis – ikke mindst for borgerens oplevelse af kvalitet og sammenhæng.

TABEL 17:

Hvor mange kommuner i de respektive klynger, har svaret "ja" til udsagnene?	Kommunen har en strategi for sammenhæng og helhed i misbrugsindsatsen (1)	Kommunen har en strategi for samarbejdet mellem alkoholbehandlingen, beskæftigelsesindsatsen, socialpsykiatrien, familieafdelingen og den enkelte borger (2)	Kommunen har en strategi for samarbejdet mellem stofbehandling, beskæftigelsesindsatsen, socialpsykiatrien, familieafdelingen og den enkelte borger (3)	Kommunen har nedskrevne samarbejdsaftaler i snitfladerne til alkoholbehandling: jobcenter, socialpsykiatri, familieafdeling (4)	Kommunen har nedskrevne samarbejdsaftaler i til snitfladerne til stofbehandling, jobcenter, socialpsykiatri, familieafdeling (5)
Syd (5 kommuner)	3	3	3	2	2
Vest (6 kommuner)	1	1	1	2	2
Øst (5 kommuner)	2	2	1	0	0
I alt 16 kommuner	6	6	5	4	4

Note: En kommune er ikke medtaget i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Det fremgår af tabellen, at *kun 6 kommuner ud af 17 har en strategi for sammenhæng og helhed i selve misbrugsindsatsen* (spørgsmål 1 i skemaet ovenfor). Det kan måske overraske lidt ud fra kommunernes svar på Anbefaling 2, hvor næsten dobbelt så mange kommuner har en vedtaget strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing. Samspillet mellem disse tre strategier og en strategi for helhed og sammenhæng synes både indlysende og nødvendig.

Det fremgår videre, at det kun er et *fåtal af kommuner i region Sjælland, som i dag konkret har udarbejdet strategier for det tværfaglige samarbejde*, nemlig 6 kommuner hvor strategien omfatter alkoholområdet, og 5 kommuner, hvor strategien omfatter stofbehandlingsområdet (jf. spørgsmål 2 & 3). Endelig viser tabellen, at der er endnu lidt færre kommuner, som har nedskrevne *samarbejdsaftaler for det tværgående samarbejde, herunder for alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen*, nemlig kun 4 kommuner (jf. spørgsmål 4 & 5 i skemaet).

Det betyder, at *det store flertal af kommuner i region Sjælland – 10-12 kommuner – hverken har vedtaget strategier eller samarbejdsaftaler for den tværfaglige indsats i kommunen internt.*

Sammenligning med 2014: Ved undersøgelsen i 2014 blev alene spørgsmål 1 stillet, og spørgsmål 2 & 3 blev stillet under ét, altså for alkohol- og stofmisbrug under ét.

Til spørgsmål 1 svarede 6 kommuner, at de havde en strategi for sammenhæng og helhed i misbrugsindsatsen i kommunen, mens 10 kommuner svarede, at det havde de ikke, altså status quo i forhold til 2014. Til spørgsmål 2/3 svarede 7 kommuner, at de havde en strategi for det tværfaglige samarbejde i kommunen, mens 9 svarede, at det havde de ikke. – Spørgsmål 4 og 5 om samarbejdsaftaler blev ikke stillet i 2014.

Bemærkninger til Anbefaling 12: Det må *konkluderes, at der kun er 4-6 kommuner, som lever op til anbefalingen om at sikre en sammenhæng i misbrugsbehandlingen internt i kommunen.* Der er ikke sket en konstaterbar ændring af situationen mellem 2014 og 2016.

Det fremstår tydeligt fra klyngernes workshop, at det har en høj prioritet for den enkelte kommune at skabe både sammenhæng og helhed internt i kommunen for de ofte mange tilbud og ydelser, som den enkelte borger modtager. Ingen er næppe heller i tvivl om, at det er en stor udfordring at finde velfungerende løsninger. Komplexiteten i store kommuner kan her udgøre en særlig udfordring, hvor små kommuner somme tider er i stand til at drage nytte af en enklere struktur til fordel for tværfagligt samarbejde i praksis.

Det er opfattelsen blandt de fleste kommuner, at misbrugsområdet især har behov for at blive en *integreret del af arbejdsgangsbeskrivelserne* hos misbrugsområdets samarbejdspartnere i den enkelte kommune såvel som i snitfladen til psykiatrien – som en del af den tidlige opsporing. Derudover er samarbejde i snitflader helt centrale i familieorienteret behandling.

Det er som nævnt tidligere ved klyngernes workshops påpeget, at *misbrugsbehandlingen* ofte betragtes som et *"afsides" specialområde internt i kommunen*, hvor langt større fagområder dominerer

samarbejdsstrukturerne. Det betyder, at misbrugsbehandlingen udgør et særlig sårbart felt, som – hvis det skal inddrages i kommunens samlede indsats – netop har behov for vedtagne (fælles) strategier og konkrete samarbejdsaftaler. Hvis det ikke sker, er der risiko for, at den misbrugsfaglige indsats ikke bliver en del af løsningen i alle relevante sager. Det betyder så i næste omgang, *at al anden sagsbehandling over for de pågældende borgere – med misbrug – kan mislykkes og være spildt indsats.*

Som i anbefaling 2 ses et behov for politisk og ledelsesmæssig prioritering af det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne og i det tværkommunale samarbejde.

Der er på den baggrund i *Projektgruppen vedr. Misbrugsbehandlingen* fremsat forslag om, at der i klyngekommune-samarbejdet tages initiativ til at udarbejde et *skabelonværktøj til arbejdsgangsbeskrivelser* og fastholdelse af brugen af § 141-handleplaner. Videre kunne der i klyngesamarbejdet tages initiativ til fælles kommunale *strategier over for virksomhedsrådgivning og ungeindsatser* på misbrugsbehandlingsområdet, som kan implementeres i den enkelte kommune.

4. Klyngesamarbejdet

Klyngesamarbejdet på misbrugsområdet i region Sjælland blev iværksat af Rammeaftalens administrative Styregruppe i 2013. Styregruppen har ønsket, at der gøres en status på, om og i hvilken udstrækning klyngeorganiseringen er en effektiv samarbejdsform for udviklingsarbejdet på misbrugsområdet

4.1 Baggrund

Da klyngesamarbejdet blev iværksat i slutningen af 2013, var ønsket at sætte fokus på misbrugsindsatsen som et fokusområde i Rammeaftalen 2014 under overskriften: ” *Metodeudvikling herunder evidens & effekt og med misbrugsområdet og nyspecialisering som mulige cases*”⁵.

Baggrunden var Regeringens kritiske evaluering af misbrugsområdet, men også et ønske om, at et samarbejde om metodeudvikling på misbrugsområdet ville medvirke til at give kommunernes indsats det kvalitetsløft, som KL efterlyste i form af sine 12 anbefalinger til kommunerne.

Når der også tales om ” *nyspecialisering*”, drejer det sig først og fremmest om, hvordan man kan sikre en vidensdeling og -spredning fra de mere specialiserede tilbud – i de få kommuner – til de mindre specialiserede tilbud – i flere kommuner. Derudover handler initiativet generelt om at fremme den gensidige faglige erfaringsudveksling på misbrugsområdet.

⁵ KKR Sjælland: Udviklingsaftalen for 2014.

4.2 Kommunernes evaluering af klyngesamarbejdets værdi

Kommunerne blev i spørgeskemaundersøgelsen bedt at vurdere værdien af klyngesamarbejdet for egen kommunes indsats på misbrugsområdet. Det skete på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er højest. Resultatet fremgår af tabel 18 nedenfor.

TABEL 18:

Hvilken værdi vurderer du, at klyngesamarbejdet har for kommunens indsats på misbrugsområdet – på en skala fra 1-5, hvor 5 er den højeste værdi?	Gennemsnit
Syd (5 kommuner)	4,4
Vest (6 kommuner)	3,2
Øst (5 kommuner)	4,3

Note: En kommune indgår ikke i opgørelsen pga. mangelfulde oplysninger

Tabellen viser, at Klynge Syd og Klynge Øst vurderer samarbejdet værdi højt til en værdi på henholdsvis 4,3 og 4,4. Klynge Vest ligger mere end ét point lavere – på 3,2 – og dermed tæt på middelværdien.

Materialet viser dog, at denne lave gennemsnitsværdi på 3,2 til dels opstår, fordi en enkelt kommune i klyngen vurderer samarbejdet til den laveste værdi: 1. Ses et øjeblik bort fra denne ene vurdering, ligger de øvrige fem kommuner i Klynge Vest på 3,6. – Det skal i øvrigt noteres, at kommunerne i Klynge Vest har en betydeligt længere samarbejds tradition end de to andre klynger, og muligvis skyldes den lavere vurdering, at det er et kendt og afprøvet samarbejde, som ikke er ”nyt” og opleves som et gennembrud.

Konklusionen er, at alle kommuner – med en enkelt undtagelse – vurderer samarbejdets værdi på et højt til meget højt niveau.

Kommunerne blev også ved de tre workshops i klyngerne bedt om at vurdere, hvad samarbejdet betyder for *praksis* og for *udviklingen og kvaliteten* i arbejdet på misbrugsområdet. Nedenfor findes i u-prioriteret rækkefølge opsamling af idéer og forslag fra disse workshops:

PRAKSIS: Kommunernes medarbejdere finder klyngesamarbejdet værdifuldt for:

- erfaringsudveksling og sparring og netværksdannelse, hvor kontakterne flyder lettere og bliver selvforstærkende, fordi deltagerne får et fagligt udbytte
- koordinering af (nye) tilbud, både i brugen og evalueringen af eksisterende tilbud, og i vurderingen af ændrede behandlingsbehov
- koordinering af (ny) praksis, både når det handler om anvendelse af nye metoder, og når det drejer sig om implementeringen af ny lovgivning.

En kommune karakteriserer udbyttet med ordene ”konstruktivt, lærerigt og udviklende”. En anden kommune anser det ”for meget vigtigt at have gode relationer til misbrugscentrene i klyngekommunerne”. En tredje kommune oplyser, at ”som lille kommune giver det rigtig meget i forhold til viden om misbrug.

Synergi til at løse opgaver i flok". Særligt de små og lidt mindre kommuner betoner vigtigheden af samarbejdet. Men generelt er det opfattelsen, at misbrugsbehandling udgør et relativt smalt fagområde i langt de fleste kommuner, og heraf opstår et øget behov for faglig udveksling: *"Det relationelle og kendskabet betyder noget. Det bliver mere åbent og fagligt ærligt. Der er tillid imellem kommunerne på området"*. Samtidig vurderes klyngerne som mere nærværende i forhold til praksis end f.eks. de landsdækkende fora på misbrugsområdet.

UDVIKLINGSOMRÅDER: Hvad angår *udvikling og kvalitet* i klyngesamarbejdet, blev der på temadagene fremsat en række idéer og ønsker til klyngesamarbejdet, som nævnes i uprioriteret rækkefølge:

- Vidensdeling af arbejdsgange og metoder, f.eks. guidelines for behandlingsarbejde
- Udvikling af samarbejde på områder, "hvor den enkelte kommunes borgeroptag er for lille"
- Kortlægning af unge-indsatser i kommunerne, fælles idéudvikling og eventuelt fælles kommunale indsatser på ungeområdet.
- Støtte til "tanken om en fælles udvikling og fælles pulje i klyngesamarbejdet", bl.a. med henvisning til, at de mange centrale puljer ofte forvrider den enkelte kommunes fokus til ulempe for lokale behov
- Styrkelse af medicin håndteringen i forhold til misbrugere: "Vigtigt at fokusere på og at styrke dette område – også set i forhold til regionernes opgaver".

Derudover har kommunerne givet en række **RÅD TIL KLYNGESAMARBEJDET**, hvoraf to skal fremhæves her:

- Klyngeformændene kunne måske sætte nogle punkter vedr. misbrugsområdet op i Den administrative Styregruppe, tage nogle fælles kommunale problemstillinger op, som kan løftes sammen
- Faste, planlagte møder i veksling mellem få, store temamøder med alle klyngekommuner og hyppigere møder i den enkelte klynge.

Det kan **konkluderes**, at kommunerne vurderer det igangværende klyngesamarbejde som *værdifuldt til meget værdifuldt*. Det udtrykkes også klart på de tre workshops i klyngerne, at samarbejdet har betydning for det faglige niveau og videnspredningen på misbrugsområdet – det, som også er kaldt "nyspecialisering". Endelig fremstår det indtryk, at det i de enkelte klynger har været muligt at skabe *faglig udveksling i et tillidsfuldt miljø*.

5. Fritvalgsordninger.

Der har været fritvalgsordning på alkoholbehandlingsområdet i mange år. Fritvalgsordningen på stofbehandlingsområdet først blev indført i maj 2014. Den indebærer, at der i kommunens kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug skal indgå, at borgeren har mulighed for frit valg af leverandør.

Fritvalgsordningen på stofmisbrugsområdet er ny, og det har derfor været relevant at samle de indledende erfaringer og tendenser op i nærværende undersøgelse. Kommunerne blev spurgt, hvor mange borgere, der i 2015 har gjort brug af fritvalgsordningen – enten i alkoholbehandling eller i stofmisbrugsbehandling.

Det umiddelbart enkle spørgeskema, der blev anvendt i undersøgelsen, gav et meget differentieret resultat. Men overordnet set anslås ud fra de indkomne besvarelser forsigtigt, at i alt ca. 100 borgere har gjort brug af fritvalgsordningen i alkoholbehandling, mens ca. 75 borgere anslås at have gjort brug af fritvalgsordningen i stofmisbrugsbehandling. Det svarer til ca. 4% af det samlede antal borgere i alkoholbehandling henholdsvis ca. 2% af det samlede antal borgere i stofmisbrugsbehandling,

I tabel 18 findes en oversigt over borgernes anvendelse af fritvalgsordningen i de enkelte kommuner i procent af det samlede antal borgere i behandling. Da der er tale om relativt små tal må der tages forbehold for usikkerheder og tilfældigheder.

TABEL 18:

Hvor mange borgere har i 2015 gjort brug af fritvalgsordningen? Opgjort i procent af antallet af personer i behandling i den enkelte kommune	Klynge	Alkohol	Stof
Faxe	Syd	*	*
Lolland	Syd	4%	1%
Vordingborg	Syd	5%	2%
Næstved	Syd	1%	1%
Guldborgsund	Syd	4%	4%
Stevns	Syd	*	*
Kalundborg	Vest	13%	9%
Ringsted	Vest	1%	2%
Slagelse	Vest	2%	0%
Odsherred	Vest	12%	9%
Sorø	Vest	1%	0%
Holbæk	Vest	9%	1%
Roskilde	Øst	*	2%
Køge	Øst	*	1%
Solrød	Øst	*	*
Greve	Øst	*	2%
Lejre	Øst	12%	*

* = 0 borgere eller uoplyst

Tabellen viser store forskelle mellem kommunernes/borgernes brug af fritvalgsordningen. Blandt de kommuner, der har svaret, har Kalundborg, Odsherred og Lejre flest borgere, der gør brug af frit valg efter ordningen. Modsat er der i de tre største kommuner – Roskilde, Næstved og Slagelse – kun ganske få borgere, der bruger fritvalgsordningen.

Fra de tre workshops i klyngerne er det indtrykket, at brugen af fritvalgsordningen kan afhænge af, hvor aktivt opsøgende private organisationer/institutioner reklamerer for deres tilbud i de enkelte kommuner.

Der kan dog ikke drages håndfaste konklusioner på denne undersøgelses svargrundlag, men oplysningerne kan måske anvendes som udgangspunkt ved en senere opfølgning.

6. Undersøgelsens konklusioner.

6.1 Anbefalingerne i 2014 og status i 2016

Spørgsmålet er nu, om der ud fra de nye undersøgelsesresultater kan ses ændringer og udvikling af misbrugsbehandlingsindsatsen i kommunerne – set i forhold til 2014 og særligt set i forhold til Styregruppens udpegning af indsatsområder?

Rammeaftalens administrative Styregruppe udpegede – som nævnt i rapportens indledning – *fem særlige indsatsområder* for kommunerne:

1. et samarbejde om kompetenceudvikling med *fokus på familieorienterede metoder* (anbefaling 1)
2. en politisk strategi for *synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing* (anbefaling 2)
3. en *systematisk opfølgning* på misbrugsbehandlingen (anbefaling 5)
4. en bedre *dokumentation og evaluering* af indsatserne (anbefaling 7)
5. en politisk strategi for *sammenhæng og helhed* i misbrugsbehandlingen internt i kommunen (anbefaling 12)

Hvis man ser på de **konklusioner**, der drages i den nye undersøgelse på disse **fem indsatsområder**, ser billedet sådan ud:

Ad 1 (anbefaling 1): Det blev *konkluderet* af kommunernes svar, at *den familieorienterede behandling kun tilbydes i begrænset omfang, og at antallet og andelen af uddannede behandlere i kommunerne er begrænset*, dog flest behandlere – og flest behandlede – i Klynge Vest.

Ad 2 (anbefaling 2): Det blev *konkluderet*, at *kommunerne som helhed har rykket sig betydeligt i den nye undersøgelse* set i forhold til 2014: Der er næsten sket *en fordobling af det antal kommuner, som har en vedtaget strategi* inden for de tre felter – fra 6-7 kommuner til 11-12 kommuner.

Ad 3 (anbefaling 5): Det blev *konkluderet*, at kommunerne samlet set har *øget* deres opfyldelse af denne anbefaling, især hvad angår en systematisk opfølgning/effektmåling af den enkelte borger efter afsluttet behandling (fra 3 til 7 kommuner). Men det må også konkluderes, at *mellem 1/3 og halvdelen af kommunerne fortsat ikke lever op til denne anbefaling*, hvor det især er den systematiske opfølgning på progression i borgerens udbytte af behandlingen, der ligger lavt.

Ad 4 (anbefaling 7): Det blev *konkluderet*, at *kommunerne overvejende – men ikke samlet set – lever op til denne anbefaling om at dokumentere og evaluere deres indsatser på misbrugsbehandlingsområdet*. Set i forhold til den tidligere statusundersøgelse i 2014 er der tale om *status quo*.

Ad 5 (anbefaling 12): Det blev *konkluderet*, at *der kun er 4-6 kommuner, som lever op til anbefalingen om at sikre en sammenhæng i misbrugsbehandlingen internt i kommunen* – i form af en *strategi* for samarbejde og/eller *nedskrevne aftaler* for det tværfaglige samarbejde. Der er ikke sket en konstaterbar fremgang i antallet af kommuner, der lever op til denne anbefaling mellem 2014 og 2016.

Med andre ord:

- Kommunerne har et stærkt fokus på den familieorienterede behandling, men kun i et mindretal af kommuner er der tale om en systematisk tilgang.
- Kommunerne har rykket betydeligt, hvad angår vedtagne strategier for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing.
- Kommunerne har øget deres systematiske opfølgning/effektmåling af den enkelte borger efter afsluttet behandling, men som helhed er der fortsat en betydelig del af kommunerne, der ikke gør det.
- Der er uændret kun et lille flertal af kommuner, der systematisk evaluerer og dokumenterer deres indsatser i misbrugsbehandlingen
- Der er fortsat kun ganske få kommuner, som lever op til anbefalingen om at sikre en sammenhæng i misbrugsbehandlingen internt i kommunen – i form af en strategi for samarbejde og/eller nedskrevne aftaler for det tværfaglige samarbejde.

Her drejer det sig altså om konklusioner på de fem indsatsområder, som Rammeaftalens administrative Styregruppe pegede på i 2014.

Uden for de særlige indsatsområder bør det nævnes, at alle kommuner både i 2014 og i 2016 sikrer borgerne medicinsk og psykosocial behandling (anbefaling 9). Endelig anvender 9 kommuner systematisk basisscreening for psykiske lidelser mod 8 i 2014 (anbefaling 10).

6.2 Er der sket fremskridt siden 2014? Er misbrugsbehandlingen blevet bedre siden 2014?

Det første spørgsmål kan besvares med et "ja": En del kommuner har siden 2014 flyttet sig fra ikke at leve op til en anbefaling til at gøre det. Det har været et overordnet mål for Styregruppens udpegning af indsatsområderne. Samtidig er det lykkedes at sikre en løbende faglig dialog og erfaringsudveksling i de tre kommuneklynger. Men det er samtidig klart, at der samlet set fortsat er en del kommuner, som *ikke* lever op til anbefalingerne.

Det andet spørgsmål kan besvares med et "ja, sandsynligvis": Det *at rykke sig i forhold til KL's anbefalinger* er en indikator på, at misbrugsbehandlingen er blevet bedre, men det skal samtidig gøres klart, at nærværende undersøgelse ikke direkte måler på kvaliteten i misbrugsbehandlingen som sådan. Det ville også være en langt større undersøgelse.

Selv om undersøgelsen ikke direkte viser noget om kvaliteten i misbrugsbehandlingen eller om serviceniveauet på misbrugsområdet, kan man sige, at undersøgelsens "*Indikatorer vedr. KL's 12*

anbefalinger” viser, at man i den enkelte kommuneklynge har fokus på, arbejder med og eventuelt opfylder disse anbefalinger som et udviklingsredskab for indsatsen og kvaliteten i misbrugsbehandlingen.

Tilkendegivelserne fra kommunerne om klyngesamarbejdets positive værdi indikerer, at kommunerne bevidst arbejder med de problemstillinger, der er forbundet med anbefalingerne. Kommunernes positive vurdering af klyngesamarbejdet indikerer også, at en fortsat udvikling i misbrugsbehandlingen i regionen bl.a. vil kunne basere sig på en fortsat styrkelse af dette samarbejde.

Arbejdet i klyngerne – og ikke mindst de tre workshops i klyngerne – viser et billede af nogle meget *engagerede kommunale medarbejdere på misbrugsområdet som specialområde*, men også nogle medarbejdere, som ofte føler sig ”marginaliserede” eller delvist ignorerede i de tværfaglige samarbejdsrelationer i den enkelte kommune. En ændring af dette kræver formentlig andre *ledelsesmæssige* prioriteringer, jf. i øvrigt drøftelserne i anbefaling 12 ovenfor (side 29f.).

Endelig er det fremgået af drøftelserne i klyngernes workshops, at KL’s anbefalinger fra 2012 bør opdateres med den nyeste viden, de seneste erfaringer og den generelle udvikling, hvis anbefalingerne skal kunne fastholdes som faglige og strategiske mål for en fortsat kvalitetsudvikling i misbrugsbehandlingen. Senest foreligger der f.eks. nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, som sætter nye standarder i behandlingen⁶.

Konklusionerne i dette afsnit danner grundlag for de anbefalinger, som fremsættes i rapportens indledende kapitel (afsnit 1.2.).

⁶ Socialstyrelsen: Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling (Odense, marts 2016)

Bilag 1:

Kort om

undersøgelsens kilder, metoder og tilrettelæggelse

Statusundersøgelsen bygger på tre hovedkilder:

1. **Et kvantitativt spørgeskema**, som er besvaret af hver enkelt af regionens 17 kommuner, om kapacitet, volumen og ressourcer på kommunens misbrugsbehandlingsområde samt en *angivelse af, hvordan den enkelte kommune mener at leve op til KL's 12 anbefalinger* på misbrugsområdet. Spørgeskemaet blev besvaret af kommunerne i perioden fra den 25. januar til den 12. februar 2016

Spørgeskemaet er baseret på et selvangivelsesprincip. Det vil sige, at der ikke er foretaget noget indgående kvalitetstjek af besvarelsene. Selvangivelsesprincippet har den indbyggede risiko, at det billede man i nogle tilfælde giver af kommunens profil kan have en lidt for "officiel" karakter, hvilket i givet fald *kan* udgøre en fejlkilde i dele af materialet.

2. **En efterfølgende kvalitativ evaluering** af den enkelte kommunes indsats på misbrugsområdet, med fokus på *styrker og mangler ved tilbud og indsatser*. Evalueringen blev koblet med spørgsmål om *planer* for eller *behov* for udvikling af tilbud og indsatser, samt kommunernes vurdering af klyngesamarbejdets værdi for deres arbejde og udvikling på misbrugsområdet.

Evalueringen blev tilrettelagt som en *workshop* i hver af de tre kommuneklynger og baserede sig på en *spørgeguide*, som blev besvaret af den enkelte kommune forud for workshoppen. Ved de tre workshops blev der udarbejdet en *fælles evaluering* af misbrugsområdet i hver klynge. De tre workshops blev afholdt i uge 9 i 2016.

3. **Statistisk materiale på misbrugsområdet** til brug for sammenligning mellem region Sjællands kommuner og eventuelt til sammenligning mellem region Sjællands kommuner og landsgennemsnittet. Det skal dog bemærkes, at selv om der sker omfattende indberetninger fra kommunerne til styrelsesmæssige registre på misbrugsområdet, så er det meget begrænset, hvad kommunerne kan få stillet til rådighed af de samme styrelser. Der er med andre ord kun meget begrænset adgang til landsdækkende statistik på området. Det har derfor kun i meget ringe udstrækning været muligt at fremme sammenligneligt talmateriale på landsplan.

Alle 17 kommuner har indleveret besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen. 15 af de 17 kommuner deltog i de tre klynge-workshops i februar 2016.

Bilag 2:

Klyngesamarbejdet på misbrugsområdet i region Sjælland

