

Notat

1. afdækning af Misbrugsområdet i forbindelse med Kvalitet og Sammenhæng

Der er udarbejdet et spørgeskema til lederne på misbrugsområdet i de 17 kommuner. Spørgeskemaet har dels haft til formål at afdække generelle forhold, som tilbud, økonomi og kompetencer på misbrugsområdet i den enkelte kommune. Derudover er der blevet spurgt ind til, hvordan kommunerne lever op til KLs 12 anbefalinger. Skemaet, som er udarbejdet af Slagelse Misbrugscenter, blev inden udsendelsen til kommunerne sendt til gennemsyn og kommentarer hos projektgruppens medlemmer fra Holbæk, Næstved og Roskilde.

Dette skal ses som en første afdækning, der kan give et billede af den diversitet, der gør sig gældende i tilrettelæggelsen af misbrugsområderne i de 17 kommuner.

Det overordnede mål er på sigt at identificere de områder, hvor kommunerne med fordel kan arbejde sammen og hvor der eventuelt kan være "huller" i tilbuddene, som skal løftes i fællesskab. Det skal skabe *Kvalitet og Sammenhæng* på misbrugsområdet på tværs af regionen.

12 af de 17 kommuner i regionen har svaret på spørgeskemaet inden for den forholdsvis korte tidsfrist hen over sommerperioden. Det drejer sig om Greve, Guldborgsund, Holbæk, Kalundborg, Køge, Lolland, Næstved, Odsherred, Roskilde, Slagelse, Sorø og Stevns. 10 af de 12 kommuner har egne misbrugstilbud eller en blanding af egne tilbud og køb på private tilbud i kommunen, mens to af kommunerne er "rene" køberkommuner.

Som det vil fremgå i det følgende, ser misbrugstilbuddene meget forskellige ud i kommunerne. Projektgruppen bemærker desuden, at der kan være meget forskellige forståelser og brug af faglige begreber. Eksempelvis, hvad man forstår ved familieorienteret behandling, som kan spænde fra lejlighedsvis inddragelse af pårørende i misbrugsbehandlingen til systematisk at tilbyde pårørendegrupper til pårørende, uden at misbrugeren selv nødvendigvis er i behandling.

Der vil givetvis være forskellige udfordringer i de forskellige kommuner. Gennemgangen neden for kan blandt andet bruges som et udgangspunkt for at diskutere, hvilke udfordringer der gør sig gældende for alle misbrugscentre og hvilke udfordringer, man kunne afhjælpe ved et en styrkelse af det tværgående samarbejde.

Hvilke mønstre viser svarene?

Tilbud

Langt de fleste af kommunerne har egne ambulante tilbud til både voksne stof- og alkoholmisbrugere, samt unge (fra ad hoc ambulante til intensiv dagbehandling). I to kommuner købes alle tilbud eksternt. Ingen kommuner angiver at have døgnbehandlingstilbud i kommunalt regi.

Det er vanskeligt at sammenligne viften af tilbud i den enkelte kommune på baggrund af de afgivne svar. Det skyldes, at svarene varierer fra en kort opremsning af dækkede paragraffer til en beskrivelse af delelementer i de forskellige behandlingsforløb.

I 7 ud af de 10 kommuner med egne misbrugsbehandlingstilbud, er alkohol, stof og unge organisatorisk samlet. I en kommune er tilbuddene organisatorisk adskilt i voksne og unge og placeret i forskellige centre/forvaltninger. I en anden kommune er tilbuddene organisatorisk delt i alkohol, stof § 101 og eksternt varetage af § 142, mens den sidste kommune organisatorisk er adskilt i henholdsvis Alkohol og Stof, som hører under to forskellige centre i kommunen.

Det er ligeledes vanskeligt at sammenligne målgrupperne, da nogle blot har specificeret, at de dækker alkohol- og stofmisbrugere, mens andre har angivet aldersinddelinger og målgrupper i eksisterende projekter (f. eks. projekter med dobbeltbelastede borgere).

6 ud af de 10 kommuner med egne misbrugstilbud har visitationen til både dag- og døgnbehandling placeret sammen med misbrugstilbuddene. I to af de resterende fire kommuner foregår visitation til både dag- og døgnbehandling hos en myndighedsafdeling, mens det hos de 2 andre kommuner kun er døgn(- og omsorgsbehandling), der visiteres hos en ekstern myndighedsafdeling. Der fremgår ikke umiddelbart af besvarelserne, hvilken betydning placeringen af visitationen har.

Kompetencer og antal ansatte

Køberkommunerne har ingen misbrugsfaglige medarbejdere.

8 af de 10 resterende kommuner har både social- og sundhedsfagligt personale tilknyttet. Den ene af disse har dog intet sundhedsfagligt personale på Alkoholområdet. Af de resterende to kommuner har den ene intet sundhedsfagligt personale og den anden kommune køber ydelser med sundhedsfagligt indhold. (se desuden anbefaling 9 om psykosocial og medicinske behandlingskompetencer)

Ikke alle kommunerne har opgivet antal ansatte, men umiddelbart varierer det fra under 10 til over 50 ansatte. Fire af kommunerne har lige omkring eller lidt under 20 ansatte.

Målgruppens størrelse

Stort set alle kommunerne angav, at det er svært at give et skøn over antallet af borgere i kommunen, som var i målgruppen for tilbuddene. Kun nogle enkelte kom med et skøn ud fra interne eller nationale undersøgelser.

Generelt kan man ift. risikogruppen for alkohol tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Sundhedsprofil 2010*, som viser, at lidt over 10 procent af befolkningen i region Sjælland overskrider højrisikogrænsen for indtagelse af alkohol (21/14 genstande pr. uge).

Antallet af borgere med misbrug af stoffer er mere usikkert. Sundhedsstyrelsen formoder dog i *Narkotikasituation i Danmark 2012*, at der i 2009 var omkring 33.000¹ stofmisbrugere i Danmark (heraf knap 11.000 hashmisbrugere). Det svarer til 0,6 procent af befolkningen.

Center for Rusmiddelforskning skønner, at ca. 27.000 unge i Danmark har et problematisk forbrug (misbrug/afhængighed) af alkohol eller andre rusmidler² svarende til 0,5 procent af befolkningen.

Selvom disse tal ikke nødvendigvis kan overføres direkte til kommunerne i region Sjælland, kan de bruges til at give et præj om, hvor mange der befinder sig i målgruppen for misbrugstilbuddene. For eksempel ville en kommune med et befolkningstal omkring 35.000 ud fra ovenstående tal have ca. 3500 i målgruppen for alkoholbehandling, ca. 210 stofmisbrugere og ca. 175 unge med behov for behandling.

Projekter/misbrugsrelaterede tiltag

De to køberkommuner og en enkelt af de andre kommuner har ingen igangværende projekter på området. 3 kommuner har et enkelt eller to projekter. De resterende 6 kommuner har tre eller mange flere projekter.

Temaerne for projekterne på misbrugsområdet i regionen er:

Forebyggelsesprojekter · familieinddragende projekter · Akutkrisecenter for udsatte borgere · intern fælles kompetenceudvikling: f.eks. etik eller metodiske værktøjer · tværgående tiltag i kommunen: f.eks. én indgang for borgerne · projekter vedrørende dobbeltdiagnoser · projekter omkring sundhedsfaglig indsats: sundhedssamtaler, screening for hepatitis, prævention, fodterapi for udsatte osv. · projekter rettet mod unge · inddragelse af frivillige i café- og støttetilbud · projekter om opsøgende arbejde på private/offentlige arbejdspladser · fremskudte indsatser på sygehuse · brugertilfredshedsundersøgelser · udvikling af eksisterende tilbud · projekter med fokus på personlighedsforstyrrelser · Rådgivning for unge børn af alkoholmisbrugere · mobilsygepleje · IT for

¹ Skønnet estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Stofmisbrugere i substitutionsbehandling er medtaget i estimatet.

² Leif Vind og Mads Uffe Pedersen: " Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der bruger rusmidler: Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser", Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2010.

udsatte borgere · antisociale personligheder med kriminalitet og misbrug · uddannelses- og netværksforløb for medarbejdere i socialpsykiatrien om misbrug (sætte fokus på misbrugsbehandling) · aktiveringsforløb for udsatte borgere · projekter for indsatte · tilbud til tidligere udsendte soldater.

Forebyggelse

8 kommuner har i regi af misbrugscentrene opsøgende/opsøgende arbejde blandt unge og oplæg/information på forskellige skoler og uddannelsesinstitutioner, enten som en fast del af arbejdet eller i form af projekter.

Et par kommuner har desuden samarbejde med sundhedsområdet omkring forebyggelse af (alkohol)misbrug og en enkelt kommune nævner i den forbindelse også uge 40 kampagnen. En kommune har også et projekt, hvor man kan henvende sig uforpligtende og få information og hjælp til at ændre sine alkoholvaner.

Derudover nævner et par af kommunerne andre opsøgende indsatser på f.eks. sygehus, på væresteder, opholdssteder og til samarbejdspartnere.

Økonomi

I forhold til Driftsomkostninger har enkelte kommuner meldt tilbage, at de var i tvivl om, hvorvidt der var tale om det årlige budget, og hvorvidt der skulle indgå overhead i beløbet. Også med hensyn til spørgsmålet om pladsprisen i det enkelte tilbudsforløb har nogen været i tvivl om, hvad der præcis blev spurgt ind til.

Det skyldes blandt andet, at der er stor forskel på, hvordan man skelner mellem ydelser, tilbud, og forløb i de enkelte kommuner. De fleste har angivet en takst-pris per dag eller døgn. Det er dog vanskeligt at sammenligne priserne, da et ambulansstofforløb i en kommune kan indeholde helt andre elementer end i en anden kommune. Tilbagemeldingerne ift. § 142 lader sig heller ikke uden videre sammenligne, da nogle kommuner har en enhedstakst og dermed ikke har udspecificeret disse udgifter. Andre har specificeret paragraffen ift. medicinudgifter og enkelte tæller medicin, NADA og kanyler sammen i én post.

Det generelle billede er, at der er stor forskel på størrelsen af budgettet til misbrugsbehandling per borger i kommunerne (samlet driftsbudget i forhold til befolkningstal).

Der er også stor forskel på, hvor stor en procentdel af den enkelte kommunes borgere, der er i misbrugsbehandling. Dette tal hænger tæt sammen med de økonomiske og personalemæssige ressourcer.

De 12 anbefalinger

En kommune angiver generelt at leve op til anbefalingerne, mens de to køberkommuner henviser til besvarelsen fra de kommuner, de køber fra. Den følgende gennemgang baseres derfor hovedsageligt på besvarelser fra de resterende 9 kommuner.

Anbefaling 1: Kommunerne skal tilbyde familieorienteret behandling

De 9 kommuner specificerer, at de tilbyder familieorienteret behandling på både alkohol-, stof- og ungeområdet. En af kommunerne har et ønske om en øget indsats på dette område.

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

Det er meget forskelligt, hvad kommunerne svarer ift. synlighed. En del henviser til kommunens hjemmeside, lokale annoncer, materiale på biblioteket, foldere hos praktiserende læger og deltagelse i uge 40 kampagnen. Enkelte kommuner nævner her samarbejds møder (altså synlighed for samarbejdspartnere, hvor KLs anbefaling adresserer synlighed for borgeren).

Det er værd at nævne, at KL i uddybningen af sine anbefalinger påpeger, at undersøgelser har vist, at information på kommunens hjemmeside ikke er tilstrækkeligt til at gøre borgere i målgruppen opmærksomme på tilbuddene.

Stort set alle kommunerne angiver at være opsøgende/opsøgende gennem en eller flere af disse indsatser: SKP-medarbejdere (§99), diverse (unge)projekter, samarbejde med andre afdelinger i

kommunen. Enkelte kommuner nævner opsøgende indsatser på sygehus eller kommunale/private arbejdspladser. To kommuner nævner medlemskab af hjemmesiden netstof.dk, der også nævnes i KLs udspil. En kommune nævner Ugenetværk og SSP ift. tidlig opsporing og en anden kommune har en direkte forebyggelsesindsats i 8.-10. klasse på vej.

Med hensyn til tilgængelighed angiver størstedelen af kommunerne central geografisk placering af deres tilbud. Enkelte kommuner understreger muligheden for anonym og uforpligtende vejledning og muligheden for, at borgeren møder op uden forudgående aftale. En enkelt kommune nævner en bred åbningstid som en væsentlig faktor ift. tilgængelighed, mens en anden kommune har et Call Center kun til borgere og pårørende.

En kommune nævner, at den geografiske spredning kan være en udfordring ift. tilgængelighed, mens en anden kommune mangler et specialiseret behandlingstilbud til unge under 18 år, der kan gøre misbrugstilbuddet mere tilgængeligt for de unge.

Kun en kommune svarer ja til, at der er lagt en egentlig strategi for synlighed, tilgængelighed og tidlig opsporing. En af køberkommunerne nævner også en alkoholpolitik, der angiver, at kommunen vil arbejde målrettet for samarbejde på tilgængelighedsområdet med aktører inden for restaurations- og beværtningsbranchen, handelstandsforening, der frivillige foreningsliv, politi med flere – særligt i miljøer, hvor børn og unge færdes.

Andre kommuner arbejder dog med diverse tiltag så som opdatering af hjemmeside for større synlighed, en samarbejdsaftale med Børn og Unge for tidlig opsporing, generelt tæt samarbejde med andre afdelinger i kommunen, at skabe et flow for borgerne i mødet med misbrugstilbuddet, der gør, at de oplever det som nemt og tilgængeligt.

Anbefaling 3: Der skal udarbejdes nationale retningslinjer for misbrugsbehandlingen

I anbefalingen lægges op til, at KL i samarbejde med de relevante ministerier og andre parter vil udarbejde nationale retningslinjer. Enkelte kommuner bemærker, at de stiller sig positivt over for dette.

Anbefaling 4: Der skal udarbejdes forløbsprogrammer for misbrugsbehandlingen

KL vil i dialog med de relevante ministerier tage initiativ til udarbejdelse af forløbsprogrammer på det samlede misbrugsområde. Enkelte kommuner nævner, at de allerede er i gang med forløbsprogrammer, enten fuldt implementerede eller som pilotprojekter. Enkelte andre bemærker, at de afventer udspillet fra KL.

Anbefaling 5: Kommunerne skal systematisk følge op på misbrugsbehandlingen

Der er blevet spurgt ind til, hvordan der følges op løbende og efter endt behandling.

De fleste kommuner angiver løbende opfølgingsmøder med borgeren. Nogle kommuner har faste opfølgninger hver 6. eller 3. måned eller endnu tiere, mens andre ikke har specificeret et nærmere tidsinterval. En kommune vil indføre redskabet Feedback Informed Treatment (FIT) for at sikre løbende justering af behandlingen ud fra borgerens behov og ønsker.

Når det kommer til opfølgning efter behandling nævner én kommune, at der ikke følges op på dette, mens en anden kommune påpeger vanskeligheder ift. hvordan kontakten til borgeren skal foregå efter behandlingsforløbet. To kommuner nævner, at de er tilgængelige enten via et værested eller en for borgeren velkendt medarbejder, hvis borgeren har behov for opfølgning efter endt behandling.

Generelt er det dog i mange af kommunerne ikke helt klart, hvor systematisk opfølgningen egentlig er, og en enkelt kommune nævner, at der ikke er ressourcer til en egentlig systematisk opfølgning.

Anbefaling 6: Grundlaget for den kommunale misbrugsbehandling er evidensbaserede metoder

Der blev spurgt ind til, hvordan der arbejdes med evidens og hvordan viden omsættes til praksis.

Langt de fleste af kommunerne anvender flere evidensbaserede metoder. To kommuner har særligt fokus på evidens i 2013 og to kommuner arbejder med dokumentation/evaluering, som kan styrke brugen af praksisbaseret evidens. En kommune har en tværfaglig evidensgruppe, der undersøger og følger op på ny viden.

Viden (evidens) omsættes til praksis gennem for eksempel opkvalificering (med praksisøvelser) og supervision i givne metoder, evalueringer, der kan styrke eller justere indsatsen, temadage med faglige drøftelser, pilotprojekter eller via ledelsesfokus på implementering af den tilgængelige viden i praksis.

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

De fleste kommuner arbejder med dokumentation. Det er dog forskelligt om de blot melder tilbage, at de arbejder med det løbende, systematisk eller tilkendegiver, hvilke systemer de indberetter til. Der findes forskellige journalsystemer så som Bosted og EKJ, databaser som NAB og Stofmisbrugsdatabasen og så videre.

En kommune har ikke pt. dokumentation, men arbejder på at indføre dokumentation og evaluering, mens en anden kommune er bagud med indberetningerne og derfor har ufuldstændig dokumentation. En enkelt kommune har særlig fokus på dokumentation i 2013.

Flere kommuner arbejder med evaluering. En kommune har både løbende evaluering af ydelser internt og med hjælp fra udviklingskonsulenter i kommunen samt evaluering af samarbejdsinstitutioner, mens en anden kommune evaluerer arbejdet jævnlige på diverse interne møder. Andre er i gang med at indføre/udvikle evalueringsmodeller og nogle har fokus på, hvordan evalueringer kan anvendes.

Det er uklart, hvor systematisk der arbejdes med dokumentation og evaluering. KL understreger, at netop evaluering gør det muligt at tilpasse kommunens kapacitet og tilbudsvifte. Anbefaling 8 skulle dog gerne bidrage til, at det bliver nemmere for kommunerne både at indberette og trække data fra indberetningssystemerne, og dermed evaluere.

Derudover kan der dog også være en udfordring i at sikre, at kommunerne indberetter ens: Hvordan, hvad, hvor meget og hvor indberettes? Er der enighed om begreber og definitioner osv.?

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

KL vil arbejde for, at data bliver mere tilgængelige og for, at der bliver færre registre at indberette til.

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

De fleste kommuner angiver at have adgang til medicinsk behandling via en læge. Det er dog forskelligt, om de har en læge fast tilknyttet, lægekonsulenter f.eks. hver 14. dag eller samarbejdsaftale med praktiserende læger. En del har psykolog/psykiater eller anden terapeut tilknyttet. Igen er der dog stor forskel på, hvor ofte disse kompetencer er til rådighed for borgerne, og om de findes på Misbrugscentret eller blot tilkaldes ved behov. Det kan også variere ift. de forskellige tilbudstyper i kommunens misbrugscenter, om der er adgang til eksempelvis psykologressourcer – en kommune nævner, at der er psykologressourcer til dagbehandling, men ikke til ungebehandling og ambulante voksenbehandling, hvor der skønnes at være et behov.

Det er forskelligt, hvordan kommunerne sikrer samspil mellem den medicinske og psykosociale behandling. Det sker f.eks. gennem tværfaglig visitation, koordinering af handle-/behandlingsplan og tværfaglige konferencer mellem læge, psykolog og misbrugsbehandlere. Den primære behandler kan også være tovholder og deltage i borgerens møder med f.eks. læge eller psykiater. En tværfaglig behandlergruppe med social- og sundhedsfagligt personale nævnes også som medvirkende til at sikre samspillet, ligesom placeringen af medicinsk og psykosocial behandling på samme adresse.

En kommune skriver, at det bestræbes, at der altid og jævnlige tilbydes social behandling i forbindelse med medicinsk behandling, men at de på den anden side respekterer en given borgers ønske om ikke at modtage social behandling. To andre kommuner nævner, at de har alle borgere, som er i medicinsk behandling, til løbende samtaler/tilknyttet en konsulent i tilhørende afdelinger.

Anbefaling 10: Kommunerne skal foretage en basisscreening

Det er forskelligt, hvor langt kommunerne er ift. screening af borgerne. Nogle kommuner screener alle borgere, som visiteres til behandling, mens andre kun screener de borgere, hvor der er en formodning om en psykiatrisk lidelse. Det kan også være forskelligt fra afdeling til afdeling i kommunen – f.eks. afhængigt af, om det er Alkohol- eller Stofafdelingen.

Nogle kommuner har haft eller har planer om at sende medarbejdere af sted på KLS screeningskursus. En kommune har et projekt omkring screening, hvor en tilpasset udgave af KLS screeningsværktøj anvendes.

En kommune afprøver systematisk forskellige screeningsværktøjer ud fra KLS anbefaling om, at man gør sig både strategiske og organisatoriske overvejelser inden den fulde implementering af screeningsværktøjer påbegyndes. Det påpeges, at det er vigtigt at benytte screeningsredskaber, som så præcist som muligt kan indikere, om der f.eks. er behov for henvisning til andet specialiseret behandlingstilbud eller til sideløbende behandling eller udredning i andet regi.

En kommune nævner, at der kan være vanskeligheder i samarbejdet med regionen, når det kommer til samarbejde om borgere med misbrug og sindslidelser, hvilket relaterer sig til KLS anbefaling 11, hvor det understreges, at kommunernes basisscreening ikke kan stå alene.

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

KL understreger, at der skal følges op på kommunernes basisscreening med en egentlig udredning, og at den psykiatriske behandling skal ske samtidig med misbrugsbehandlingen.

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

Enkelte kommuner har et formaliseret tværfagligt/tværasektorielt samarbejde med f.eks. samarbejdsaftaler eller fokus på særlige borgergrupper og en af disse nævner, at kommunen generelt har stort fokus på den helhedsorienterede indsats. Én kommune nævner en egentlig strategiplan, som er på vej, mens et par andre har en samarbejdsenhed i kommunen eller arbejdsgrupper med fokus på tværgående initiativer.

Nogle har et tæt samarbejde med andre afdelinger i kommunen, men andre nævner, at det er misbrugsrådgiverne, der primært er initiativtagere i forhold til at sikre helhed, sammenhæng og koordination med andre afdelinger i forløbet for borgeren. Et par kommuner nævner handleplaner/behandlingsplaner som det redskab, der sikrer sammenhæng og helhed.

I en af kommunerne bidrager den organisatoriske placering af tilbud til udsatte i ét center til at skabe sammenhæng og helhed for borgergruppen. Det nævnes dog også, at der er en gruppe af unge misbrugere, der ikke er et (helhedsorienteret) tilbud til.

En kommune angiver, at der løbende arbejdes for at gøre samarbejde med de andre afdelinger bedre. Som det tidligere er blevet nævnt er samarbejde med regionen omkring psykiatri også væsentligt for at skabe sammenhæng for borgerne.