

Kvalitet og organisering

- et inspirationskatalog til misbrugsbehandlingen



Kvalitet og organisering

- et inspirationskatalog til misbrugsbehandlingen

Indhold

1	Formål med inspirationskataloget	5
1.1	Læsevejledning	6
2	Generelle problemstillinger på misbrugsområdet	7
3	Kommunernes forpligtigelser på misbrugsområdet	9
4	Kvalitet i misbrugsbehandlingen.....	13
4.1	Første step for at opnå kvalitet.....	14
4.2	Kritiske faglige faktorer, som skal være til stede.....	20
5	Organisering for en større sammenhæng.....	27
5.1	Helhedsorienterede myndighedsafgørelser.....	27
5.2	Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer	32
5.3	Tidlig identifikation og indsats.....	37
Bilag	43

1. Formål med inspirationskataloget

Misbrugsområdet er karakteriseret ved, at der er behov for mange typer af indsatser af både social og sundhedsmæssig karakter.

Et af formålene med kommunalreformen har været at skabe sammenhæng på tværs. En række faglige anbefalinger handler om at sikre denne sammenhæng af hensyn til effekten af behandlingen¹.

Dette inspirationskatalog er udarbejdet af KL i samarbejde med en arbejdsgruppe bestående af følgende 10 kommuner: Aalborg, Horsens, Odense, Gribskov, Solrød, Egedal, Fredericia, Frederiksberg, Glostrup og Århus. Misbrugsområdet er et nyt område for kommunerne, der som følge af strukturreformen har overtaget denne specialiserede opgave. Udover opgavens specialiseringsgrad var der også en række udfordringer i de opgaver, kommunerne overtog, og følgelig et behov for viden om, hvordan opgaven kan løftes i praksis. Det var bevæggrunden for at etablere et kvalitetsprojekt med en tværkommunal arbejdsgruppe på misbrugsområdet.

Der er meget viden om misbrugsbehandling, som for eksempel er sammenfattet i guidelines og forskningsrapporter, som aktører på misbrugsområdet kan lade sig inspirere af i tilrettelæggelsen af misbrugsbehandlingen. Det spørgsmål, som arbejdsgruppen besluttede sig for at behandle, var, hvordan den eksisterende viden kan omsættes til praksis.

Dette inspirationskatalog skal derfor med kombinationen af referencer til eksisterende materiale og konkrete praksiseksempler for det første tjene som praksisnær inspiration til arbejdet med kvalitet i behandlingen, og vise, hvordan kommunerne via god udredning, aftaler og måling af indsatsen kan fremme kvalitet. For det andet skal det tjene til at konkretisere, hvad vi kan gøre i kommunerne for at sikre sammenhæng i opgaveløsningen. Dette ved, at der skitseres forskellige organiseringsformer og værktøjer, som erfaringer har vist, kan understøtte en effektiv misbrugsindsats.

For at fremme kvalitet i misbrugsbehandlingen vil inspirationskataloget fokusere på følgende temaer:

- **Kvalitet og kvalitetssikring.** Hvad er kvalitet i misbrugsbehandlingen og hvordan sikres kvaliteten?
- **Udredningen.** Hvilke elementer skal en **udredning** indeholde for at fremme en kvalificeret behandling?
- **Måling af indsatsen.** Hvilke indikatorer kan anvendes til effektmåling?
- **Samarbejdsaftaler.** Hvordan sikrer kommunerne via aftaler, at leverandørerne leverer kvalitet?

Inspirationskataloget vil i forhold til at fremme en sammenhængende indsats fokusere på:

- **Myndighedsafgørelsen.** Målet er afgørelser, som skaber helhedsorienterede tilbud.

1) Kilde: "Den offentlige indsats på alkoholområdet", (Kornumrapporten), Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Amtsrådsforeningen, 2002, p. 12

- **Koordinering af indsatsen** mellem de forskellige forvaltninger og med eksterne samarbejdspartnere, herunder helhedsorienteret planlægning af indsatsen, hvor borgeren oplever helhed i indsatsen, fx ingen unødigt ventetid eller brud i de sundhedsfaglige-, de socialfaglige- og de arbejdsmarkedsrettede indsatser.
- Forskellige modeller for **tidlig identifikation** af misbrug eller personer i risikogruppen, således at de får tilbudt hjælp. Tanken er, at alle dele af den kommunale virksomhed skal kunne identificere og handle i forhold til målgruppen.

Grundbetingelser for og organisering af misbrugsindsatsen varierer fra kommune til kommune, og som følge heraf vil kommunerne være mødt af forskellige udfordringer. Hvilke konkrete tiltag, der skal til for at fremme en sammenhængende indsats, vil derfor afhænge af de forhold, der gør sig gældende i den enkelte kommune. Der findes derfor ikke én rigtig model, om end nogle kritiske faktorer kan gå igen på tværs af kommuner.

1.1 Læsevejledning

Inspirationskataloget indledes med en formålsbeskrivelse, der placerer kataloget ift. eksisterende viden på misbrugsområdet. I afsnit 2 gives en kort gennemgang af de generelle problemstillinger på misbrugsområdet efterfulgt af et kortfattet overblik over lovgivningen på området i afsnit 3. I afsnit 4 gennemgås de trin, som arbejdsgruppen anbefaler, at alle beslutningstagere som minimum overvejer ved etablering eller reorganisering af de kommunale behandlingstilbud. Endelig præsenteres i afsnit 5 en række eksempler på, hvordan der kan skabes sammenhæng mellem de mange parter, der er involveret i misbrugsbehandlingen.

2. Generelle problemstillinger på misbrugsområdet

Der anslås at være ca. 860.000 danskere med et storforbrug af alkohol². Heraf har 585.000 et skadeligt alkoholforbrug og ca. 140.000 en egentlig afhængighed. Antallet af stofmisbrugere anslås at være ca. 27.000³. Heraf er ca. halvdelen hvert år i behandling.

Ifølge WHO er der tale om et misbrug, når den, der indtager et givent rusmiddel, udvikler en afhængighed, som fører til:

- Mærkbare psykiske forstyrrelser
- Nedsat fysisk sundhed
- Ødelagte menneskelige relationer
- Manglende evne til at fungere socialt og økonomisk

WHO definerer afhængighed som, når tre eller flere af nedenstående kriterier har været til stede inden for et år:

- Trang
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
- Toleranceudvikling
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

De alkoholafhængige er i større grad end de stofafhængige ukendt af det offentlige behandlingssystem, idet dækningsgraden i alkoholbehandlingen er ca. 10 %. Målgruppen af ubehandlede alkoholmisbrugere overstiger derfor langt stofmisbrugere i antal.

Indenfor gruppen af misbrugere er der stor variation i varigheden af misbrug og misbrugstype.

Alkohol- og stofmisbrug ledsages ofte af psykiske, sociale og/eller økonomiske problemstillinger. De seneste opgørelser viser, at mere end 50 % af de alkoholafhængige har psykiske lidelser, hvoraf angstlidelser, depression og svære personlighedsforstyrrelser er de hyppigste⁵. Blandt stofmisbrugerne vurderes op til 75 % at have en forudgående psykisk lidelse.

2) Alkoholforbrug i Danmark – Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige”, Hvidtfeldt et. al, Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2008, p. 3

3) ”Ordination af injicerbar heroin til stofmisbrugere”, Sundhedsstyrelsen, 2007

4) Dækningsgraden er et udtryk for det antal misbrugere, der har været i behandling i løbet af et år. Det betyder, at de resterende 50% reelt godt kan være kendt af systemet, men bare ikke er i behandling.

5) ”Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale”, Sundhedsstyrelsen, 2008, p. 18

Misbrugere med psykiske lidelser har en dårligere prognose end misbrugere, som ikke har psykiske lidelser. For at fremme virkningen af misbrugsbehandlingen, bør de psykiatriske lidelser, som borgeren ofte har, derfor udredes korrekt⁶. Det betyder at den påkrævede indsats, er en indsats, der retter sig imod såvel misbruget, som andre faktorer; herunder borgerens uddannelses- eller beskæftigelsessituation, privatøkonomi, boligsituation, forsørgelse og omsorg for børn etc. Manglende håndtering medfører nemlig både økonomiske og menneskelige omkostninger, fordi ”alkoholafhængighed er en meget kompleks lidelse, der ofte indeholder psykiske komponenter, ofte bevirker somatiske følgetilstande og som altid er en stor belastning for familien navnlig for børnene, der er i risiko for selv at udvikle psykiske lidelser eller misbrug[.]. En lang række udgifter i sundhedssektoren og i socialsektoren hænger således sammen med borgeres alkoholforbrug.”⁷

6) ”Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering”, Sundhedsstyrelsen, 2006

7) Alkohol er årligt relateret til 28.000 hospitalsbesøg, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg. De, der drikker over genstandsgrænsen, har hvert år mere end 150.000 ekstra kontakter til almen praksis og 325.000 ekstra sygefraværsdage, og de dør i gennemsnit 4-5 år for tidligt. 500 førtidspensioner årligt er relateret til alkohol.” ”Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale”, Sundhedsstyrelsen 2008, p. 9

3. Kommunernes forpligtigelser på misbrugsområdet

Misbrugsområdet omfatter to områder: Stofmisbrug og alkoholmisbrug. Ydelser til misbrugere reguleres af to forskellige lovgivninger. Alkoholbehandlingen reguleres af sundhedslovens §141. Behandlingen til stofmisbrugere reguleres dels af servicelovens §101, dels af sundhedslovens §142. På begge områder gælder der en behandlingsgaranti på 14 dage, fra borgeren har udtrykt ønske om at komme i behandling. På stofmisbrugsområdet gælder behandlingsgarantien også for personer, der er under 18 år.

På begge områder er der mulighed for at tilbageholde gravide misbrugere i behandling jf. lov nr. 542 af 6. juni 2007 samt sundhedslovens § 141 b. Der er dog forskelle i den kommunale forpligtigelse i forhold til gravide misbrugere. På stofmisbrugsområdet skal kommunerne tilbyde gravide stofmisbrugere i døgnbehandling mulighed for at indgå en kontrakt om tilbageholdelse. Der er således tale om et skal-tilbud. På alkoholområdet er der derimod tale om, at kommunen kan beslutte om den vil tilbyde en gravid alkoholmisbruger en kontrakt. Der er altså tale om et kan-tilbud.

Servicestyrelsen har defineret de forskellige behandlingstyper som ambulante, dag- eller døgntilbud samt udarbejdet en definition på, hvad de forskellige behandlingstyper indeholder. Definitionen er udarbejdet for stofmisbrugsbehandlingen, og kan også anvendes på alkoholområdet.

Ad hoc

Intensitet, hvor der leveres en ydelse under hver 14. dag (ikke social stofmisbrugsbehandling)

Ambulantbehandling

Intensitet, der tilbyder en ydelse, enten individuelt eller i grupper, mindst hver 14.dag og højst 2 gange om ugen

Ambulant dagbehandling

Intensitet, hvor der leveres en ydelse 3 til 5 dage om ugen af højst 2 timers varighed

Dagbehandling

Intensitet, hvor der leveres en ydelse 3 til 5 gange om ugen i mere end 2 timer.

Kriterierne for dagbehandling kan også opfyldes, hvis der leveres ydelser i 2 dage i over 2 timer og 2 dage i under 2 timer, således at der tilsammen er leveret ydelser i mindst 3 dage i mere end 2 timer.

Døgnbehandling

Behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse hver dag, og hvor ydelsen inkluderer overnatning.

Kilde: Servicestyrelsen (VBGS databasen)

Adgang til behandling på alkoholområdet

I den ambulante alkoholbehandling gælder det såkaldte selvmøderprincippet, og det er derfor ikke nødvendigt at blive visiteret. Derudover er der frit valg til den ambulante behandling, hvilket betyder, at borgere med et alkoholmisbrug kan rette direkte henvendelse til et kommunalt alkoholambulatorium eller til et privat alkoholambulatorium, der har en aftale med én kommune eller region. Endelig har borgeren mulighed for at være anonym i den ambulante behandling.

For at komme i dag- eller døgnbehandling skal misbrugeren visiteres. Det er kommunen, som har myndighedsvaret, og som dermed også er den visiterende enhed. Når misbrugeren er visiteret til enten dag- eller døgnbehandling, har vedkommende som følge af det frie valg ret til at vælge mellem de forskellige behandlingstilbud, der har en driftsoverenskomst med en kommune eller region.

Adgang til behandling på stofmisbrugsområdet

For borgere med et stofmisbrug gælder, at der kræves visitation uanset hvilken behandlingstype, der er tale om. Det betyder at stofmisbrugeren, for at komme i behandling, er nødt til at henvende sig enten til et misbrugscenter eller til en kommunal forvaltning i hjemkommunen. Når misbrugeren er visiteret, er der mulighed for at vælge mellem de institutioner, der er har opnået en godkendelse af kommune eller region, og som tilbyder den behandling misbrugeren er visiteret til.

3.1 Udarbejdelse af kvalitetsstandarder

Kommunerne har siden 1. juli 2007 været forpligtede til at udarbejde en kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug. Kvalitetsstandarderne skal fastlægge både det beskrevne serviceniveau, og hvem der kan komme i betragtning til ydelserne.

På alkoholområdet er der ikke krav om, at der er kvalitetsstandarder, der beskriver kommunens tilbud, serviceniveau samt hvem der kan få adgang til disse tilbud. KL anbefaler, at der både udarbejdes kvalitetsstandarder for alkoholbehandlingen samt en fælles politik for hele misbrugsområdet. Politikken på misbrugsområdet vil være en naturlig del af den samlede udsattepolitik.

3.2 Støtte-kontaktpersonordning

Den 1. oktober 2006 blev kommunens forpligtelse til at tilbyde SKP'ere udvidet til også at gælde de svageste og mest socialt udsatte grupper, herunder alkohol og stofmisbrugere, jf. servicelovens § 99. Ordningen er uvisiteret og kan gives anonymt.

Formålet med SKP-ordningen er, at SKP'eren:

- Sammen med brugeren identificerer og formulerer brugerens behov for omsorg, støtte og service samt sikrer, at brugeren modtager dette i overensstemmelse med sine rettigheder.
- Sammen med brugeren understøtter, at andre indsatser bliver planlagt, samordnet og gennemført.
- Bistår brugeren i kontakten til myndigheder og andre.

SKP-arbejdet er således et opsøgende og brobyggende arbejde, der ydes til borgere, der er isoleret, og som har vanskeligt ved at komme i kontakt med det etablerede system.

Servicestyrelsen har i sit metodehæfte ”SKP til misbrugere og hjemløse” beskrevet arbejdet med de nye målgrupper for SKP-ordningen.

3.3 Vejledning om klageadgang

På misbrugsområdet gælder to forskellige klageadgange efter forskellige regelsæt. Afhængigt af om der er tale om et alkohol- eller stofmisbrug, har misbrugeren mulighed for at klage til forskellige klageinstanser.

3.4 Klageadgang stofmisbrugsområdet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i samarbejde med Velfærdsministeriet udarbejdet en lille pjece om klagevejledning for stofmisbrugere i behandling .

Af den fremgår det, at klagen skal rettes til Sundhedsvæsenets patientklagenævn, når der er tale om en klage over den lægelige behandling⁸.

Er der derimod tale om en klage over sagsbehandlingen eller en afgørelse, har stofmisbrugeren klageadgang, jf. servicelovens § 166. stk. 1. Klagen skal afleveres til kommunen, som så har mulighed for at revurdere afgørelsen. Fastholder kommunen sin oprindelige afgørelse, sender kommunen selv klagen videre til det sociale nævn efter reglerne i kapitel 10 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

3.5 Vejledning om klager på alkoholområdet

Alkoholområdet er hjemhørende under sundhedsloven, hvorfor reglerne for klageadgang følger de regler, der er gældende her. Det betyder, at der kun kan klages over den sundhedsmæssige behandling. Klagen skal her sendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Der kan ikke klages over, at der ikke visiteres til en bestemt type af behandling. Det betyder, at hvis en misbruger ønsker at komme i døgnbehandling, men kommunen har truffet afgørelse om, at misbrugeren skal tilbydes ambulante- eller dagbehandling, er der ikke nogen formel klageadgang for borgeren. Misbrugeren kan dog altid klage til kommunen, hvis misbrugeren er utilfreds med kommunens service.

I bilagssamlingen kan du finde et eksempel på en klagevejledning (bilag nr. 1).

8) Klagevejledning for stofmisbrugere i behandling – Fælles for den sundhedsfaglige og den sociale behandling. Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Socialministeriet 2007.

4. Kvalitet i misbrugsbehandlingen

I arbejdet med at sikre kvalitet kan der benyttes mange forskellige kvalitetssikringsmodeller. Dette inspirationskatalog tager udgangspunkt i begreberne fra ”Den Danske Kvalitetsmodel”. Derudover tages der udgangspunkt i guidelines på misbrugsområdet fra USA og Australien, der er udarbejdet for at sikre kvalitet i misbrugsbehandlingen. Valget af disse guidelines skyldes, at både USA og Australien er længst fremme i forhold til at udarbejde en systematisk opstilling af de faktorer, der har en væsentlig betydning for kvaliteten i misbrugsbehandlingen⁹. I disse guidelines opstilles der en række kritiske faktorer, som bør være opfyldt i tilrettelæggelsen og gennemførelse af behandlingen. Der er tale om, at der er en række strukturelle forhold, som skal være opfyldt, for at der kan være tale om en kvalificeret misbrugsbehandling. Når disse forhold er opfyldt, kan man begynde at fylde indhold i behandlingen defineret ved de ydelser, som misbrugeren bliver tilbudt i behandlingen. Samlet skal disse elementer sikre en høj kvalitet i misbrugsbehandlingen.

Hvad er kvalitet

Der er typisk tre forståelser af kvalitet: den faglige kvalitet, den organisatoriske kvalitet og den brugeropfattede kvalitet¹⁰. Dette inspirationskatalog forholder sig primært til den organisatoriske og faglige kvalitet. Formålet hermed er at formidle de organisatoriske og faglige faktorer, som samlet udgør en kvalificeret misbrugsbehandling.

Den brugeropfattede kvalitet berøres kun sporadisk, selvom den er en vigtig del af den samlede kvalitet i misbrugsbehandlingen. Den måde, hvorpå brugerne oplever kvaliteten, måles ofte via brugerundersøgelser. Formålet med brugerundersøgelser kan dels være at sikre, at der sker en kvalitetsopfølgning, dels at udvikle kvaliteten i behandlingen.

Kvalitetsopfølgning er en bagudrettet kontrolfunktion, der tjekker, om opstillede eller vedtagne standarder overholdes. Derved opnås en viden om, hvordan brugerne vurderer den behandling og service, der ydes, og om denne lever op til kvalitetsstandarderne.

Kvalitetsudvikling er fremadrettet og kan bruges til at foretage nødvendige ændringer i forhold til brugernes udtrykte ønsker og behov.

KL har i det fælleskommunale kvalitetsprojekt udgivet en pjece om ”Brugerundersøgelser med lokal forankring – sådan gør kommunerne”. Pjecen kan findes på www.kl.dk

Når en kommune skal udvikle sit behandlingstilbud, er det vigtigt at tage udgangspunkt i den eksisterende viden om, hvad der fremmer kvalitet i behandlingen. Der er udarbejdet en række guidelines for god og kvalificeret behandling. Disse guidelines indeholder kriterier, som skal være opfyldt, for at kvaliteten i misbrugsbehandlingen kan sikres. Det er vigtigt, at der lokalt tages politisk stilling til, hvordan de enkelte kriterier kan opfyldes, så behandlingen lever op til den viden om kvalitet, der foreligger.

9) National Institute on Drug Abuse (USA), National Drug And Alcohol Reserch center (Australien)

10) Kvalitetens beskaffenhed, Peter Dahler Larsen 2008

Dernæst kan der i forbindelse med fastlæggelsen af det kommunale serviceniveau og dermed den budgetmæssige prioritering ske en afvejning og tilpasning af de kommunale behandlingstilbud. Det vigtige i denne sammenhæng er, at kommunen i de strategiske overvejelser, ved fastlæggelse af serviceniveauet og i forbindelse med udmøntningen af budgettet forholder sig til kriterierne for kvalitet.

Nedenfor vil der blive opstillet en række faktorer, som samlet set sikrer en kvalificeret misbrugsbehandling, uanset det lokale serviceniveau.

4.1 Første step for at opnå kvalitet

På baggrund af eksisterende viden er der udpeget en række kritiske faglige og strukturelle faktorer, som skal være til stede, og som bør være hjørnestenen i arbejdet med misbrugsbehandlingen.

Nedenfor vil nogle af de væsentligste faktorer blive beskrevet samt eksemplificeret med kommunale erfaringer.

4.1.1 Behandlingstilbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt

Sundhedsstyrelsens opgørelser viser, at der er mange misbrugere, som ikke er i behandling¹¹. Det medfører både et dårligere liv for misbrugeren og betydelige samfundsøkonomiske omkostninger. Flere undersøgelser har vist, at motivation spiller en væsentlig rolle i misbrugerens beslutning om at komme i behandling¹². Det er derfor afgørende, at misbrugeren, når behandlingsbehovet er erkendt, ikke skal bruge lang tid på at finde frem til tilbuddet, og at ventetiden ikke er lang, før behandlingen går i gang. Ellers er der en stor risiko for tab af motivation.

Det er derfor nødvendigt, at kommunen gør sig strategiske overvejelser i forbindelse med oprettelsen af et behandlingstilbud. Her er tilgængeligheden en væsentlig faktor.

I den forbindelse er det vigtigt, at være opmærksom på, at der også skal være et tilbud til fx de misbrugere, der kun har et alkoholproblem og ikke også har fx sociale problemer.

Der er flere aspekter, der har betydning for tilgængeligheden. De vigtigste er:

- Afstand og transportmulighed til tilbuddet.
- Synlighed – både for borgere og for frontmedarbejderne i kommunen.
- At tilbuddet har en akutfunktion.
- Åbningstider – det skal være muligt at møde op uden aftale. Det skal også være muligt at modtage rådgivning udenfor almindelig arbejdstid.
- Information om tilbuddet på kommunens hjemmeside og andre relevante steder.

11) Sundhedsstyrelsens årlige opgørelse over både alkohol og stofmisbrugere i behandling (NAB & SIB)

12) Sundhedsstyrelsen 2006

Som en del af Fredericia kommunes tilbud til misbrugere er der etableret en åben rådgivning. Her kan borgeren henvende sig direkte fra gaden, når borgeren har behov for rådgivning i forhold til sit misbrug. Herefter visiteres borgeren til det relevante tilbud indenfor behandlingsgarantiens frist på 14 dage.

Den åbne rådgivning er placeret i midtbyen i forbindelse med en café og et værested, så den er let at komme til og er derfor meget synlig i forhold til borgere og kommunens medarbejdere. Derudover er der flere forskellige væresteder og caféer i byen.

Tilgængelighed kan også eksemplificeres ved hjælp af en anden organisering af tilbuddet. Nedenstående eksempler er fra Odense kommune.

Alkoholbehandlingen i Odense og Svendborg har ændret jobfunktionen for nogle af deres erfarne alkoholbehandlere, så de nu er ansat som udgående konsulenter. Konsulenterne har faste mødedage på forvaltninger, i jobcentre, hos praktiserende læger o. lign., hvor konsulenterne dels tilbyder personalet råd og vejledning i forhold til, hvordan de kan hjælpe borgere med misbrug, dels selv taler med drikkende borgere sammen med personalet. Målet er at få borgeren i behandling.

Nedenstående er et eksempel på tilgængelighed via inddragelse af teknologien i tilrettelæggelsen af behandlingen.

Alkoholbehandlingen i Odense og Svendborg har etableret videokonferenceadgang til behandlingen. På sygehuset i Ærøskøbing og Forebyggelsescentret i Rudkøbing kan man således via kamera og tv-skærm tale med en behandler i Alkoholbehandlingen i Svendborg. Megen transport er sparet, - og adgangen til behandling foregår diskret. Erfaringerne med tilbuddet er så gode, at de nu udvides til at omfatte andre udkantsområder på Fyn. Som en sidegevinst udnyttes udstyret til interne behandlingskonferencer på tværs af Alkoholbehandlingsens afdelinger – hvorved transporttid spares.

4.1.2 Ingen enkeltstående behandlingstilbud eller behandlingsmetode passer til alle

Det er velkendt, at ikke alle misbrugere er ens. Ofte har misbrugeren sammensatte problemer udover misbruget, og derudover er deres misbrugshistorik ikke ens. Forskellige behov kræver forskellige tilgange. Flere undersøgelser har dokumenteret, at det ikke nytter at give det samme tilbud til alle. Der er derfor behov for individuelle løsninger, og at der inddrages flere forskellige metoder. I den forbindelse er det vigtigt at nævne, at der er flere metoder, der er evidens for.

Derfor bliver udredningen og behovsafklaringen et meget vigtigt element i forhold til udarbejdelsen af behandlingsstrategien. Udredning har fire hovedformål:

- Sikring af, at eventuelle psykiske lidelser foruden misbruget udredes grundigt og professionelt, beskrives og følges op med relevant og præcis behandling.
- Sikring af, at misbrugsbehandlingen passer til den enkeltes psykologiske profil ift. ressourcer og svagheder (fx andre psykiske lidelser), - altså hvordan planlægger vi behandlingen, så den enkelte rent faktisk kan profitere af den?

- Sikring af at den enkeltes misbrugshistorik og de øvrige sociale aspekter kortlægges.
- Sikring af at der er overensstemmelse med den enkeltes holdning til udredningen og de problemstillinger, der skal gøres noget ved. Derved sikres den nødvendige compliance.

Udredningen og den efterfølgende behandlingsplan er således også det værktøj, som anvendes i den senere opfølgning på behandlingen. Uden en korrekt og grundig udredning vil det ikke være muligt at tilbyde den rigtige behandling. I afsnittet om faglig kompetence til at kunne foretage en screening (side 21) er der et eksempel på, hvad screening og udredning kan indeholde.

I bilagssamlingen kan du også finde et eksempel på en behandlingsplan/handleplan for en borger med et misbrugsproblem (bilag 2 & 3).

Udover en grundig udredning er der behov for forskellige typer af behandlingstilbud, der baserer sig på dokumenterede metodetilgange, og som retter sig mod misbrugerens behov. Det er ikke tilstrækkeligt kun at have et ambulant- dag- eller døgntilbud, som måske har samme behandlingstradition eller metode. Det er fx ikke tilstrækkeligt, hvis kommunen i sin tilbudsvifte kun har tilbud efter Minnesota-metoden. Det er derfor nødvendigt, at forholde sig til de forskellige metodetilgange for at kunne matche misbrugernes behov og derved fastholde misbrugeren i behandlingen. En måde at øge kommunens tilbudsvifte er fx at indgå samarbejdsaftaler med andre kommuner eller købe ydelser hos private leverandører. Det er derfor vigtigt, at budgettet tager højde for disse forskellige behov.

Det er nødvendigt for kommunen at gøre sig overvejelser om, hvordan tilbudsviften kan bredes ud, så flere forskellige behandlingsmetoder kan tilbydes. Mangel på forskelligartede tilbud vil betyde, at nogle misbrugere ikke kan drage nytte af tilbuddet. Der er derfor tale om et ressourcetab både for borgeren, der ikke kommer ud af misbruget, og økonomisk for kommunerne, da midlerne er spildt.

4.1.3 Behandlingen skal tage højde for multiple behov

Som tidligere nævnt har misbrugere ikke altid, men ofte, multiple problemer. For at sikre en optimal behandlingseffekt er det vigtigt, at borgeren tilbydes en handleplan, og at de forskellige problemstillinger inddrages i handleplanen. Dermed skal det undgås, dels at der fokuseres på enkeltproblemer, dels at øvrige problemstillinger, som har betydning for behandlingseffekten, glemmes. Det betyder, at der af den udarbejdede handleplan skal fremgå, hvornår de forskellige problemstillinger vil blive adresseret. Dette vil blive uddybet i afsnittet om den sociale handleplan (se afsnit 5.1.2).

Misbrugerens psykiatriske lidelser skal behandles sideløbende med misbrugsbehandlingen. Forskning har vist, at misbrugere, som er dobbeltbelastede, generelt profiterer dårligere af traditionel misbrugsbehandling, hvis deres psykiatriske lidelser ikke samtidig bliver behandlet¹⁵. Derudover er det nødvendigt, både at variere den periode, hvor behandling gives, og selve intensiteten af behandlingen. Misbrugere med multiple problemer skal have en mere intensiv behandling end misbrugere med mere moderate og isolerede problemer.

13) National Institute on Drug Abuse (USA)

14) Scottish Organisational Standards for Alcohol and Drug Treatment Services

15) Sundhedsstyrelsen, MTV rapport 2006

For at sikre, at borgeren får den rette behandling er det nødvendigt at være opmærksom på, om misbrugeren har nogle behandlingskrævende psykiske lidelser. Afhængig af behov skal der efterfølgende foretages en psykiatrisk udredning.

Screening i Fredericia Misbrugscenter:

- Borgere, der er indskrevet i centret udvælges til screening, hvis de skal i stoffri behandling, eller hvis de har påfaldende symptomer på en eller anden psykisk/psykiatrisk problematik.
- De screenes hos psykolog med interview og en række tests.
- De får sammen med den tilknyttede behandler (og evt. andre interessenter, ex. kommunale sagsbehandlere, jobcenter o.l.) tilbagemelding på deres personlighedsprofil, om der er psykiatriske problematikker, hvad vi gør ved det, samt om deres behandling skal justeres efter deres psykiske/psykiatriske profil.
- Konklusionerne følges op i løbende sagssupervision samt ift. egen læge, psykiater, kommunale sagsbehandlere, etc.

4.1.4 Behandlingen skal tage udgangspunkt i, at der arbejdes systematisk og støttet af en dokumentation af indsatsen

I de senere år er der kommet et langt større fokus på behovet for, at behandlingsindsatsen, dels tager udgangspunkt i en evidensbaseret metode, dels at der arbejdes ud fra en evidensbaseret praksis¹⁶.

Det betyder, at medarbejdere, ledelse mv. arbejder ud fra evidensbaserede metoder, følger nedskrevne procedure, måler og dokumentere den indsats, der ydes, samt har en evne til systematisk at evaluere de metoder, som anvendes.

I den forbindelse skal det nævnes, at der på nationalt niveau er nogle centralt besluttede standarder og indikatorer, som det kan være hensigtsmæssigt at have for øje, - nemlig dem, der er besluttet i forbindelse med udviklingen af ”Den Danske Kvalitetsmodel”. Det drejer sig om nogle generelle standarder og indikatorer i forbindelse med ledelse, kvalitetsudvikling, dokumentation, datastyring, dokumenthåndtering, koordinering, og ikke mindst håndtering af lægemidler. Udover disse generelle standarder med tilhørende indikatorer, har IKAS netop påbegyndt 3. fase af udviklingen af akkrediteringsstandarder til det kommunale sundhedsvæsen. Der vil i denne fase blive udviklet standarder indenfor yderligere syv områder, heriblandt misbrug.

Kvalitetssikring på misbrugsområdet adskiller sig ikke fra kvalitetssikringen på andre områder. Generelt handler kvalitetsudvikling om følgende fire udfordringer¹⁷:

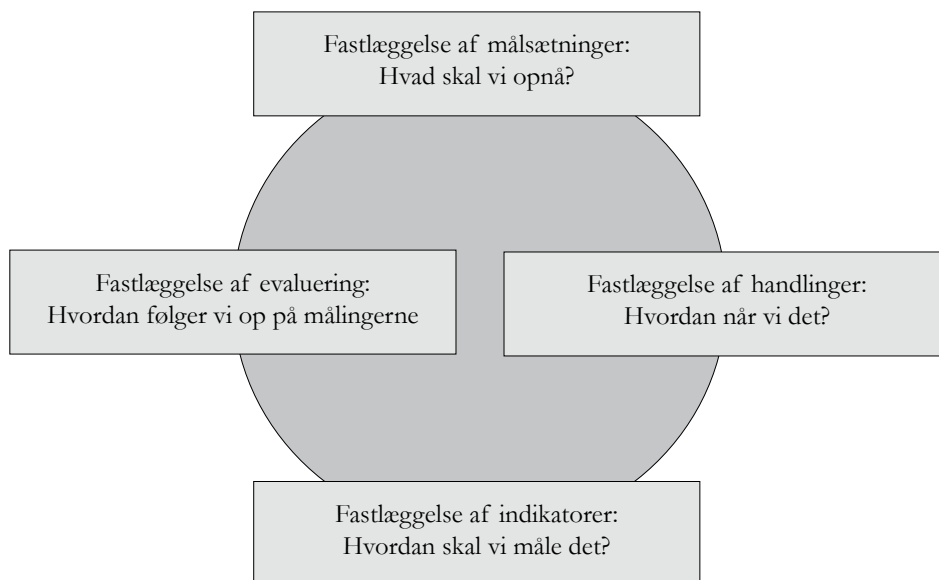
- At man gør sig klart, hvad man vil opnå med sit arbejde og sin organisation – dvs. hvilke målsætninger man vil og skal nå, både på et mere overordnet niveau og på et konkret niveau.
- At man finder ud af, hvilke aktiviteter og handlinger, der er nødvendige for at opnå de konkrete målsætninger, man har sat sig.

16) Evidence Based Practice In ”The real World”, Center for Rusmiddelforskning, 2007

17) Rambøll 2007

- At man finder ud af, hvordan man kan måle, om man når sine målsætninger – dvs. at man definerer de indikatorer, der fortæller, om det går den rigtige eller den forkerte vej.
- At man finder ud af, hvordan man bliver i stand til at tilpasse sit arbejde, sin organisation og sine ressourcer, så man når sine målsætninger.

Disse fire udfordringer kan også formuleres som fire spørgsmål, der indgår i en samlet kvalitets-cirkel:



Manglende systematisk kvalitetssikring og brug af dokumenterede metoder kan betyde, at misbrugere ikke får det nødvendige behandlingstilbud. Dårlige eller forkerte behandlingstilbud resulterer i, at misbrugeren fastholdes i misbruget med risiko for en forværring af både den helbreds-mæssige og sociale situation samt spild af ressourcer. Endvidere er der risiko for, at misbrugeren vil opfatte behandlinger, der ikke er gennemført, som et nederlag, og derfor ikke fremover vil være motiveret for at forsøge sig med yderligere behandlingstiltag.

Dog er det vigtigt at pointere, at både de nationale standarder og indikatorer på misbrugsområdet samt de lokale standarder og indikatorer i institutionerne, skal udvælges med stor omhu, så de udtrykker, hvad det er vigtigt at have styr på i det daglige arbejde. Når man på institutionsniveau skal udvælge, hvad man vil kvalitetsovervåge, er det hensigtsmæssigt at fokusere på områder, der er væsentlige for kerneydelsen. Nedenfor nogle væsentlige områder som det er hensigtsmæssigt at overvåge:

- Områder med et væsentligt forbedringspotentiale.
- Områder, der har relevans for en betydelig del af klienterne.
- Områder, hvor en forbedring af det ligger indenfor det muliges rammer både tids- og ressourcemæssigt.
- Områder, hvor en forbedring er målbar (altså hvor der kan vælges hensigtsmæssige indikatorer).

Udover udvælgelse af de områder, der skal overvåges, skal der opstilles nogle indikatorer, som der kan måles på.

- Gennemførelsesgraden (altså om klienten fuldfører behandling eller dropper ud i utide).
- Registrering af ventetider og/eller tid mellem behandlingen.
- Ændring i misbrugs mønstret (mål fx ved regelmæssige, strukturerede status'er).
- Klienttilfredshed (måles ved brugertilfredshedsundersøgelser).

4.1.5 Organisatorisk kompetence

Kommunerne har en række valgmuligheder, når de skal beslutte, hvordan misbrugsområdet skal være organiseret. Stillet lidt firkantet op, kan der skelnes mellem to niveauer af organisatorisk kompetence, som en kommune i den forbindelse bør forholde sig til: Dels organiseringen af misbrugsområdet som helhed, dvs. hvor i organisationen, skal såvel myndigheds- som udførerleddet placeres, fx i forhold til sundhedsområdet, socialområdet etc. Dels hvordan selve behandlingsindsatsen skal organiseres.

Ved valg af placering ift. den overordnede kommunale organisering kan det overvejes, om der er fordele ved at have misbrugsområdet for sig, at lægge det ind under sundhedsområdet, eller om der kan være fordele ved at placere misbrugsområdet sammen med socialpsykiatrien, sådan at samme ledelsesniveau har ansvaret for to fagområder, som langt hen ad vejen har sammenfaldende problemstillinger, målgrupper og interesser.

For så vidt angår hvordan selve udførerleddet skal organiseres og tilrettelægges, er der nedenfor skitseret en række forskellige modeller, som den enkelte kommune kan overveje på baggrund af de særlige karakteristika, som gør sig gældende i den enkelte kommune. Det være sig målgruppe størrelse, eksisterende faglige kompetencer på myndighedsniveau mv. Alt sammen overvejelser, som kan tage udgangspunkt i, at det bør sikres, at der er den tilstrækkelige kompetence i organisationen til at reducere sårbarhed, såvel ift. at viden er placeret på flere medarbejdere, og at kommunen kan levere den faglige bredde, som en gruppe borgere med varierede behov har brug for.

Forskellige organiseringsformer

Ses der nærmere på de forskellige former for organisering af selve misbrugsbehandlingen, kan der generelt skelnes mellem de kommuner, der har etableret egne kommunale tilbud, og de kommuner, der benytter sig af eksterne behandlingssteder til misbrugsbehandling. Typisk vil mindre kommuner med relativt få borgere i misbrugsbehandling indkøbe ydelser hos eksterne eller indgå i samarbejde med andre kommuner om behandling, og større kommuner vil etablere egne tilbud, og evt. samle visitation, rådgivning og misbrugsbehandling i såkaldte misbrugscentre.

Forskellige organiseringsmodeller på misbrugsområdet			
Kommunen har misbrugscenter med samling af funktioner, fx visitation, udredning, rådgivning, social behandling og substitutionsbehandling.	Flere kommuner indgår samarbejdsaftale om etablering af fælles misbrugscenter.	Offentlig-private partnerskabet (OPP) al udredning, og behandling er udlagt til anden aktør.	Offentlig-private partnerskabet (OPP). Dele af udredning og behandling er udlagt til anden aktør.

Uanset hvilken organiseringsform, der vælges, er det vigtigt at holde sig for øje, at der er stor risiko for, at borgere med misbrug og andre komplekse problemstillinger mister motivationen til at henvende sig om hjælp, hvis de skal henvende sig flere steder i løbet af behandlingsprocessen. Hvis udredning, visitation og udførelse af behandling er adskilt, og der ikke er sikret en glidende overgang, kan det altså føre til, at borgeren afbryder eller ikke får fuldt udbytte af behandlingen. Det er et af argumenterne for, at alle elementer af behandlingen samles i egentlige centre. Et andet er, at der er risiko for, at ressourcerne anvendes mindre effektivt, hvis opgaverne med udredning, visitation og udførelse af behandling adskilles i flere enheder. På den anden side er det vigtigt, at der ved etablering af egentlige misbrugscentre tænkes i, hvordan der kan sikres overgange til de kommunale samarbejdspartnere, der arbejder med de aspekter, som ikke nødvendigvis håndteres i regi af misbrugscentret. Det kan være beskæftigelsesindsatsen, pensionssagsbehandling, familierådgivning og lign.

Overvejelser om rentabilitet og sårbarhed ved etablering af misbrugsbehandling

Teoretisk kan alle kommuner opbygge og opnå kvalitet i egen misbrugsbehandling, såfremt de organisatoriske og strukturelle parametre opfyldes. Spørgsmålet er så, om det ud fra en økonomisk betragtning er rentabelt for alle kommuner at opbygge egne misbrugsbehandlingsenheder. I kommunens strategiske overvejelser om organiseringen af misbrugsbehandlingen bør der, udover de politiske hensyn, indgå en beregning af, hvad der kan betale sig, før der træffes beslutning om organiseringen af området.

Nogle af disse overvejelser kan knyttes til begrebet 'Funktionsbærende enhed'. Den funktionsbærende enhed skal ikke opfattes som en fysisk enhed. Det afgørende er, at misbrugsbehandlingen organiseres således, at der er tilstrækkelig 'volumen' til at sikre kvalitet i behandlingen, og udvikling samt videreuddannelse af medarbejdere. Der er behov for en vis 'volumen' eller tilgang af klienter, før etablerings- og driftsomkostninger ved at følge de forskellige guidelines på misbrugsområdet, er dækket. Samarbejde med andre kommuner kan derfor være en løsningsmodel.

Hvis kommunen beslutter at oprette egne behandlingstilbud, er det nødvendigt at afsætte tilstrækkelige ressourcer til, at den fornødne organisatoriske kompetence er til stede. Det betyder, at de fornævnte parametre skal være opfyldt. Hvis de fornødne præmisser ikke er til stede, bør det i stedet overvejes, om bredden i tilbudsviften, driftssikkerheden og øvrige parametre kan imødekommes ved, at kommunen indgår samarbejdsaftale med andre kommuner, indkøber ydelser af private aktører og lign.

Derudover bør misbrugsbehandlingen evne at samarbejde med de forskellige instanser/aktører, herunder kommunens øvrige forvaltninger, privatpraktiserende læge, kriminalforsorgen, sygehus og andre kommuner.

4.2 Kritiske faglige faktorer, som skal være til stede

Vi har i forrige afsnit set på de strukturelle faktorer. I dette afsnit udpeges de kritiske faglige faktorer, som behandlingen skal indeholde, for at der kan være tale om fagligt kvalificeret misbrugsbehandling.

Kravene til indholdet i ydelserne er forskellige qua lovgivningen. I Sundhedsstyrelsens vejledninger om den lægelige behandling af stofmisbrugere er en række ydelser defineret, og skal som standard tilbydes til stofmisbrugere i behandlingen. På alkoholområdet er det ikke i samme grad

defineret, hvad behandlingen skal indeholde, hvorfor der måske netop er behov for at være særligt opmærksom på alkoholområdet. Sundhedsstyrelsen har dog i september 2008 udgivet et rådgivningsmateriale om kvalitet på alkoholområdet. Inspirationskataloget inddrager dette materiale.

Nedenfor er nævnt nogle kritiske faktorer, som kan danne udgangspunkt for drøftelserne. Der tages udgangspunkt i et ambulært behandlingstilbud, hvor borgeren kan henvende sig. Disse faktorer kan med fordel inddrages i udarbejdelsen af de indikatorer, som kravspecifikationen eller kvalitetsstanderne lægger sig op ad.

4.2.1 Nødvendig faglig kompetence til vurdering af behandlingsbehovet og gennemførelse af behandlingen

For at kunne afklare behandlingsbehovet bør behandleren undersøge misbrugerens situation, de problemstillinger misbrugereren tumler med, særlige forhold, som det er nødvendigt at tage højde for eller inddrage i behandlingsstrategien samt misbrugerens egne ressourcer¹⁸.

Ved at foretage denne meget detaljerede afklaring via et systematisk afklaringsværktøj (som fx Addiction Severity Index, herefter ASI) opnår både behandleren og misbrugereren en række fordele.

Behandleren får en række vigtige informationer, som skal indgå i udarbejdelsen af behandlingsstrategien og målet med behandlingen. Afklaringen giver både behandleren og misbrugereren et overblik over de problemer og de ressourcer, misbrugereren selv har. Derudover skaber afklaringen en fælles forståelsesramme, hvorved der kan ske en fælles forventningsafstemning mellem misbrugereren og behandleren. I og med at behandlingen er en løbende proces, tilskyndes der til, at der foretages en løbende afklaring for at registrere forandringer.

Der er efterhånden rigtig mange undersøgelser, der har dokumenteret, at en af de væsentligste forudsætninger for at gennemføre en succesfuld behandling er, at der opnås compliance eller alliance mellem misbrugereren og behandleren¹⁹. Det vil sige behandlerens evne til at skabe en tillidsfuld kontakt til misbrugereren, så denne føler sig på bølgelængde med, og derfor tør åben sig overfor, behandleren²⁰.

Det er ikke det samme som at sige, at behandlerens professionelle baggrund ikke har nogen betydning, men noget tyder på, at der er andre elementer, som har en større påvirkningsgrad på effekten end den professionelle baggrund.

Problemet er bare, at empati, medfølelse, karisma eller personlig udstråling ikke er objektive karakteristika, som umiddelbart lader sig måle. Hvordan sikrer man sig, at de behandlere man ansætter, har disse evner?

Dette er vanskeligt at svare på, men i udvælgelsen er det nødvendigt at fokusere på personer, der besidder behandlereregenskaber, som er rettet mod selve behandlingsprocessen, dvs. hvordan mødes misbrugereren og hvordan behandleren agerer sammen med misbrugereren. Generelt er der fire færdigheder, som har en væsentlig betydning for udfaldet af behandlingen²¹:

18) Sundhedsstyrelsen 2006 og 2008 samt Nielsen A. S. 2008

19) Center for Rusmiddelforskning 2007 samt National Institute on Drug Abuse (USA),

20) Center for Rusmiddelforskning 2007 samt Nielsen A. S. 2008

21) Nielsen A. S: 2008

- Evne til at opbygge et trygt og tillidsfuldt forhold mellem misbrugeren og behandleren.
- Evne til at motivere misbrugeren til at se behandlingen som et fælles projekt, hvor det er misbrugeren, der træffer sine valg, og behandleren der er den støttende og værdsættende.
- Evne til at mindske klientens mistro mod nytten af misbrugsbehandlingen gennem opmuntring og forsæt støtte.
- Evne til at arbejde struktureret og fokuseret sammen med misbrugeren. Det er – sammen med evnen til at skabe kontakt – noget af det allervigtigste. Det er her 'fremdriften' i behandlingsforløbet skabes, - og her der for alvor er forskel på indsatser fra pårørende/venner og professionelle indsatser.

For at sikre, at disse færdigheder er tilstede hos behandleren i behandlingssystemet, kan kommunerne i højere grad:

Tjekke op på, om den fornødne faglige basisuddannelser er tilstede hos både de nuværende behandlere og fremadrettet.
Udarbejde kompetenceplaner både for hele afdelingen og på individniveau.

4.2.2 Mulighed for iværksættelse af akut beredskab (fx afrusning eller udlevering af substitutionsmedicin)

Der er mange barrierer, som kan afholde en misbruger fra at gå i behandling. En væsentlig barriere kan være abstinenssymptomer. Det er derfor vigtigt, at behandlingsinstitutionen kan tilbyde akut hjælp til behandling af abstinenser. Det at tilbuddet findes, kan for mange misbrugere være en motiverende faktor for at gå i behandling²².

Akut behandling behøver ikke at være et døgnåbent tilbud, men tilbuddet bør være kendt og let tilgængeligt. At have mulighed for at henvende sig inden for en tidsperiode uden forudgående tidsbestilling kan i mange tilfælde være tilstrækkeligt. Dog kræver det, at der er den fornødne faglige kompetence tilstede i åbningstiden, for at kunne yde denne behandling.

Men hvad kræver det så, at kunne tilbyde akutbehandling? På alkoholområdet betyder det fx, at for at kunne handle eller behandle for abstinenssymptomer, skal misbrugeren tilses af en læge, som kan forestå en abstinensbehandling²³. Behandlingen bør mindst bestå af en undersøgelse af misbrugerens fysiske tilstand (fx promille, puls, blodtryk mv.) samt objektiv vurdering i forhold til tremor og rødme. Lægen kan efterfølgende ordinere den nødvendige medicin.

Akutfunktionen kan organiseres på forskellige måder, og det læge- og sundhedsfaglige personale kan tilvejebringes på forskellige måder. Lægen behøver ikke at være en fastansat, men kan tilknyttes via en konsulentordning eller tilkald. I forhold til sygeplejerskefunktionen er der nogle kommuner, som trækker på erfarne sygeplejersker fra fx hjemmeplejen eller socialpsykiatrien i deres misbrugsbehandling.

22) Sundhedsstyrelsen 2008

23) Sundhedsstyrelsen 2008

- Akutbehandlingen i Odense varetages af Modtageteamet, hvor borgeren uden tidsbestilling kan henvende sig mellem 8.30 – 10.00 (mandag, tirsdag, torsdag og fredag). Der er tale om et bevidst valg af åbningstid af hensyn til fremmødepromille.
- Akutteamet består af en læge samt sygeplejersker og socialrådgivere, der er videreuddannet i Motiverende samtaleteknik (Motivational Interviewing).
- Borgeren tilses af en erfaren sygeplejerske som udreder grundigt for abstinenser og evt. andre symptomer. Herefter ordineres den nødvendige medicin af lægen.
- Har borgeren tidligere haft delirium tremens, abstinenskrampe, har neurologiske symptomer eller svære abstinenser trods høj promille, er der indgået en samarbejdsaftale med Psykiatrisk afdeling, som så indlægger borgeren, indtil det er forsvarligt at fortsætte afrusningen ambulantly.
- På helligdage, weekender og aften/nat kan borgeren henvende sig på hos vagtlægen eller hos Psykiatrisk skadestue, hvor borgeren i et par døgn kan afruses ambulantly eller under indlæggelse, indtil til alkoholbehandlingen åbner.

Der bør altid foretages en individuel vurdering af, om akutbehandlingen kan klares ambulantly, eller om der er behov for indlæggelse. I de tilfælde, hvor der er risiko for kramper eller delirium, at promillen er meget høj (over 3) eller multiple sygdomme udover misbruget samt selvmordstanker er tilstede bør misbrugeren indlægges.

4.2.3 Faglige kompetencer til at kunne yde en både farmakologisk og psykosocial behandling

Formålet med den farmakologiske behandling er at stabilisere misbrugeren medicinsk, psykisk og socialt. Den farmakologiske behandling har således både det sigte at behandle abstinenssymptomerne og være en del af behandlingen mod drikke- eller stoftrang. For at de farmakologiske præparater skal virke, er det nødvendigt med en korrekt dosering. I forhold til håndtering af medicinen er der forskel på, om der er tale om medicin, der gives i forbindelse med en alkohol- eller stofmisbrugsbehandling.

For stofmisbrugernes vedkommende gælder det forhold, at kendskabet til misbrugers tolerans overfor opioider ikke er kendt, hvorfor en forkert dosering af metadon i værste fald kan være dødelig. Substitutionsbehandling kan derfor kun iværksættes af speciallæger på området. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning i forhold til den medicinske behandling af stofmisbrugere med retningslinjer for, hvordan det skal foregå²⁴. Der er ikke på samme måde retningslinjer for den medicinske behandling af alkoholmisbrugere. Men uanset hvilken farmakologisk behandling, der iværksættes, bør følgende være gældende²⁵:

- Behandlingen iværksættes på baggrund af nedskrevne retningslinjer.
- Behandlingen foretages af sundhedsfagligt personale.
- Der foregår en monitorering af effekten.
- Dokumentation af medicineringen.
- Der gives en patientinformation om virkning, bivirkninger mv.

24) Vejledningen om den lægebehandling af stofmisbrugere i behandling 2008

25) Sundhedsstyrelsen 2008 samt MTV 2006

Psykosocial behandling

Formålet med den psykosociale behandlingsindsats er at hjælpe misbrugeren til at træffe beslutning om ændring i forbruget af rusmidler og understøtte realiseringen af den forandringsproces, der følger med beslutningen. Metoderne i psykosocial behandling er samtalebaseret. Der findes ikke én psykosocial behandlingsmetode, der er alle andre metoder overlegen, men kognitiv behandling er den bedst beskrevne.

Behandlingen bør tage udgangspunkt i at arbejde specifikt med misbrugsproblemet og ikke primært i at sætte ind over for formodede årsager til eller konsekvenser af misbrugsproblemet. Endvidere er det dokumenteret, at hvis man giver motiverende behandling forud for anden behandling, øger man generelt compliancen og effekten af behandlingen²⁶.

Et væsentligt udgangspunkt for en vellykket misbrugsbehandling er etablering af en god kontakt mellem patienten og behandleren. Væsentlige elementer i denne kontakt er, at behandlingsorganisationen og den enkelte behandler er i stand til at skabe et indlevende og trygt miljø, at behandleren har troen på, at forandring er mulig for misbrugeren, og at misbrugeren har indflydelse på sin egen behandling og målsætningen for denne. Endvidere er det vigtigt, at behandleren og misbrugeren løbende evaluerer behandlingsalliancen, og har mulighed for at aftale et behandler-skifte, hvis de vurderer, at en dårlig kontakt mellem behandler og misbruger står i vejen for udbyttet af behandlingen.

4.2.4 Faglig kompetence til at kunne foretage en screening i forhold til psykiske lidelser med henblik på enten selv at behandle eller henvise til relevante behandlingstilbud

Det er de færreste kommunale misbrugsbehandlingstilbud, der har fastansatte psykiatere/psykologer, som kan foretage en fuldstændig psykologisk udredning af misbrugeren. Dog har alle behandlingstilbud en læge tilknyttet i et vist omfang. I forhold til at udrede misbrugeren for de forskellige psykiatriske lidelser er det vigtigt at pointere, at det heller ikke er behandlingstilbuddets opgave at foretage denne udredning.

Dog skal de kommunale behandlingstilbud kunne identificere psykiatriske problemstillinger og henvise til et relevant behandlingstilbud, hvor disse problemstillinger kan blive udredt og behandlet. Idéen er, at der som en del af proceduren spørges ind til de psykiatriske forhold. Hvis behandleren arbejder ud fra en struktureret metode, og benytter de forskellige anerkendte hjælpe- og udredningsværktøjer, vil dette være tilstrækkeligt til at vurdere, om yderligere udredning er påkrævet.

Der er allerede i dag kommuner, der har fastansatte psykologer, som kan foretage denne screening og udredning. Hvilke trin, der indgår i screeningen, kan læses af nedenstående eksempel fra Fredericia. I bilagssamlingen (bilag 4) er der et mere udførligt eksempel på, hvad en udredning indeholder.

26) Center for rusmiddelforskning mv.

Følgende trin indgår i screeningen

1. Indsamling af eksisterende, relevant journalmateriale og inddrag tidligere behandlere.
2. Der gennemføres et (klinisk) interview.
3. Personlighedsprofilen laves som standard med fx MCMI-III og NEO PI-R, eller SCID-II, DIP-Q etc. Supplerende tests udvælges ud fra hvad interviewresultaterne og andet materiale peger i retning af.
4. Når testene er opgjort/scorede foretages en vurdering.
5. Personlighedsprofilen laves som standard med fx MCMI-III, NEO PI-R, eller SCID-II, DIP-Q ect.
6. Når test er opgjort og det samlede materiale foreligger vurderes det, om der er behov for yderligere interview.
7. Det hele vurderes samlet: Hvor understøtter de forskellige data hinanden, hvor nuancerer de hinanden, hvor er de inkonsistente, og hvad er de centrale konklusioner.
8. Bruger samt primærbehandler deltager i en tilbagemelding, hvor resultater og anbefalinger drøftes og kvalificeres yderligere i fællesskab med brugeren som central aktør og censor.
9. Hvis psykiatrisk konsultation/støttemedicinering, opfølgende psykoterapeutisk, socialpsykiatrisk eller anden behandling anbefales, tilbydes brugeren dette.
10. Der følges op på udredningen i misbrugsbehandlingsprocessen i form af sagsmøder/sags-supervision, og pixibogen justeres løbende.

4.2.5 Inddragelse af pårørende i behandlingen

Et misbrug eller en afhængighed rammer hele familien, uanset om der er tale om stof- eller alkoholisbrug. For nærmeste familie til en misbruger vil misbruget over tid ofte medføre indebrændte følelser, såvel som vrede samt skyld og skam. Disse følelser kan skyldes manglende egne handlinger eller en følelse af afmagt. Det er derfor vigtigt at alle familiemedlemmer får mulighed for at få råd og vejledning i forhold til de problemstillinger, som de oplever i forbindelse med det at være pårørende til en misbruger. I den forbindelse er det vigtigt, at huske, at kommunerne ifølge serviceloven²⁷ har en skærpet handlepligt i forhold til familier med børn. Der bør derfor rettes en særlig opmærksomhed mod børn og unge, hvis forældre har et misbrug. Her kan man tage initiativ til en familiesamtale og være med til at sikre, at der tages hånd om denne pårørende-gruppe.

En række undersøgelser har vist, at der kan opnås bedre behandlingseffekt, hvis de pårørende inddrages i behandlingen. Det har en positiv indflydelse på familiens medlemmer, hvis der i familien er:

- Gode forhold til andre omsorgspersoner.
- Åben kommunikation i familien.
- En forudsigelig og struktureret hverdag.
- God kontakt til venner og lærere/pædagoger.
- Mulighed for støtte i det nære og omgivende samfund.

Derfor skal pårørende inddrages mest muligt i forløbet. Hvis misbrugeren og pårørende er enige herom, bør der ikke være hindringer af nogen art for, at pårørende tager del i det, der sker omkring misbrugeren både i den ambulante behandling og i andre behandlingstyper.

27) jf. § 153 i serviceloven

Det at være pårørende til en misbruger har to sider. Pårørende bør derfor af behandlerne opfattes som mennesker, der på en gang er ressourcepersoner i forhold til misbrugeren og mennesker, der selv har brug for information og støtte. Dette skyldes, at misbrugeren ofte er i et langvarigt forløb. I det omfang behandlingstilbuddet ikke selv kan tilbyde den nødvendige hjælp, bør der henvises til steder, hvor de pårørende kan få yderligere information og støtte. I den forbindelse kan der fx henvises til forskellige støtte- og selvhjælpsgrupper, som kan findes via internettet²⁸.

Udover at de pårørende kan få hjælp og vejledning til at bearbejde egne problemer, kan de pårørende være en støtte og en ressource for misbrugeren under hele forløbet. For nogle misbrugere kan der være tale om komplekse behandlingsforløb med kontakt til mange forskellige aktører.

I nogle af disse tilfælde vil de pårørende få rollen som koordinator mellem de mange led. Udover opgaverne med at være aktivt koordinerende, informationsøgende og støtte misbrugeren i forhold til behandlingssystemet, varetager de pårørende også lignende forpligtelser i forhold til familie og netværk.

Sundhedsstyrelsen har gennem projektet ”Børn i familier med alkoholproblemer” uddannet en række børnefamiliesagkyndige, som arbejder i kommunerne med disse problemstillinger²⁹.

Endelig kan kommunerne arbejde med pårørende (både voksne og børn) på forskellige måder. En række kommuner har, som en fast del af deres behandling, tilbud til alle familiens medlemmer om at modtage behandling. Andre kommuner har oprettet tilbud til børnene i familien, hvor de kan få hjælp. Endelig er der nogle kommuner, der har tilbud, hvor pårørende til misbrugere, der ikke ønsker at være i behandling, kan få hjælp.

Samlet set er det på mange forskellige niveauer og ved hjælp af forskellige tilbud, at de pårørende modtager hjælp. Nedenfor beskrives det, hvorledes Horsens Kommune arbejder med pårørende inddragelse på stofmisbrugsområdet.

Der afholdes kvartalsvise samarbejds møder med selvhjælpsgruppen ” pårørende til stofmisbrugere”. Formålet med dette samarbejde er dialog og information mellem gruppen og det kommunale tilbud. Møderne har til formål at pårørende får tilegnet sig viden og information, i forhold til behandlingens indhold og struktur, samt de tiltag der sker i det lokale misbrugscenter.

I den ambulante behandling inddrages pårørende i stor udstrækning. Pårørende kan henvende sig og få tilbudt en samtale, der understøtter den pårørende, samt råd og vejledning i hvordan man som pårørende håndterer at have en misbruger i familien. Såfremt misbrugeren giver samtykke til det, inddrages de pårørende, når det har relevans i behandlingsarbejdet.

Derudover afholdes pårørendekurser for de pårørende, der har familiær relation til en misbruger i døgnbehandling. Kursets indhold er målrettet viden og information til pårørende om de mekanismer, der er på spil for den misbrugende og den pårørende, samt give de pårørende konkrete redskaber til håndtering af de problematikker, der måtte være som pårørende til en misbruger. Derudover er formålet at introducere til selvhjælpsgrupper for pårørende i lokalområdet.

28) Der kan findes hjælp på fx www.hope.dk

29) <http://www.misbrugsfamilier.dk>

5. Organisering for en større sammenhæng

Der er mange involverede, når kommunerne skal løfte forpligtelserne på misbrugsområdet. Det være sig forskellige faggrupper og funktioner, forvaltningsenheder (myndighedsniveauet), leverandører af sociale tilbud og behandlingstilbud, samt kommunernes samarbejdspartnere i forskellige sektorer.

I en kompleks misbrugssag kan såvel medarbejdere i socialforvaltning, jobcenter, i sundheds-, omsorgs- og pensionsforvaltning som medarbejdere i eksterne tilbud være involveret. Dvs. socialpædagoger, socialrådgivere, misbrugsbehandlere, HK-uddannede, omsorgspersonale såsom social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, sygeplejersker, samt praktiserende læger, psykiatere i behandlingspsykiatrien m.fl.

Som beskrevet i afsnit tre er der indført frit valg i misbrugsbehandlingen. Kommunerne er ifølge lov om social service desuden forpligtede til at sørge for tilbud om behandling af stofmisbrugere. Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelse til kommunen. Fristen kan dog fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt behandlingstilbud, end det kommunen har visiteret til.

De mange involverede i sagsbehandlingen og behandlingen af misbrug, samt lovgivningen på området betyder, at det er en udfordring at organisere sagsbehandling og misbrugsbehandling, så det sikres, at borgeren får det fulde udbytte af misbrugsbehandlingen og at sagsbehandling og misbrugsbehandling er så effektiv og sammenhængende som muligt.

For at dette kan sikres er det væsentligt, at der i kommunerne er fokus på:

- Helhedsorienterede myndighedsafgørelser.
- Sammenhæng i indsatsen.
- Tidlig identifikation og indsats.

Veje til at fremme målet kan være politikker, procedurer, retningslinjer eller lignende, som for eksempel kan sikre:

- 1) At information om borgeren videresendes til en aktør i kommunen, som har handlemuligheder.
- 2) Kendskab til, hvilke regler der skal overholdes, når en medarbejder på et fagområde overgiver information til en medarbejder på et andet fagområde.
- 3) Retningslinjer for, hvordan information i det hele taget dokumenteres og gemmes.
- 4) Eventuelle mødefora hvor en indsats kan koordineres.

Værktøjer kan fx være samtykkeerklæringer, der tillader udveksling af information, koordinerende handleplaner, case-managerfunktioner, mødefora med relevante samarbejdsparter etc.

En tidlig indsats stiller desuden krav om, at der er etableret et backupsystem, hvorigennem den enkelte (front)medarbejder kan videregive oplysninger. Hvis den mulighed skal være til stede, skal der være vedtagne og let tilgængelige retningslinjer for alle medarbejdere.

5.1 Helhedsorienterede myndighedsafgørelser

En forudsætning for, at der etableres helhedsorienterede myndighedsafgørelser, er, at det overvejes, hvilken organiseringsform, der vælges til misbrugsbehandlingen (som behandlet i afsnit fire). Herefter kan de nødvendige samarbejder og redskaber, som understøtter den valgte organiseringsform etableres. I det følgende gennemgås forskellige metoder/værktøjer til at styrke

organiseringen af misbrugsbehandlingen. Det vedrører fx, når valget er faldet på at indgå samarbejde med eksterne behandlingstilbud, hvordan kommunerne kan styrke samarbejdet på tværs ved hjælp af for eksempel den sociale handleplan og hvordan der kan skabes sammenhæng mellem indsatsen på beskæftigelsesområdet og på misbrugsområdet.

5.1.1 Samarbejdsaftaler med eksterne behandlingstilbud

Vælger en kommune, at eksterne behandlingstilbud skal forestå misbrugsbehandlingen, kan kommunen med fordel indgå en samarbejdsaftale eller kontrakt med tilbuddet. Dette for at sikre, at der ligger konkrete aftaler til grund for samarbejdet om ydelsens omfang, pris, tilsyn, forpligtelse til at følge det kommunale serviceniveau, kvalitetskrav til ydelsen mv.

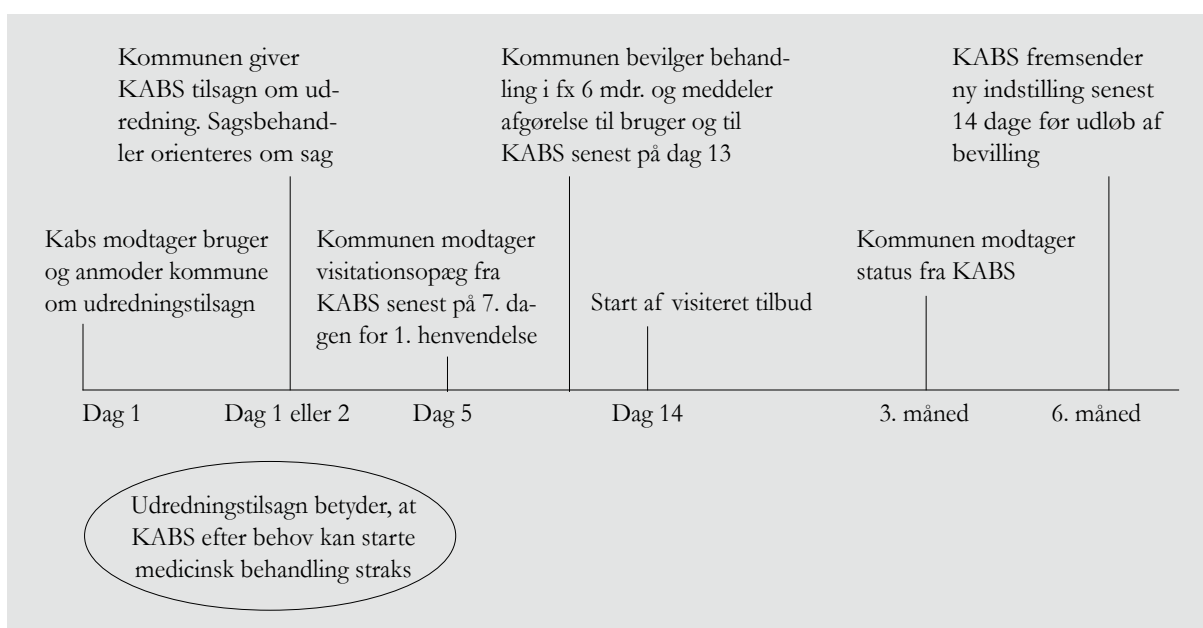
Kvalitetskrav til anvendelse af private døgnbehandlingstilbud (stofmisbrug) (uddrag)

- Misbrugscentret visiterer alene til døgntilbud, som er godkendte (SEL § 144).
- Vi benytter døgninstitutioner, hvor personalet har faglige uddannelser.
- Vi indgår aftaler med institutioner, der er villige til at indgå i et samarbejde omkring den formulerede handleplan.
- Samarbejdet med døgninstitutionerne i hver enkelt sag fastlægges i en behandlingsplan, som evalueres og justeres ved statusmøder mellem institution, Team Narko og klienten.

Kilde: Fredericia Kommune

Det anbefales, at kommunen indgår aftale med få faste samarbejdspartnere, dog uden at dette udelukker samarbejde med andre tilbud, såfremt borgeren ønsker at benytte et andet tilbud. Der kan også med fordel udarbejdes konkrete retningslinjer for samarbejdet, herunder for visitationsprocedurerne. Nedenstående eksempel på et sagsbehandlingsforløb baseret på retningslinjer for samarbejde er fra Glostrup Kommune, som siden strukturreformen har haft driftsoverenskomst med et tidligere amtsligt misbrugscenter.

Figur 1. Sagsbehandlingsforløb, eksempel fra Glostrup Kommune



Se også forskellige eksempler på samarbejdsaftaler i bilag 5 og 6.

5.1.2 Den sociale handleplan – redskab til koordination og sammenhæng

Ifølge servicelovens § 141 skal kommunalbestyrelsen ”når der ydes hjælp til personer under 65 år [...] som led i indsatsen skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde en handleplan for indsatsen [...]” Handleplanen udarbejdes af myndighedsniveauet. Den sociale handleplan er dermed det overordnede redskab til at sikre en sammenhængende handleplan i bl.a. komplekse borgerforløb. Med komplekse borgerforløb forstås, at der er flere enheder involveret i borgerens sagsbehandling og/eller, at der grundet borgerens udvikling er behov for regelmæssig revision af indsatser og mål for de samlede tilbud til borgeren.

En borger med en misbrugsproblematik møder det kommunale system forskellige steder og ikke nødvendigvis på forvaltningsniveau. Groft skitseret kan en borger med en misbrugsproblemstilling enten:

- Møde direkte i misbrugsbehandlingen for at få hjælp til at håndtere misbruget.
- Møde kommunen i jobcentret, hos pensionssagsbehandler, social sagsbehandler eller lignende for at få håndteret en anden problemstilling, men hvor misbruget viser sig.

Ansvarsfordeling v/arbejdet med koordinerede handleplaner i Horsens Kommune

Der udarbejdes lovpligtig handleplan for den enkelte person. Der anvendes en fast skabelon til udarbejdelse af handleplanen. Skabelonen stiller fx krav om, at medarbejderen redegør for ansvarsfordelingen mellem de involverede samarbejdsparter i den enkeltes sag. Behandleren er ansvarlig for at tage kontakt til relevante kommunale eller andre eksterne samarbejdspartnere efter behov.

Den enkelte behandler er ansvarlig for at følge op på de i planen indgåede aftaler. Hvis en borger modtager flere parallelle tilbud, laves der individuel aftale om, hvem der har ansvaret for hvad og hvornår. Medarbejdere er uddannet og trænet i at udrede samt anvende handleplanen som redskab til at koordinere sagsforløb. Handleplaner for den enkelte behandles på behandlerkonferencer i personalets teammøder.

Kilde: Horsens Kommune

Uanset hvor borgeren møder systemet første gang, er udfordringen netop at sikre relevant inddragelse af andre aktører, så der sker en helhedsorienteret indsats ift. borgeren. Det centrale princip er således koordination med udgangspunkt i den sociale handleplan, samt at der er en person, der har hovedansvaret for at sikre sammenhængen. Det kræver, at de rette redskaber er til stede.

Den koordinerende handleplan på socialområdet er et redskab til:

- At sikre sammenhæng.
- Visitation.
- Tilsyn.

Ovenfor gives et eksempel på, hvordan den sociale handleplan anvendes i Horsens Kommune. Se også forskellige handleplansskabeloner i bilag 3.

Handleplanens indhold

Handleplanen kan med fordel indeholde punkter som f.eks.

- Borgerdata (navn, cpr. nr., civilstand, børn).
- Kommunal sagsbehandler (tovholder).
- Indhentede sagsakter.
- Årsag til borgerens henvendelse.
- Mål og delmål for misbrugsbehandling.
- Andre mål og delmål for samarbejdet med borgeren.
- Ansvarsfordeling mellem samarbejdsparter.
- Økonomi.
- Dato for godkendelse af handleplan.
- Dato for opfølgning på handleplan.

Et andet redskab, som kan føde ind til handleplansarbejdet, er registreringskemaer, som kan anvendes i forbindelse med den udredning, der foregår, inden misbrugsbehandlingen sættes i værk, er fx ASI (Addiction Severity Index). Der kan også anvendes mere forsimplede skemaer, der skaber overblik over borgerens private forhold med spørgsmål til forsørgelsesgrundlag, beskæftigelse, civilstand, børn, boligforhold mv.

5.1.3 Tovholderfunktion/case-management

For at fremme koordineringen i et sagsforløb i komplekse sager, kan der med fordel søges inspiration i de eksisterende metoder. Om det kaldes case-management eller tovholderfunktion, er underordnet. Det vigtigste er, at der er opmærksomhed om, at der er udviklet metoder, som kan anvendes til at sikre, at der sker koordination mellem de fagpersoner, som er involveret i en borgersag, så den nødvendige specialistviden inddrages, og der er sammenhæng mellem de indsatser, der iværksættes.

Erfaringer med case-management-metoden i Solrød Kommune

Når der iværksættes en proces for en borger sigtende mod et behandlingstilbud, etableres der et koordineringsteam inspireret af case-management-metoden. Teamet kan være meget snævert sammensat og består altid af den sociale sagsbehandler (som har kompetencen) og misbrugs-/alkoholkonsulenten. Oftest indgår familierådgiver, jobkonsulent, SKP eller andre relevante fagpersoner i teamet.

Teamet aftaler den indbyrdes opgavefordeling i forhold til handleplanen (jf. SEL § 141), og udpeger en tovholder der er ansvarlig for det næste forløb i processen. Tovholderen kan være hvem som helst i teamet, kan skifte i løbet af behandlingsprocessen, og kan typisk være jobkonsulenten i efterværnsperioden.

Tovholderens opgave er, at sørge for at planen bliver fulgt og fulgt op, og indkalde teamet hvis den oprindelige plan skal justeres, eller tilføjes andre elementer. Der aftales regelmæssige møder i teamet.

Kilde: Solrød Kommune

Nogle gange mødes misbrugeren første gang i jobcentret, når han/hun indkaldes med henblik på aktivering. Andre gange tages beskæftigelsesdelen op som led i misbrugsbehandlingen. Når borgeren mødes første gang i jobcentret, kan der vælges forskellige tilgange til at koordinere indsatsen/sikre sammenhæng i indsatsen overfor borgeren.

5.1.4 Misbrugsfaglig ekspertise er til rådighed for jobcenter

Hvis borgerens misbrug identificeres i jobcenterregi, kan det vise sig hensigtsmæssigt at finde løsninger, så misbrugsproblemstillingen kan adresseres i jobcentret. Det kan for eksempel ske ved, at en eller flere medarbejdere i jobcentret opkvalificeres/efteruddannes til at kunne gøre en særlig indsats for at skabe integrerede misbrugsbehandlings- og beskæftigelsesforløb, eller ved at misbrugsekspertise fra andre enheder tilknyttes jobcentret, fx på konsulentbasis.

Ansættelse af misbrugskonsulenter og projekt A-Stop & Job

I Jobexpres, som er en enhed i Jobcenter Høje-Taastrup, er der for nylig blevet ansat 2 misbrugskonsulenter (1 fuldtidsnormering), som arbejder med borgere med alkoholproblemer og problemer relateret til misbruget. Formålet er at støtte borgerne, så de kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Misbrugskonsulenterne arbejder med projekt A-Stop & Job, der er et forsøgsprojekt, som er etableret i et samarbejde mellem social- og handicapcentret, jobcentret og det behandlingstilbud, som kommunen har driftsoverenskomst med om alkoholbehandling.

Projekt A-Stop & Job er et 12 ugers kombineret alkoholbehandlings- og jobformidlingsforløb til en afgrænset gruppe borgere, som social- og handicapcentret har givet jobcentrets misbrugskonsulenter mandat til at visitere til forløbet. Mens borgeren er i forløbet følges han/hun af misbrugskonsulenten, som hjælper med at fastholde borgeren i behandling, finde relevante virksomheder og mentorer for borgerne, hjælpe borgerne i virksomhedspraktik. Borgeren kan også få hjælp ifm. ad hoc problemstillinger, der opstår i kontakten til det øvrige kommunale system, med evt. psykiske problemer samt praktiske opgaver omkring betaling af regninger etc.

Misbrugskonsulenterne er finansieret med puljemidler fra det lokale beskæftigelsesråd. Der er ikke fundet varig finansiering af ordningen.

Kilde: Statusmateriale fra Jobcenter Høje-Taastrup, Jobexpres, oktober 2008

5.1.5 Oprettelse af beskæftigelsesprojekter i regi af misbrugsbehandlingen

Flere kommuner etablerer beskæftigelsesprojekter i regi af misbrugsbehandlingen. Fordelene herved er, at der kan etableres tilbud, som tager hånd om nogle af de problemstillinger, som er karakteristiske for de målgrupper, der har en misbrugshistorik. Såfremt der etableres beskæftigelsesprojekter i regi af misbrugsbehandlingen, bør det sikres, at der er kobling til jobcenter/arbejdsmarkedsforvaltning.

Ude af misbrug – ind på arbejdsmarkedet

I Fredericia er der etableret et projekt, som skal hjælpe tidligere misbrugere ind på arbejdsmarkedet i støttet eller ordinær beskæftigelse og hjælpe dem til at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet. Målgruppen for projektet er tidligere alkohol- og stofmisbrugere, som har behov for ekstra støtte til at komme i arbejde og til at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Med tidligere misbruger forstås, at projektdeltageren igennem en længere periode har gennemgået et behandlingsforløb for sit misbrug og nu seriøst er i gang med at (re-)etablere et almindeligt liv med bolig, kæreste, orden i økonomien, uddannelse og arbejde mv.

Deltagelse i projektet omfatter, at hver projektdeltager får udformet en jobplan, bliver del af en jobklub og tilknyttes en mentor.

Kilde: Fredericia Kommune

5.1.6 Kobling af beskæftigelsesaspektet til den sociale handleplan

Hvis der er tale om en borger, som samtidig har en misbrugsproblematik og en beskæftigelsesproblematik, kan sagsbehandling ift. borgerens beskæftigelse med fordel kobles til udarbejdelsen af borgerens handleplan efter servicelovens § 141.

Inddragelse af jobkonsulent i borgerens behandlingsforløb

Som regel bliver jobkonsulenten adviseret tidligt i forløbet, og hvis det vurderes hensigtsmæssigt, bliver der afholdt samtaler med borgeren om dennes beskæftigelse, således, at jobplanen som udgangspunkt er lagt, inden borgeren er færdig med sin misbrugsbehandling.

Afhængig af forløb og intensitet i jobplacering/uddannelsesplan, bliver jobkonsulenten gradvist en mere central aktør (case-manager) i processen, da han/hun oftest er den, der har mest kontakt i denne fase, men fortsat i tæt samspil med misbrugs/alkoholkonsulent og jobrådgiver, og jobkonsulent er ofte den der taget initiativ til opfølgingsmøder mv.

Kilde: Solrød Kommune

5.2 Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer

En borger i misbrugsbehandling er ofte bruger af indsatser i forskellige sektorer. Kommunerne kan med fordel understøtte, at samarbejdspartner som de praktiserende læger, behandlingspsykiatri og somatisk sygehus tager relevant kontakt til kommunen, når en patient har behov for kommunale tiltag med det formål at styrke koordinering og sammenhæng. Kommunerne kan gøre dette på samarbejds møder eller formelt ved, at der indgås aftaler, som indskrives i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner.

30) Denne model giver en særlig udfordring i forhold til de borgere, som har en afhængighedsproblematik, men som ikke i øvrigt er i kontakt med det sociale system. Dette fordi det - som behandlet i afsnit fire - stiller krav om, at misbrugsbehandlingen er synlig og let tilgængelig.

5.2.1 Samarbejde med psykiatrisk sygehus og distriktspsykiatri

Mange misbrugere har samtidig med deres misbrug en psykologisk eller psykiatrisk problemstilling, som komplicerer behandlingsforløbet³¹. Der er ofte tale om borgere med en ikke-diagnosticeret problemstilling, som den almindelige misbrugsbehandling ikke tager vare på. Enkelte kommuner har i dag ansat psykologer, som kan foretage screening for sådanne problemstillinger. Det kan bidrage til, at misbrugsbehandlingen får den fornødne effekt, fordi der dermed samtidig tages højde for den psykologiske/psykiatriske problemstilling og misbrugsproblemet.

For så vidt angår den tungeste gruppe af borgere med både misbrug og en psykiatrisk problemstilling er der en række organisatoriske udfordringer. Det skyldes, at psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling er fordelt på to forskellige myndigheder; regionerne og kommunerne. Hvis ikke dette samarbejde fungerer, betyder det, at misbrugeren falder mellem to stole. Det er derfor nødvendigt med en meget tæt koordinering og opfølgning for at sikre en helhedsorienteret indsats. Formelle fora for og aftaler om løsning af konkrete problemstillinger kan med fordel benyttes, uanset om der er tale om en intern eller ekstern partner. Med sundhedsaftalerne er der givet et redskab til koordinering af indsatsen.

Eksempel på indhold af sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – i overskrifter

- Henvielse/akut modtagelse.
- Udredning.
- Visitering.
- Ansvar.
- Færdigbehandling/udskrivelse.
- Periferiydelser.

Kilde: Region Syddanmark

I nogle kommuner er der ansat eller tilknyttet psykiatere på konsulentbasis for at sikre, at der sker den nødvendige udredning og behandling af de psykiske problemstillinger.

Vista Balboa - integreret tilbud til borgere med svære sindslidelser og misbrug

Vista Balboa er et trinvis intensivt integreret tilbud til borgere med svære sindslidelser og et misbrug. Vista Balboa består af et opsøgende team, værested og opgangsfællesskab for mennesker med sindslidelser og misbrugsproblemer. Målsætningen for Vista Balboa er at hjælpe borgere i Odense Kommune med samtidig svær sindslidelse og misbrug til at blive mere selvhjulpne og få en bedre livskvalitet. Vista Balboa blev etableret i Odense Kommune i 2001 motiveret af en opfattelse af, at hverken de psykiatriske afdelinger eller misbrugsbehandlingsinstitutionerne var i stand til at håndtere denne svært behandlelige gruppe. Størstedelen af disse yderst svage og sårbare personer modtog derfor tidligere stort set ikke en hjælp, som de kunne profitere af. De konkrete ydelser er socialpædagogisk støtte, psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling.

Kilde: Odense Kommune

Såfremt en sådan løsning vælges, er det KL's opfattelse, at det er centralt, at der sikres den nødvendige regionale medfinansiering, som er muliggjort af sundhedslovens § 239.

31) Amtsrådsforeningen 2005, Guldager S. 2006 samt Nielsen P. 2007

5.2.2 Samarbejde med somatisk sygehus

Koblingen mellem de sociale indsatser og somatiske indsatser i regi af hospitalssektoren er traditionelt en udfordring. Ligesom det gør sig gældende for samarbejdet mellem kommuner og behandlingspsykiatri, kan aftaler om samarbejdet mellem kommuner og somatisk sygehus med fordel indskrives i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner. Sundhedsaftalerne kan dermed benyttes som løftestang for et bedre koordineret samarbejde om borgeren. Et eksempel på en aftale, som kunne indskrives i sundhedsaftalerne er, at der ved mistanke om alkoholafhængighed hos borgere, som ikke er i misbrugsbehandling, sker screening under indlæggelsen på somatisk sygehus.

Indsatsen ift. de borgere, som er mest belastede, og som gennemgår intensive behandlingsforløb, kan understøttes af en ekstra social (kommunal) indsats, hvorved borgeren som en del af det samlede misbrugsbehandlingsforløb modtager social støtte til mødet med somatisk sygehus. Dette kan medvirke til, at aftaler overholdes, at der er socialpædagogisk støtte til borgeren til at understøtte kommunikationen med sygehuset mv.

Sundhedsprojekt i Rusmiddelcenter Odense

Odense kommune gennemfører fra 2007-2009 et puljefinansieret projekt målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Et af formålene med projektet er, at den overordnede indsats vil højne målgruppens sundhedsniveau, og at der er en positiv effekt i samarbejdet mellem stofafhængige og det etablerede sundhedssystem. Som led i projektet leveres følgende ydelser relateret til sundhedssystemet og/eller andre offentlige instanser:

- At være brugernes talskvinder i kontakten med sundhedssystemet.
- At have en koordinerende funktion i henhold til behandling hos fx egen læge eller sygehus.
- Telefonisk kontakt med læger, sygeplejersker og sekretærer med henblik på at aftale tid, aflyse tid, opfølgning på iværksat behandling, forskellige forespørgsler og generel vidensdeling.
- At henvise og/eller visitere til støtte-kontaktpersoner eller sagsbehandlere i kommunen ved problemstillinger, der vedrører fx pension eller boligsituation.
- At være sparringspartner for personaler i det etablerede sundhedssystem i forhold til viden om stofafhængige.

Kilde: Odense Kommune

5.2.3 Samarbejde med Kriminalforsorgen

Når der er sammenfald mellem misbrug og kriminalitet, er der behov for et tæt samarbejde mellem Kriminalforsorgen og kommunen. Et konkret samarbejde mellem Kriminalforsorgen og en kommune vil typisk blive iværksat op til en løsladelse. Når kommunen bliver kontaktet i sager, hvor en indsat med et misbrug står overfor løsladelse, vil der blive arrangeret møder mellem relevante parter, så der bliver lagt planer for behandling eller efterbehandling og udarbejdet en social handleplan ift. bolig, job, forsørgelsesgrundlag mv. Dette vil typisk ske i kombination med vilkår for prøveløsladelse, og ofte i forlængelse af afsoning på behandlings eller kontraktafdeling.

I overensstemmelse med lovgivningen skal der også ske et tæt samarbejde mellem Kriminalforsorgen og de sociale myndigheder om personer, som er under Kriminalforsorgens tilsyn. Der er tale om personer, der enten er under prøveløsladelse, har betingede domme, alkoholbetingede domme, ungdomskontrakter, fodlænkeordning eller frivilligt tilsyn. Her kan der fx aftales kvartalsvise møder, hvor misbrugskonsulent, alkoholkonsulent, ungekonsulent eller lignende gennemgår og følger op på de sager, hvor der optræder misbrug. Derudover skal der også ske opfølgning ifm. ad hoc-henvendelser ved nye sager med misbrug, så der udarbejdes en social handleplan.

En gruppe, for hvem en tværsektoriel indsats er særligt nødvendig, er de misbrugere, som foruden deres misbrug har en sindslidelse og et kriminelt adfærdsmønster.

Projekt god løsladelse

Den 1. januar 2006 startede Kriminalforsorgen sammen med Arbejdsmarkedsstyrelsen (Beskæftigelsesministeriet) og Velfærdsministeriet et nyt projekt om bedre sagsbehandling i forbindelse med løsladelse af en indsat fra fængslerne. Projektet ledes af Servicestyrelsen.

Projektet går ud på at styrke samarbejdet mellem Kriminalforsorgen, sociale myndigheder, arbejdsmarkedets parter og andre relevante aktører i forbindelse med udslusning af indsatte.

Formålet er at strukturere et samarbejde, der støtter op om klienters overgang fra fængsel til frihed. I projektet er der fokus på, at sagsbehandlingen ved løsladelse inkluderer såvel et socialt som et arbejdsmarkedsperspektiv i bestræbelserne på at forebygge tilbagefald til kriminalitet.

Projektet, som består af tre konkrete udviklingsprojekter, forventes afsluttet i 2008. Hvert enkelt udviklingsprojekt er koblet til et fængsel. Herudover deltager Kriminalforsorgen i Frihed, aktører fra arbejdsmarkedsområdet, de sociale myndigheder samt andre relevante instanser såsom misbrugscentre. Projektet forventes at munde ud i et katalog af anbefalinger til den gode løsladelse.

Kilde: Kriminalforsorgen m.fl.

Et eksempel på en samarbejdsmodel målrettet denne problemstilling er PSP, som er et samarbejdsforum for politi, socialforvaltning og psykiatri. Samarbejdsmodellen blev udviklet på Frederiksberg i et samarbejde mellem politi, behandlingspsykiatri og socialforvaltning, og har vist sig at være en god model til at fremme en tidlig indsats overfor udsatte grupper.

PSP-samarbejdet

PSP-samarbejdet er en model for et formaliseret tværsektorielt samarbejde mellem de tre sektorer: Politi, socialforvaltning og psykiatri. PSP-samarbejdet blev igangsat for at skabe handlingsmuligheder, der kan forebygge social udstødelse af mennesker med psykiske sygdomme og/eller sociale problemer og have fokus på at forebygge, at psykisk syge begår kriminalitet.

Erfaringer viser, at PSP-samarbejdet kan bidrage til at smidiggøre samarbejdet sektorer imellem og fremme, at borgere med misbrugsproblemer, psykiske lidelser eller andre former for sociale problemer, får den støtte, de har behov for.

Samarbejdsmodellen er udviklet på Frederiksberg og bliver nu også implementeret andre steder i landet.

Samarbejdet er i Frederiksberg organiseret med en styregruppe og en operativgruppe med repræsentanter for de respektive sektorer. Operativgruppen mødes hver måned, hvor parterne drøfter konkrete borgersager, udveksler erfaringer med de arbejdsmetoder, de hver især benytter i arbejdet med borgerne, og afsøger handlemuligheder for at sikre, at borgerne modtager de relevante tilbud.

Kilde: PSP - samarbejdet i Frederiksberg Kommune. Politi – Socialforvaltning – Psykiatri. Et sektorarbejde, Frederiksberg Kommune 2008

Alternativt eller som tillæg hertil kan samarbejdsaftaler mellem politi og kommune sikre, at der er aftalte procedurer, så der ikke opstår tvivl om forløb.

Samarbejdsaftale mellem Fredericia Politi og Fredericia Misbrugscenter (uddrag)

Vores fælles mål er, at samarbejdet skal foregå godt og ordentligt for begge parter. Værdierne i samarbejdet mellem Fredericia Politi og Fredericia Misbrugscenter indeholder gensidig respekt og høj grad af samarbejdsvilje og troværdighed med respekt for hinandens arbejdsområder og opgaver.

Akutte tilfælde:

I de tilfælde, hvor der foreligger akutte situationer eller en anholdelsesbeslutning, fx hvis vedkommende skal møde i retten samme dag, og det ikke har været muligt at finde pågældende andre steder, da retter vagthavende ved politiet henvendelse til Misbrugscentret.

Herfra formidles besked til personalet i Misbrugscentret. Personalet sørger for, at vagthavende får besked, når pågældende indfinder sig, evt. via den faglige leder i Misbrugscentret eller en anden kontaktperson.

Kilde: Fredericia Kommune

5.2.4 Samarbejde med de praktiserende læger

De praktiserende læger yder kort rådgivning ved lettere tilfælde af alkoholmisbrug og screening for overdrevent alkoholforbrug. Desuden yderligere rådgivning og medicinsk behandling for stofmisbrug.

I forhold til de sværere tilfælde af alkohol- og stofmisbrug er det væsentligt, at kommunerne arbejder for, at der er god dialog med og information til de praktiserende læger, så den praktiserende læge har den nødvendige information til at kunne henvise til misbrugsbehandling og yde rådgivning og henvisning, også til ift. de kommunale tilbud, der er til pårørende til misbrugere. Dette ved at gøre tiltag for at opbygge et samarbejde med de praktiserende læger.

En måde at skabe et sådan samarbejde på er ved at afholde samarbejds møder mellem forvaltningen/behandlingssystemet og de praktiserende læger. En anden måde er, at det sikres, at der er skriftligt materiale om de kommunale behandlingstilbud til rådighed for de praktiserende læger og dermed lægens patienter.

Tiltag i Solrød Kommune

Solrød kommune har ansat en praksiskonsulent, som skal være brobygger mellem Job- og Soci-centret og de praktiserende læger. Desuden er det aftalt at afholde en række halvårslige ufor-melle fællesmøder mellem misbrugs-konsulent, alkoholkonsulent, læger og klinikassistenter i kommunens tre lægehuse med følgende dagsorden:

- Orientering om den kommunale indsats på misbrugsområdet.
- Aftaler om enkle kommunikationsveje og kontaktpersoner.
- Afklaring af eventuelle barrierer for samarbejdet mellem kommune og læger, herunder anonymitet, samtykke, tavshedspligt mv.
- Forslag til samarbejdsområder.

Kilde: Solrød Kommune

Når det er særligt vigtigt, at kommunerne klæder de praktiserende læger på ift., hvilke kommunale tilbud, der er, skyldes det blandt andet, at alkoholbehandling som bekendt skal tilbydes anonymt, når borgeren ønsker det. Det betyder, at kommunen ikke har mulighed for at følge op på borgeren og undersøge, om den valgte tilgang virker og om der er andre behov, der skal afdækkes, med mindre borgeren har underskrevet en samtykkeerklæring, som tillader udveksling af oplysninger (jf. forvaltningsloven og lov om patienters retsstilling).

Sundhedsprofil i Egedal Kommune

Ifølge Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed "Sundhedsprofil for regioner og kommuner 2008", er der i Egedal Kommune 6.700 borgere med et risikabelt alkoholforbrug. Af dem ønsker 2000 borgere (ca. 5% af kommunens borgere) at ændre sundhedsadfærd.

I 2007 havde Egedal Kommune kendskab til 59 borgere, som var i alkoholbehandling. Det udgør 3% af de borgere, som har et ønske/behov for behandling. De privatpraktiserende læger i kommunen vurderer, at de hver har 3-5 borgere i behandling for alkoholmisbrug hos egen læge. Det giver et samlet antal på 72-120 borgere i Egedal kommune, som via egen læge får behandling for deres alkoholmisbrug, ofte i form af antabusbehandling.

Kilde: Egedal Kommune

5.3 Tidlig identifikation og indsats

Kommunale medarbejdere møder potentielle og aktive alkohol- og stofmisbrugere i mange sammenhænge; i sundhedsplejen, hvis en nybagt forælder har et misbrugsproblem, i daginstitutionen eller skolen, når forælderen henter og bringer sit barn, under behandlingen af ansøgning om sygedagpenge, i hjemmeplejen eller i pensionscentret, hvis borgerens forsørgelsesgrundlag er pension. Det betyder, at borgeren kan mødes af mange forskellige forvaltninger og udførere.

Flere kommuner arbejder med alkoholpolitiske handleplaner, som typisk indeholder elementer som

- Opkvalificering af professionelle ifht. viden om børn i familier med misbrugsproblemer.
- Vidensdeling og rådgivning, for eksempel med udgående rådgivning fra medarbejdere med ansvar for misbrugsområdet på forvaltningsniveau.
- Handlev vejledninger i den pædagogiske sektor, den sociale sektor og samarbejde med behandlingssektoren, så frontmedarbejdere kender deres handlemuligheder, når de identificerer en problemstilling.
- Rusmiddelpolitikker i institutioner og skoler.
- Ansættelse af børne- og familiesagkyndig³².

En meget vigtig opgave er imidlertid også at klæde normalsystemets medarbejdere på til at identificere og håndtere problemstillinger om misbrug. Det betyder, at viden om misbrug bør mainstreames ind i praksis ved, at det sikres, at frontpersonalet har opmærksomhed på problemstillinger vedrørende misbrug, og har et basalt kendskab til handlemuligheder.

5.3.1 Målgrupper for misbrugsindsatsen

Problemstillingerne forbundet med den kommunale forpligtelse til behandling af misbrugere er mangefacetterede. Nogle udfordringer følger af særlige karakteristika ved organisationen, andre afhænger af den enkelte borgers karakteristika og problemstillinger.

Der kan opereres med følgende overordnede målgrupper for misbrugsindsatsen:

- Borgere med alkoholproblemer.
- Borgere med stofmisbrugsproblemer, herunder hashproblemer, samt borgere i medicinsk behandling (metadon mv.).
- Borgere med dobbeltdiagnose (misbrug og psykiatrisk lidelse).
- Unge under 18 år med misbrug.
- Gravide og familier med børn.
- Pårørende til misbrugere..

Det er vigtigt at differentiere misbrugsproblemets karakter og belastningsgrad i forhold til den enkelte borger, da tilbuddene skal kunne matche alle forskellige grader af misbrugsintensitet og karakteristika.

I det følgende sættes fokus på to grupper, for hvem en tidlig identifikation og indsats er særlig afgørende: De unge under 18 år med misbrug, samt gravide og familier med børn.

5.3.2 Unge under 18 år med misbrug

Det er vanskeligt at opgøre det præcise antal unge med misbrug i Danmark.

Unge, der har et stort forbrug af typisk alkohol, hash eller euforiserende stoffer, vil være kendetegnet ved, at de har sociale og/eller familiemæssige problemer. Nogle har også et eskalerende forbrug, men det vil typisk være de sociale problemer, der fylder.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at misbrug blandt unge kan:

- Medføre forøget risiko for et problemforbrug af alkohol som voksen.
- Medføre risiko for en række umiddelbare skader: Forgiftninger, ulykker, dårlig trivsel, dårlige skolepræstationer mv.
- Fungere som en problemløsningsmodel, der kan videreføres i voksenlivet.

To aspekter er særligt interessante, når der ses på organisering af behandlingstilbud til unge misbrugere. For det første behandlingstilbuddenes samarbejder med andre aktører, for det andet hvordan borgerne kan nås i et samarbejde mellem aktører³³.

Indsatser til opøgning og behandling af unge med misbrug kan være:

- Tidlig indsats i relation til ungdomsuddannelserne.
- Kurser af relevans for lærere, skoleledere og studievejledere på ungdomsuddannelserne.³⁴
- Netværk for unge misbrugere.

Flere kommuner har initieret behandlingstilbud i eget regi med tilbud målrettet såvel børn og unge som deres forældre og de professionelle, som omgiver dem.

32) Kilde: http://www.hillerod.dk/ForBorgere/Familie_Boern/Raadgivning_vejledning/BFM_projektet.aspx, m.fl.

33) "Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer", Vind, Leif og Finke, Katrine, Center for Rusmiddelforskning, 2004, p. 71

Pantheon – Brøndby Kommunes tilbud til unge i alderen fra 13 til 25 år

Brøndby kommune har pr. 01.01.09 åbnet eget misbrugsbehandlingstilbud (Pantheon) for unge mellem 13 og 25 år. Pantheon tilbyder følgende behandlingsydelse:

- Individuel samtalebehandling. Ydelsen henvender sig til hele målgruppen og tager sit udgangspunkt i den unges historie. Det betyder, at det er den unge, der definerer egne problemer (for de yngste ofte med hjælp fra behandleren) og derfor bestemmer, hvad samtalerne omhandler.
- Aftengruppebehandling. Ydelsen henvender sig til unge, der er i stand til at reflektere over eget liv og derfor kan profitere af et gruppeforløb. Der oprettes 2 grupper om året, som fra gruppens start er lukkede. Gruppen mødes en gang om ugen i 3 måneder. De unge er sammen med behandlerne med til at planlægge temaerne i gruppeforløbet.
- Forældrekursus. Ydelsen henvender sig til forældre til unge med en misbrugsproblematik. Der oprettes to grupper om året, gruppen mødes hver anden uge i et forløb på 4 gange. Formålet med gruppen er at give forældrene indblik i ungdomskulturen og de forskellige stoffer, som de unge bruger. Denne viden skal gennem gruppeforløbet give forældrene nye værktøjer til en forbedret kommunikation med deres unge.
- Foretags/oplysningsmøder. Ydelsen tilbydes til alle interesserede i Brøndby Kommune. Den henvender sig både til de unge, fx folkeskoleklasser og kommunes ungehus, samt til lærere, pædagoger og sagsbehandlere. Oplæg/foredrag er målrettet de målgrupper, der efterspørger denne ydelse.
- Kollegial sparring/coaching/supervision. Ydelsen tilbydes professionelle, der arbejder med unge med misbrugsproblemer.
- Professionel hjælp til ansatte. Ansatte i kommunen kan henvende sig for at søge professionel hjælp til, hvordan de bedst muligt tackler konkrete unge eller grupperinger, der har problemer med hash eller andre stoffer.
- Åben anonym rådgivning. Pantheons rådgivning har åbent hver torsdag i tidsrummet 15.00 – 19.00. Her kan unge, forældre, pårørende og professionelle søge råd og vejledning. Rådgivningen kan iværksætte forløb, hvor den unge/forældre/pårørende kan modtage op til 3 anonyme samtaler. Herefter tages der fælles stilling til, om den unge skal tilbydes et behandlingsforløb.

Kilde: Brøndby Kommune

Uddannelse og rådgivning af forældre og lærere er en vigtig forudsætning for, at der handles og skabes sammenhæng i indsatsen overfor børn og unge, der har et stort forbrug af alkohol, hash og/eller euforiserende stoffer.

Tilbud til unge i Slagelse Kommune

Perron3 er et bredt tilbud til unge med rusmiddelproblematikker. Udover individuel coaching og dagbehandling, rådgiver og underviser Perron3's faglige team forældre og professionelle.

Tilbuddets speciale er rusmidler og afhængighed. Fokus er på relationerne og de eksistentielle livstemaer, der udspiller sig i de unges liv.

Når medarbejderne i Perron3 underviser og rådgiver forældre og professionelle, lægger de vægt på at:

- Den unge ofte tager et rusmiddel ind i sit liv som løsning på noget, der ikke fungerer, og at det derefter ofte bliver det eneste omgivelserne fokuserer på.
- Forældre og professionelle bør have fokus på den adfærd, de ser, og bør forholde sig undrenede og nysgerrigt til det. Ikke at gætte på en løsning eller en årsag, men via spørgsmål få den unge til at søge egne erfaringer og beslutninger.

Kilde: Slagelse Kommune

Derudover kan formaliserede samarbejdsaftaler mellem interne organisatoriske enheder i en kommune medvirke til, at der er ensartede procedurer for samarbejde, når en borger har flere problemstillinger, som skal samtænkes.

Sådanne samarbejdsaftaler kan for eksempel rumme principper og procedurer for samarbejde og samtidig formidle viden om interne procedurer hos den ene eller begge samarbejdsparter.

Samarbejdsprocedurer i Frederiksberg Kommune, når en ung har et misbrug

Når det vurderes, at FKRC's tilbud ikke er tilstrækkeligt i forhold til den unges eller familiens behov, involveres Familieafdelingen i sagen. Familieafdelingen involveres altid, hvis det vurderes, at den unge kan have behov for hjælp (jf. SEL § 40) eller i forbindelse med FKRC's skærpede underretningspligt.

FKRC's behandler orienterer Familieafdelingens sagsbehandler om sagen, og der aftales en dato for et møde, hvor den unge, familien, sagsbehandler og FKRCs behandler deltager. Der fremsendes forløbsbeskrivelse til Familieafdelingens sagsbehandler vedr. det hidtidige forløb. Det er FKRC, der indkalder til mødet. FKRC's behandler er mødeleder og ansvarlig for, at der udarbejdes et referat af mødet. Så vidt det er muligt, tilrettelægges en behandlingsplan, der indgår som en del af handleplanen, som familieafdelingens sagsbehandler efterfølgende udarbejder med den unge, familien og FKRC.

Kilde: Samarbejdsaftale mellem FKRC og Familieafdelingen vedrørende unge under 18 år, der har behov for rådgivning eller behandling i relation til misbrug (uddrag)

5.3.3 Gravide og familier med børn

Det anslås, at ca. 60.000 børn i Danmark har en forælder, der har været indlagt på somatisk eller psykiatrisk afdeling med en alkoholrelateret lidelse³⁵. Hertil skal lægges børn af stofmisbrugere. Kvindelige stofmisbrugere vurderes at få næsten lige så mange børn, som den almindelige befolkning³⁶.

Børn af forældre med et alkoholmisbrug har en større risiko end andre børn for at få psykiske, sociale eller adfærdsmæssige problemer³⁷. Hvis forældrene imidlertid ikke er i kontakt med socialsystemet, er det ikke sikkert, at de sociale myndigheder er bekendt med, hvilke forhold børnene lever under. Derfor bliver frontpersonalet i daginstitutioner, skoler og fritidsordninger vigtige ift. at identificere og handle overfor denne gruppe af børn. Frontpersonalet kan med fordel klædes på til at udnytte de muligheder, som følger af den daglige omgang med børn og deres forældre, således at håndteringen af misbrug bliver en del af det pædagogiske arbejde og forældresamarbejdet. Der kan endvidere etableres tværfaglige samarbejdsfora med fagpersonale med misbrugskompetencer, så der kontinuerligt sker udveksling af erfaringer og viden om håndtering af misbrug.

35) Christoffersen, Mogens, SFI, 1999 og Den offentlige indsats på alkoholområdet, (Kornum-rapporten), Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Amtsrådsforeningen, 2002, p. 81

36) "Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990 – 2001", Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg, 2004, p. 23

37) <http://www.vfcudsatte.dk/page496.asp>

Samtidig kan der være behov for specifikke indsatser ift. at forebygge misbrug eller fremme en tidlig indsats. Der er i flere kommuner fokus på børn af misbrugere med flerstrengede handleplaner eller programmer. Hertil skal lægges indsatser i regi af misbrugsbehandlingen, som kortlagt i projekt Børn i alkoholfamilier.

Ideer til indsatser for børn i misbrugsfamilier.

(Afspejler både nuværende praksis og nye forslag)

- Alkoholpolitikker på kommunens skoler og daginstitutioner.
- Børne- og netværksgrupper til børn i misbrugsfamilier.
- Børne-familiekonsulenter med viden om alkoholproblematikker, som kan inddrages ad hoc i skoler og daginstitutioner.
- Dagplejerpædagog med specialviden om børn i misbrugsfamilier.
- Etablering af hus/tilbud til kvinder med misbrugsproblemer, som lever alene. Tilbuddet skal være et weekendtilbud/ferietilbud, hvor kvinderne kan få passet deres børn, når de får trang til at drikke. Det er ofte i weekender og ferier at børn kommer i klemme pga. forældrenes misbrug.
- Ung-Ung grupper (unge som er opvokset i misbrugsfamilier – ”Unge skaber Håb”).
- Information til politi om svigtede børns vilkår (relevant i forbindelse med husspektakler).
- Særlig indsats i forhold til gravide misbrugere.

Kilde: Aalborg Kommune

Udover indsatser som politikker, særlige netværksgrupper, undervisning af frontpersonale mv., kan der med fordel ske formalisering af samarbejdet på tværs gennem egentlige samarbejdsaftaler, der gør det klart, hvem der har ansvar for hvad.

Fredericia Kommune - samarbejdsaftale, når en forælder har et misbrug

Når Misbrugscentret bliver vidende om, at en forælder er i et misbrug, skal der laves en underretning til Familieafdelingen i henhold til Lov om Social Service § 50.

Der kan aftales urinprøvetagning 2 gange ugentligt i Misbrugscentret – tirsdag og fredag fra kl. 09.00 – 10.00.

Såfremt Familieafdelingen bliver vidende om et misbrug (akut) skal det individuelt vurdere, om der skal aflægges urinprøve op til samvær.

Formålet med urinprøve inden samvær er en vurdering af misbrugets omfang samt en socialfaglig vurdering af fremtidigt samvær mellem børn og forældre.

Misbrugscentret fremsender besked til familierådgiver/sagsbehandler omkring indskrivning og udskrivning i Misbrugscentret.

Misbrugscentret vil hver 3. måned sende en statusbeskrivelse til familierådgiveren/sagsbehandleren vedr. aktuelle status på borgeren.

Kilde: Fredericia Misbrugscenter

Er misbruget allerede identificeret under graviditeten, kan der sættes ind med behandlingsinitiativer, som gennemføres i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, fx med udgangspunkt i familieambulatoriemodellen, som er udviklet til at bøde op for de alvorlige følger af misbrug under graviditet. Familieambulatoriemodellen er udviklet på Hvidovre Hospital, og der er i 2008 med satspuljeaftalen desuden afsat ressourcer til at udvide modellen.

Familieambulatoriets behandlingstilbud

Familieambulatoriets behandlingstilbud strækker sig over et langt forløb, fra graviditeten er konstateret og frem til barnets skolealder. Så længe familien er indskrevet i Familieambulatoriet, er familien tilknyttet et fast tværfagligt team, som har behandlingsansvaret i tæt samarbejde med den primære social- og sundhedsforvaltning.

Kilde: Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel, Sundhedsstyrelsen 2005.

Resultaterne af familieambulatoriets interventionsmodel er ifølge Sundhedsstyrelsen bl.a. at gravide kommer tidligere i behandling, at børnenes tilstand ved fødslen er forbedret, at antallet af abstinensbørn falder m.fl.³⁸. For mere information om indsatsen overfor gravide med misbrug se fx ”Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i Danmark ” (Sundhedsstyrelsen 2007) og ”Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer” (Sundhedsstyrelsen 2005).

38) Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel, Sundhedsstyrelsen 2005, p. 111

Bilag

Bilag 1: Eksempel på en klagevejledning, Glostrup Kommune

KLAGEVEJLEDNING

Du har mulighed for at klage over både den **socialfaglige behandling** og den **sundhedsfaglige behandling** – som du tilbydes eller modtager efter afgørelse i Glostrup Kommune.

Klage over den sociale behandling for stofmisbrug

En klage over en afgørelse om det sociale behandlingstilbud skal altid afleveres til kommunen. Skriftligt eller mundtligt.

Din klage kan fx dreje sig om afslag på at komme i behandling, klage over at få tilbudt en anden behandling end den, du har søgt - eller klage over ikke at få tilbudt opstart i behandling senest 14 dage efter, du bad om hjælp. Du kan også klage over afslag på at kunne vælge et andet behandlingstilbud, af samme art, som det du er tilbudt (frit valg). Eller du kan klage over sagsbehandlingen, fx afslag om aktindsigt eller ikke at være blevet inddraget i sagens fremstilling eller tilrettelæggelse.

Klager skal indgives indenfor 4 uger fra du har modtaget afgørelsen. Der er dog ingen tidsfrist for klager om aktindsigt.

Klager skal indgives eller sendes til **Social Service, Glostrup Kommune, Rådhusparken 2, 2600 Glostrup.**

Glostrup Kommune har fire uger til at behandle din klage. Hvis du får medhold i klagen får du direkte besked om den ændrede afgørelse. Fastholdes afgørelsen sender kommunen sagen til Det Sociale Nævn, Hejrevej 43, 2400 København NV, vedlagt relevante sagsakter til belysning af sagen. Kopi af brevet vil samtidig blive sendt til dig.

Klage over personale i KABS eller kommunens serviceniveau i øvrigt behandles alene af Glostrup Kommunen (for så vidt det ikke omhandler den sundhedsfaglige behandling, se nedenfor) – klagebehandlingen sker hurtigst muligt, der er ikke fastsat nogen officiel tidsfrist for klagebehandlingen.

Din sagsbehandler kan vejlede om at klage – du kan også se mere om klagemuligheder på hjemmesiden www.social.dk - søg på ordet: ”hvis du vil klage” –

Klage over den sundhedsfaglige behandling

Du kan klage over det arbejde som udføres af sundhedspersoner, fx sygeplejersker og læger. Klagen kan dreje sig om undersøgelser og den lægelige behandling, men fx også information om

samtykke, lægeerklæringer, journalføring og aktindsigt. Klagen skal sendes til Patientklagenævnet. Nævnet kan dog ikke påbyde en sundhedsperson at give en bestemt behandling eller ændre en konkret behandling – men nævnet kan, hvis man finder grundlag herfor, udtale sin kritik.

Klager over den sundhedsfaglige behandling sendes til: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Frederiksborggade 15, 2.sal, 1360 København K (klager kan også sendes online – via link på www.pkn.dk) Klagerne kan også indsendes til Embedslægerne eller Hovedstadsregionernes patientkontor.

Bilag 2: Eksempler på handleplansskabeloner



Faktuelle forhold :

Navn:

Cpr. nr. :

Adresse:

Tlf. nr.:

Civilstand:

Forsørgelsesgrundlag:

Nærmeste pårørende :

Læge:

Rådgiver:

Kontaktperson:

Jobkonsulent:

Social anamnese:

Herunder tidligere iværksatte sociale tilbud / foranstaltninger samt aktuel situation.

Fysisk helbred:

Herunder eventuel diagnose/aktuel beskrivelse af den helbredsmæssige tilstand/behandling.

Psykisk helbred:

Herunder eventuel diagnose/aktuel beskrivelse af den helbredsmæssige tilstand/behandling.

Alkohol, stoffer og medicin:

Aktuel rusmiddelsituation, misbrugshistorik, afhængighed, problemopfattelse, tidligere behandling.

Uddannelse, erhverv, beskæftigelse :

Socialt netværk :

Herunder beskrivelse af primært, sekundært og tertiært netværk.

Vurdering af ressourcer:

Vurdering af barrierer:

Borgerens oplevelse:

Samlet vurdering:

Planens samlede formål :

Herunder på lang sigt og på kort sigt.

Indstilling til Teamet:

Herunder en indstilling til sociale- og sundhedsmæssige tilbud.

Opfølgning:

Dato:

Aftalt opfølgningstid :

Plan udarbejdet den:

Aftalt opfølgningstid :

Plan udarbejdet den:

Egedal Kommune, Rådgivningscentret

Sagsfremstilling og handleplan

Sagsfremstillingen udarbejdes i samarbejde med borgeren.

Henvendelsesdato:

Navn:

Cpr.nr:

Adresse og postnr.

Tlf.nr:

Egen læge:

Samarbejdspartnere:

Udfyldt af:

0. Baggrund for henvendelsen

Hvad og hvem har foranlediget borgerens henvendelse til kommunen? Evt. behandlingsdom?

1. Fysisk helbredssituation

Oplevelse af fysiske gener. Behandling og ordineret medicin.

2. Arbejde og økonomi

Uddannelse og forsørgelsesgrundlag. Tilfredshed med arbejdssituationen. Økonomiske beføjninger.

3. Alkohol, stoffer og medicin

Aktuel rusmiddelsituation, misbrugshistorik, ændringsmotivation, afhængighed, problemopfattelse, tidligere behandling.

4. Kriminalitet

Lovovertrædelser, domme, illegale aktiviteter for at skaffe penge.

5. Sociale forhold

Opvækstforhold. Forhold til partner. Netværk. Boligsituation.

6. Børn

Eventuelle børns situation og forældremyndighed.

7. Kontakt til familiecenter

Angiv med ja/nej. Evt. sagsbehandler skrives under punktet "samarbejdspartnere".

Bilag 3: Eksempel på §141 handleplansskabelon til brug på misbrugsområdet, Horsens Kommune

Eksempel på elektronisk handleplansskabelon, som anvendes i misbrugsbehandlingen

Navn:

Cpr. nr.:

Center for Socialt Udsatte:

Behandler Center for Socialt Udsatte:

Kommunal sagsbehandler:

Handleplan udarbejdet dato:

Ved udarbejdelse af handleplan er indhentet følgende sagsakter:

Nedenstående vurdering er udarbejdet på baggrund af beskrivelsen i ASI- skemaet, som er Center for Socialt Udsatte's interne registreringssystem.

Årsag til henvendelse i Center for Socialt Udsatte:

Herunder kort om brugerens egen oplevelse af årsag til misbrug, egne forventninger, og ønsker til behandling, samt henvisningsinstans.

Vurdering af brugerens situation

Der laves vurdering med udgangspunkt i afdækningen/beskrivelsen i ASI-skemaet, hvor følgende områder er afdækket:: Misbrug (stoffer alkohol) økonomi, job tilfredshed, kriminalitet, familie, somatisk og psykisk helbred. Samt en beskrivelse af brugerens sociale netværk. Herudover vurderingen af brugerens ressourcer, belastninger (misbrugsmønstre), motivation og behandlingsbehov. Beskriv kategoriseringen (jf. Center for Socialt Udsatte's behandlingsmål)

Behandlingsmål og delmål

Herunder hovedmål og delmål/arbejdsplaner, metode, herunder medicin (substitution eller antabus) i behandlingen. Tidsperspektivet og opfølgningen i handlingen skal noteres med dato.

Ansvarsfordeling mellem de involverede samarbejdspartnere

Herunder beskrivelse af de samarbejdende parter ansvar/roller i behandlingen (Center for Socialt Udsatte, kommunen og evt. andre).

Økonomi i behandlingen

Ved ambulant indskrivning er udgiften kommunalt finansieret. Ved indskrivning i døgnbehandling – jævnfør gældende takster. Der sendes økonomiskema til bopælskommune.

Alkoholbehandling

Al behandling er kommunalt finansieret.

Primærkommunens indstilling

Det forudsættes, at primærkommunen forbliver handlekommune så længe behandlingen/opholdet forløber.

Planen godkendt i Center for Socialt Udsatte,

Den ____/____ 200____

Bruger _____

Behandler _____ E-mail:

Afdelingsleder _____

Kilde: Horsens Kommune

Bilag 4: Eksempel på indholdet i en udredning, Fredericia Kommune

Psykologisk/psykiatrisk udredning i misbrugsbehandling:

Udredning af andre psykiatrisk diagnosticerbare lidelser er afgørende i misbrugsbehandling. Såvel international forskning som praksis har længe tydeligt vist, at der er en særdeles stor gruppe af borgere i misbrugsbehandling, såvel alkohol som stoffer, der også har en anden psykisk lidelse end misbrug (ex. angstlidelser, depressive/bipolare, ADHD etc), de har haft i op mod 75% af tilfældene mindst to år før de overhovedet begyndte at misbruge.

De går de fleste steder oftest rundt uden at få den nødvendige grundige udredning og den nødvendige medicinske og terapeutiske behandling, ligesom der oftest ikke tages det nødvendige hensyn til disse lidelser i tilrettelæggelsen af den enkeltes misbrugsbehandling.

Det siger sig selv, at folk med kendte lidelser skal have den relevante behandling. Men også i misbrugsregi er der alt for mange eksempler på, at man har behandlet folk med metoder, der pga angstlidelser, ADHD, kognitive skader, overhovedet ikke kunne profitere af, og hvor det har vist sig, at der skal bruges helt andre, ofte ret enkle og konkrete, metoder, hvis de overhovedet skal kunne profitere af behandlingen. Her er tale om forfejlet brug af mange ressourcer, samt menneskelige konsekvenser. Vi har rigtigt mange cases, der illustrerer dette alt for tydeligt, fra hele landet.

Summa summarum ligger der en bydende opgave for os i misbrugsregi i forhold til at sikre disse mennesker en professionel, grundig og bred udredning, og den behandlingsmæssige opfølgning, de kræver. Ellers udsætter vi disse borgere for groft behandlingssvigt.

Vi må i misbrugsregi supplere de eksisterende procedurer og metoder med et professionelt og grundigt udredningstilbud, samt sikre det nødvendige samarbejde mellem misbrugssektoren, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien, de praktiserende læger og andre relevante aktører i feltet.

Udredning har to hovedformål:

- Sikring af, at eventuelle andre psykiske lidelser foruden misbruget udredes grundigt og professionelt, beskrives og følges op med relevant og præcis behandling
- Sikring af, at misbrugsbehandlingen passer nogenlunde til den enkeltes psykologiske profil ift ressourcer og svagheder (andre psykiske lidelser), altså hvordan planlægger vi behandlingen, så den enkelte rent faktisk kan profitere af den?

Eksempel på udredning og brug af den i praksis:

1. Find ud af, om der er eksisterende, relevant **journalmateriale** (ikke nødvendigvis alt, hvad der ligger, hvis det fører til ”datadød”, for mange informationer!):
ligger der noget fra tidligere misbrugsbehandling, eventuelle psykiatriske indlæggelser, egen læge etc. (rekvireres ved at faxe samtykkeerklæring til pågældende psykiatriske afdeling) etc.?
2. Hvis der er nogle **behandlere** i organisationen, der har erfaringer med vedkommende, beskriver de kort essensen af deres erfaringer, herunder deres vigtigste iagttagelser, evt. gennem et kort møde, mail eller telefoninterview

3. Brugeren indkaldes til udredning, bliver sat ind i formålet og hvordan det foregår i praksis, og får mulighed for at stille afklarende spørgsmål
4. Der gennemføres et (klinisk) **interview** omkring:
 - brugerens mål med og motivation ift behandlingen
 - nuværende situation
 - kort om behandlings-, misbrugs- og kriminalhistorik
 - psykhistorik (kort om opvækst, psykiske lidelser og misbrug i familien, fødslen, evt. hovedtraumer, evt. psykiatriske problemer/indlæggelser, selvmordsforsøg/-tanker, etc.) med fokus på kerneressourcer og –problematikker.
 - Efter interviewet laves koncentreret referat af det, og interviewereren skriver om sit kliniske indtryk af brugeren: ressourcer og svagheder/lidelser
5. **Personlighedsprofilen** laves som standard med f.eks. MCMI-III og NEO PI-R, eller SCID-II, DIP-Q etc.
 Supplerende tests udvælges ud fra hvad interviewresultaterne og andet materiale peger i retning af. Det kan være:
 - angstudredning (ADIS-IV, BAI, PSE, SCL-90-R o.l.)
 - affektiv udredning (depression, bipolar etc., MADR-S, Hamilton, BDI, PSE o.l.)
 - skizofreni-/psykotiske symptomer (PSE, SCL-90-R o.l.)
 - eventuelle spiseforstyrrelser
 - hjerne-/neuropsykologiske skader/-svagheder (Neuropsykologiske testbatterier, CANTAB, BRIEF-A, WAIS-III o.l.)
 - personlighedsforstyrrelser (MCMI-III, SCID-II, DIP-Q o.l.)
 - intelligensniveau (WAIS-III)
 - udviklingsforstyrrelser (autismetests o.l.)
 - ADHD (ASRS, d2, BRIEF-A o.l.)
6. Når **testene er opgjort/scorede** og det samlede materiale foreligger, vurderes det, om det er relevant at:
 - interviewe pårørende for at få supplerende oplysninger (søskende, forældre etc.), gennem et møde eller telefoninterview
 - få sparring fra andre specialister, eksempelvis psykiater, neuropsykolog etc., gennem møde eller telefonsparring, afhængigt af indholdet
 - tage brugeren med til eller henvise brugeren til eksterne instanser (egen læge, psykiatri, socialpsykiatri, etc)
7. **Det hele vurderes samlet:** hvor understøtter de forskellige data hinanden, hvor nuancerer de hinanden, hvor er de inkonsistente, hvad er de centrale konklusioner. Dette koncentrerer i et **kort notat** ("pixibog", 3-6 sider, max.), forfattet i et sprog, brugeren og øvrige behandlere kan forstå eller hurtigt forklares. Rummer en fokusering af resultaterne af udredningen (centrale ressourcer, centrale aspekter af personlighedsprofilen, samt centrale problematikker/svagheder), samt meget konkret og letforståelig rådgivning og anbefalinger, i form af f.eks. 1-4 fokuspunkter, der er vigtige her og nu samt evt. langsigtet.
8. Bruger samt primærbehandler deltager i en **tilbage melding**, hvor resultater og anbefalinger drøftes og kvalificeres yderligere i fællesskab, med brugeren som central aktør og "censor". Eventuelle justeringer, der aftales på dette møde, skrives ind i "pixibogen".

9. Hvis psykiatrisk konsultation/støttemedicinering, opfølgende psykoterapeutisk, socialpsykiatrisk eller anden behandling anbefales, tilbydes brugeren dette, og det sikres, hvem der er tovholder på opfølgning i forhold til dette.

10. Der følges op på udredningen i misbrugsbehandlingsprocessen i form af **sagsmøder/sags-supervision**, og ”pixibogen” justeres løbende.

Når der sker systemskift for brugeren (ekstern døgntilrettelæggelse, forløb i psykiatrien, job-/uddannelsesforløb etc.), sikres **grundig overlevering mellem systemerne** med brugeren som hovedaktør i dette.

De, som laver udredningerne, skal sikres et **fagligt netværk og løbende supervision/efteruddannelse direkte i forhold til udredning**. De skal uddannes/certificeres i de relevante tests.

Steen Guldager, psykolog, Fredericia Misbrugscenter, 10/11-2008

Bilag 5: Eksempel på entreprenøraftale, Odense Kommune

Mavebælte til Aftale om drift af tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug

Udover de generelle punkter omtalt i baggrundsnotatet, bedes aftaleparterne endvidere bemærke følgende punkter fra udkast til aftale om drift af tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug:

Aftalen omfatter alle driftsopgaver vedrørende ambulantly behandling for alkoholmisbrug som omfattet af sundhedslovens § 141 – dvs. ambulantly behandling for alkoholmisbrug.

Aftalen omfatter ikke døgnbehandling eller tilbud om alkoholbehandling, alkohol-/trafikkurser mv. efter øvrige bestemmelser i lovgivningen. Befordring er ligeledes ikke omfattet af aftalen.

Udgifter til medicin, som udleveres direkte af behandlingsstedet til brugerne er indeholdt i abonnementsstaksten.

Udgifter til medicin, som udleveres til brugerne på apotek, eller på behandlingsstedet på vegne af et apotek, er ikke indeholdt i abonnementsstaksten og afholdes derfor af bopælskommunen.

Aftalen lægger pga. brugernes ret til anonymitet op til, at betalingen sker via abonnementsafregning a conto (forud) for 1/12 af ydelsesbrugerens samlede betalingsforpligtelse for det pågældende år en gang om måneden.

Hver kommune vil kun få tilsendt én samlet månedlig regning fra Odense og Svendborg kommuner. De to entreprenører foretager herefter indbyrdes mellemafregning. Hver bopælskommune modtager herudover med et endnu ikke fastsat interval opgørelser over antallet af behandlinger foretaget på kommunens brugere af ydelsen, der hvor brugerne har ønsket at opgive bopælskommune.

Opgørelserne vil ikke indeholde oplysninger, der muliggør identifikation på individniveau, idet borgere, der søger behandling for alkoholmisbrug, i henhold til sundhedsloven ikke er forpligtet til at oplyse sit cpr. nr. Anonymitetsbestemmelsen medfører, at behandlingscenteret uanset om henvendelse sker efter henvisning fra en af de deltagende kommuner, og uanset om brugeren er bosiddende i en af de deltagende kommuner, skal den pågældende bruger tilbydes behandling.

Kommunens abonnementsandel beregnes på baggrund af kommunens befolkningsandel i forhold til det samlede befolkningstal pr. 1. januar det foregående år (Danmarks Statistiks opgørelser) for de kommuner, der er tilsluttet aftalen.

A F T A L E

om drift af tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug

§ 1

Formål

I medfør af sundhedslovens § 141, stk. 3, hvorefter kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om behandling for alkoholmisbrug ved at indgå aftale herom med andre kommunalbestyrelser, har aftalens parter besluttet at overlade udførelsen af det lovpligtige tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug til Odense Kommune og Svendborg Kommune, som forpligter sig til på aftalens vilkår at varetage driften af tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug for samtlige deltagende kommuner.

§ 2

Aftalens parter

Stk. 1. Som ydelsesleverandører deltager: Odense Kommune og Svendborg Kommune.

Stk. 2. Som ydelsesbrugere deltager:

- Assens Kommune
- Nordfyns Kommune
- FaaborgMidtfyn Kommune
- Kerteminde Kommune
- Langeland Kommune
- Nyborg Kommune
- Odense Kommune
- Svendborg Kommune
- Ærø Kommune

§ 3

Ydelser omfattet af aftalen

Stk. 1. Aftalen omfatter alle driftsopgaver vedrørende ambulans behandling for alkoholmisbrug, som er omfattet af sundhedslovens § 141, det vil sige behandling og rådgivning til enhver, der henvender sig til alkoholbehandlingen, uanset om det sker efter henvisning fra en af de deltagende kommuner, og uanset om brugeren er bosiddende i en af de deltagende kommuner.

Stk. 2. Aftalen omfatter ikke døgnbehandling jf. nærmere § 5 eller tilbud om alkoholbehandling, alkohol/trafikkurser mv. efter øvrige bestemmelser i lovgivningen. For en nærmere beskrivelse af ydelsen henvises til Bilag 1 i aftalen.

Stk. 3. Ydelsesleverandørerne forpligter sig til på lige vilkår at stille behandlingstilbud inden for de i stk. 1 nævnte områder til rådighed for enhver, der henvender sig eller henvises af ydelsesbrugere.

Stk. 4. Brugeren kan vælge at være anonym. Ydelsesbrugerne kan ikke kræve oplysninger fra ydelsesleverandørerne om enkeltpersoner, der modtager eller har modtaget ydelser omfattet af aftalen.

Stk. 5. Udgifter til medicin, som udleveres direkte af behandlingsstedet til brugerne, afholdes af ydelsesleverandørerne og indgår i takstfastsættelsen for den enkelte ydelse. Udgifter til medicin, som udleveres af et apotek eller af behandlingsstedet på vegne af et apotek, afholdes af ydelsesbrugeren. Eventuel administration og opkrævning af egenbetaling hos brugeren for medicin, der udleveres på vegne af et apotek, påhviler ydelsesbrugeren.

§ 4

Visitation til rådgivning og behandling omfattet af aftalen

Stk. 1. Ydelsesleverandøren varetager den faglige vurdering af, hvilken behandling, der konkret bør iværksættes i forhold til brugeren og tilrettelægger behandlingens konkrete indhold.

Stk. 2. Ydelsesleverandørerne videregiver oplysninger om den enkelte bruger til ydelsesbruger, hvor brugeren har givet samtykke hertil.

Stk. 3. Ydelsesleverandøren forpligter sig til at anvende behandlingsmetoder, som er fagligt forsvarlige. Hvor det skønnes muligt og forsvarligt, skal ydelsesleverandøren anvende den billigste behandlingsmetode.

Stk. 4. Ydelsesleverandøren forpligter sig til alene at udføre behandling mv., som ud fra en faglig vurdering skønnes påkrævet i forhold til brugeren.

Stk. 5. Ydelsesleverandøren forpligter sig til at gennemføre behandling mv. i overensstemmelse med de behandlingsprincipper, herunder principper for behandlingstid, behandlingskapacitet mv., som fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for alkoholbehandling.

Stk. 6. Ydelsesleverandørerne forpligter sig til at iværksætte behandlingen tidsmæssigt inden for rammerne af gældende lov om behandlingsgaranti.

Stk. 7. Brugere behandles i den rækkefølge, de henvender sig på behandlingsstedet. Ydelsesleverandørerne kan dog træffe beslutning om at prioritere brugere, hvis forhold kræver hurtig behandling. Ved prioriteringen må der ikke inddrages oplysninger om brugerens bopælskommune.

§ 5 Døgnbehandling

Stk. 1. Denne aftale omfatter ikke døgnbehandling. Såfremt ydelsesleverandøren skønner, at en bruger har behov for døgnbehandling, afgiver ydelsesleverandøren indstilling herom til ydelsesbrugeren. Indstillingen kan være ledsaget af et forslag til behandling samt behandlingssted.

Stk. 2. Ydelsesbrugeren varetager sagsbehandling, afgørelse og visitation i sager om døgnbehandling og afholder udgifterne i forbindelse hermed.

Stk. 3. I tilfælde, hvor døgnbehandling er påkrævet fortsætter indledt ambulante behandling efter denne aftale, indtil ydelsesbrugeren har etableret et døgntilbud til brugeren.

§ 6 Ydelsernes pris

Stk. 1. Ydelsesleverandørerne beregner i overensstemmelse med de retningslinier for takstprincipper, der er optaget som bilag til rammeaftale på det sociale og socialpsykiatriske område samt på specialundervisningsområdet i Region Syddanmark, de samlede udgifter for de enkelte behandlingstilbud.

Stk. 2. De samlede udgifter fordeles forholdsmæssigt mellem ydelsesbrugerne efter indbyggertallet pr. 1. januar. For 2009 anvendes indbyggertallet pr. 1. januar 2008 og så fremdeles. For en nærmere beskrivelse af abonnementsbetalingen for det kommende kalenderår henvises til Bilag 2 i aftalen.

Stk. 3. Senest den 1. april fremlægger ydelsesleverandørerne et endeligt regnskab for det foregående års drift. Over-/underskud fra det foregående års drift indregnes i abonnementsbetalingen for det følgende år jf. dog stk. 5.

Stk. 4. Senest den 1. juni orienterer ydelsesleverandørerne hver enkelt ydelsesbruger om den samlede pris, den pågældende ydelsesbruger skal betale for det følgende kalenderår.

Stk. 5. Senest den 1. maj meddeler hver enkelt ydelsesbruger til ydelsesleverandørerne (parallelt med indmelding i forbindelse med kommunernes rammeredegørelse) om eventuelle ændringer i det forventede forbrug af ydelser i den kommende aftaleperiode.

Stk. 6. Ydelsesleverandørerne kan beslutte at overføre underskud eller overskud helt eller delvist til det følgende budgetår med henblik på efterfølgende modregning i refusionsbeløb vedrørende senere regnskabsår.

Stk. 7. Ydelsesleverandørerne forpligter sig til to gange årligt at fremsende opgørelser over ydelsesbrugers forbrug. Opgørelse nr. 1 dækker perioden 1. januar – 30. juni. Opgørelse 2 dækker perioden 1. juli – 31. december.

Stk. 8. Såfremt aftalen ikke forlænges for en eller flere aftalepartnere, jf. nærmere § 8, udarbejdes refusionsopgørelse for den udtrædende kommunes andel af overskud/underskud for det seneste regnskabsår.

§ 7 Betaling

Stk. 1. Ydelsesleverandørerne sender til ydelsesbrugerne senest den 15. i hver måned en a conto afregning for 1/12 af ydelsesbrugerens samlede betalingsforpligtelse for det pågældende år, jf. § 6. A conto afregning for januar måned tilsendes ydelsesbrugeren senest den 15. december i det forudgående år.

Stk. 2. Ydelsesbrugerens betalingsforpligtelse, herunder betalingsform, forpligtelse til at betale morarenter mv. er reguleret efter samme regler, som er fastsat i rammeaftalen på det sociale og socialpsykiatriske område i Region Syddanmark for det pågældende år.

§ 8 Aftalens varighed

Stk. 1. Aftalen træder i kraft den 1. januar 2009 og løber et kalenderår.

Stk. 2. Aftalen er uopsigelig i aftaleperioden.

Stk. 3. Såfremt en aftalepart ikke senest den 1. juli i aftaleåret skriftligt har meddelt de øvrige deltagere i aftalen, at man ikke ønsker at forlænge aftalen for det kommende kalenderår, anses aftalen for forlænget med et kalenderår. Forlængelsen sker på uændrede vilkår, bortset fra den årlige justering af prisen, jf. § 6.

§ 9 Salg af overskudskapacitet

Stk. 1. Ydelsesleverandørerne er berettiget til at søge overskudskapacitet, som ikke kan fjernes af hensyn til det samlede beredskab, solgt til andre kommuner i eller uden for regionen.

Stk. 2. Salg af ydelser, som nævnt i stk. 1, må ikke ske på vilkår, der er mere favorable end de vilkår, der fremgår af denne aftale.

Stk. 3. Indtægter ved salg af ydelser, som nævnt i stk. 1, skal indgå i det samlede regnskab for driften.

Bilag 6: Aftale om drift af tilbud om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug (ydelsesbeskrivelse)

Alkoholbehandlingen

Målgruppe

1. Alle med for højt alkoholforbrug, dog kan alkoholmisbrugere med vidtgående psykiske handicaps eller andet gennemgribende misbrug ikke umiddelbart forvente behandling på institutionen. Disse behandles i stedet af primærsystemet, som Alkoholbehandlingen evt. kan rådgive, vejlede eller bistå med afgrænsede ydelser i forhold til alkoholmisbruget.
2. Pårørende til mennesker der drikker for meget kan få støtte, råd og vejledning.
3. Samarbejdspartnere kan få råd og vejledning om alkoholmisbrug og behandlingsmuligheder via konsulenttjeneste. Konsulenttjenesten fungerer som brobygning mellem alkoholbehandlingen og samarbejdspartnerne.
4. Professionelle, der arbejder med børn og ugen, kan få råd og vejledning om etablering til støtte til børn i familier med alkoholmisbrug via konsulenttjeneste.

Tilbudets indhold/ydelser

I Alkoholbehandlingsens afdelinger tilbydes ambulant behandling, der tager udgangspunkt i den enkelte patients situation og aktuelle problemstilling. Målet for behandlingen er, at patienten bliver afholdende eller reducerer sit alkoholforbrug til at være under de grænser, Sundhedsstyrelsen anbefaler; øger sin evne til mestring af alkoholrelaterede problemstillinger og opnår en bedre livskvalitet. Alkoholbehandlingen lægger stor vægt på at kunne tilbyde en vifte af evidensbase-rede behandlingstilbud, så sandsynligheden øges for, at den enkelte patient kan tilbydes den rette behandling, svarende til patientens problemprofil.

Forud for den egentlige samtalebehandling kan patienten få hjælp til at behandling af eventuelle abstinenser. Denne akutbehandling kan iværksættes uden tidsbestilling og ved henvendelse i behandlingscentrets akutte åbningstid. Når patienten er ædru og fri for abstinenser, påbegyndes et motivationarbejde med henblik på at motivere patienten til at indgå i et behandlingsforløb med henblik på opnåelse af afholdenhed eller mindsning af forbruget. Hvis patienten ønsker behandling, gennemgår denne en grundig kortlægning, hvor patient og behandler i fællesskab skaber sig overblik over patientens situation og forskellige problemstillinger. På baggrund af kortlægningen tages der stilling til, hvilket af Alkoholbehandlingsens tilbud, der giver patienten den bedste prognose.

Selve det egentlige behandlingstilbud består af forskellige former for samtalebehandling, som planlægges. Alkoholbehandlingen råder over en vifte af behandlingstilbud, herunder: Kontraktbehandling, Familierapi, Støttende samtaler, Kontraktbehandling og motiverende samtaler. Varigheden af et behandlingsforløb er varierende og planlægges sammen med patienten, ligesom det individuelt aftales, hvor hyppigt patienten møder til samtale. De forskellige former for behandling foregår individuelt eller med deltagelse af pårørende, men ikke i gruppe. Der kan efter aftale med patienten etableres samarbejde med relevante samarbejdspartnere. De forskellige behandlingstilbud kan i stigende grad også tilbydes telebehandling, enten fuldstændigt eller i kombination med fremmøde. Behandling kan, hvis patienten ønsker det og lægen skønner det relevant, også omfatte farmakologisk behandling for alkoholmisbruget parallelt med den psykosociale behandling. Behandlingsansvaret ligger hos den specialeansvarlige overlæge. Selve behandlingen varetages af behandlerteams, bestående af socialrådgivere og sygeplejersker med relevant efteruddannelse. Den

primære målgruppe for sådanne behandlingstilbud er alle med et problematisk alkoholforbrug, dog ikke alkoholmisbrugere med vidtgående psykiske handicaps eller andet gennemgribende misbrug. Disse behandles i stedet af primærsystemet, som Alkoholbehandlingen kan rådgive, vejlede og evt. bistå med afgrænsede ydelser i forhold til alkoholmisbruget gennem konsulentbistand.

- **Konsulentbistand**

Alkoholbehandlingen tilbyder sine samarbejdspartnere (primært kommunale sagsbehandlere, familierådgivninger, hjemmeplejen o.lign) rådgivning, vejledning, information og undervisning om alkoholmisbrug og mulighederne for behandling. Vejledningen og rådgivningen kan være generel eller i forhold til enkeltsager med henblik på at fremme samarbejdet og koordinationen mellem indsatserne.

- **Børnekonsulenter**

I forlængelse af et tidligere projekt – Børn i Misbrugsfamilier – deltager Alkoholbehandlingen i det nationale overvejende Sundhedsstyrelsesfinansierede projekt 'Børnefamiliesagkyndige'. Projektet indebærer, at Alkoholbehandlings børnekonsulenter tilbyder vejledning og rådgivning til professionelle, der arbejder med børn, om hvorledes man kan etablere støtte til børn i alkoholmisbrugsfamilier som en del af sit daglige, pædagogiske arbejde. Dette sker ofte i samarbejde med Alkoholbehandlings almindelige konsulenter, der bidrage med råd og vejledning i forhold til at få de voksne – forældrene – i behandling, idet den allerbedste hjælp til barnet jo er, at forældrene kommer ud af sit misbrug. Børnekonsulenterne er finansieret af Sundhedsstyrelsen frem til ultimo december 2009.

Visitation

Selvhenvendelse. Alle med for højt alkoholforbrug kan henvende sig til Alkoholbehandlingen med henblik på afklarende samtaler, akutbehandling af abstinenser samt et egentligt, ambulante behandlingstilbud. Hvis alkoholmisbrugeren har vidtgående psykiske handicaps eller andet gennemgribende misbrug end alkohol, har Alkoholbehandlingen dog ikke umiddelbart et relevant behandlingstilbud. Disse patienter behandles i stedet af primærsystemet, som Alkoholbehandlingen kan rådgive, vejlede eller evt. bistå med afgrænsede ydelser i forhold til alkoholmisbruget efter aftale med behandlingsansvarlig overlæge. Alkoholbehandlingen visiterer efter afklaringssamtale til egen individuelt tilrettelagt behandling. Hvis Alkoholbehandlingen skønner, at døgnbehandling vil være påkrævet, vil dette kræve en kommunal visitation. Hvis Alkoholbehandlingen skønner, at intensiv, ambulante behandling vil være påkrævet, vil dette ligeledes kræve en kommunal visitation. Ydelsesleverandørerne videregiver oplysninger om enkeltpersoner til ydelsesbruger, hvor borgeren har givet samtykke hertil.

Bilag 7: til Aftale om drift af tilbud på om vederlagsfri behandling for alkoholmisbrug (abonnement 2009)

Jf. aftalens § 7 vedrørende betaling sker afregningen via abonnementsafregning a conto (forud) for 1/12 af ydelsesbrugerens samlede betalingsforpligtelse for det pågældende år en gang om måneden.

Hver kommune vil kun få tilsendt én samlet månedlig regning fra Odense og Svendborg kommuner. De to entreprenører foretager herefter indbyrdes mellemafregning.

Ydelsesleverandørerne forpligter sig til to gange årligt at fremsende opgørelser over ydelsesbrugerens forbrug. Opgørelse nr. 1 dækker perioden 1. januar – 30. juni. Opgørelse nr. 2 dækker perioden 1. juli – 31. december.

Hver bopælskommune modtager herudover med et endnu ikke fastsat interval opgørelser over antallet af behandlinger foretaget på kommunens brugere af ydelsen, der hvor brugerne har ønsket at opgive bopælskommune. Opgørelserne vil ikke indeholde oplysninger, der muliggør identifikation på individniveau.

Jf. aftalens § 6 er abonnementsbetalingen beregnet i overensstemmelse med de retningslinjer for takstprincipper, der er optaget som bilag til rammeaftale på det sociale og socialpsykiatriske område i Region Syddanmark.

Kommunens abonnementsandel beregnes på baggrund af kommunens befolkningsandel i forhold til det samlede befolkningstal pr. 1. januar det foregående år (Danmarks Statistiks opgørelser) for de kommuner, der er tilsluttet aftalen.

Befordring er ikke omfattet aftalen.

Hvordan har du været tilfreds med ambulatoriet?



Sæt X i rubrikken, der svarer til *din* oplevelse.

Besvarelsen vil være *anonym*

Akut behandling

Er du blevet godt modtaget og forstået i det akutte behandlingsforløb ved ambulatorierne?

Har personalet været venlige og imødekommende og lyttet til dine problemer, er du blevet ordentlig informeret om behandlingsmulighederne ?

Strålende, kunne ikke være bedre	
Godt	
Både godt og skidt	
Ret dårligt	
Elendigt, kunne ikke være værre	

Ventetid

(gælder ikke afrusning)

Har du oplevet ventetid i begyndelsen eller undervejs i dit behandlingsforløb ved alkoholambulatoriet?

Meget	
En hel del	
Noget	
Lidt	
Slet ikke	

Behandlingen

Hvordan har dit forløb ved alkoholambulatoriet været indtil nu?

Fx. samtalebehandling, rådgivning, afrusning, medicinsk behandling?

Strålende, kunne ikke være bedre	
Godt	
Både godt og skidt	
Ret dårligt	
Elendigt kunne ikke være værre	

Behandlingens indhold

Har du haft indfyldelse på *indholdet* i din behandling?

Har du haft indfyldelse på de emner, der er blevet taget op til samtaler?

Meget	
En hel del	
Noget	
Lidt	
Slet ikke	

Kontakt med din behandler

Har du fået de samtaler med din behandler, som du har haft behov for?

Ja, lige så mange jeg kunne ønske	
Ja, i høj grad	
Ja, til en vis grad	
Ja, en smule	
Nej, slet ikke	

Ambulatoriet samarbejde med andre

I hvor høj grad har du fået opfyldt dine behov for, at ambulatoriet fx samarbejdede med?

Information

Har du fået den information, du havde brug for?

Ja, lige så meget jeg kunne ønske	
Ja, i høj grad	
Ja, til en vis grad	
Ja, en smule	
Nej, slet ikke	

Her kan du tilføje bemærkninger

Bilag 9: Eksempel på partnerskabsaftale, Horsens kommune

Partnerskabsaftale Odder Kommune & Horsens Kommune

Rådgivnings- og behandlingstilbud på alkohol- og stofmisbrugsområdet for voksne borgere i Odder Kommune.

1. januar - 31. december 2009

Leveret af
Center for Socialt Udsatte i Horsens Kommune - CSU

Januar 2009

1.0 Indledning

Partnerskabsaftalen indeholder beskrivelse af formål, ydelser, organisering og priser for levering af tilbud om alkohol- og stofmisbrugsbehandling af Center for Socialt Udsatte i Horsens Kommune. Aftalen beskriver behandlingstilbud på alkohol- og stofmisbrugsområdet med fysisk placering i Odder Kommune. Målgruppen er voksne over 18 år med behov for rådgivning og behandling.

Tilbuddet er baseret på en kombination af en partnerskabsmodel for ambulante behandling og en enkeltsagsmodel for døgnbehandling. Med partnerskabsmodellen fastlægges serviceniveau og kvalitet i behandlingen på baggrund af det aktuelle klientantal indskrevet i behandling pr. 1. juni 2008.

2.0 Formål

Aftalen har til formål:

- at sikre grundlaget for og indholdet i samarbejdet mellem Odder og Horsens kommuner om CSU's levering af rådgivnings- og behandlingstilbud på alkohol og stofmisbrugsområdet for voksne borgere i Odder Kommune, og
- at sikre grundlaget for et effektivt, fleksibelt og helhedsorienteret tilbud i tæt samspil mellem parterne.

3.0 Ydelsen

Samarbejdsaftalen omfatter følgende ydelser:

- Råd og vejledning om misbrug
- Social og lægelig behandling for stofmisbrug
- Behandling for alkoholmisbrug

Ydelsesbeskrivelser for ambulante alkohol- og stofmisbrugsbehandling er beskrevet i henholdsvis bilag A og bilag B.

Ydelsesbeskrivelser for døgnbehandling af stofmisbrug ved den af CSU's drevne døgninstitution Kråsiglund er beskrevet i behandlingskonceptet i bilag C samt på www.kraasiglund.dk

Center for Socialt Udsatte driver ikke tilbud til døgnbehandling for alkoholmisbrug. Borgeren vil derfor blive visiteret til behandlingstilbud udenfor CSU.

Endvidere fremgår et udvalg af antal private og andre offentlige døgnbehandlingstilbud på alkohol- og stofmisbrugsområdet af hjemmesiden www.DanRIS.dk.

3.2 Tillægsydelser

Aftalen indeholder ikke levering af specialiserede ydelser som fx psykolog og psykiater. Specialiserede ydelser kan leveres efter indstilling af CSU og visitation af Odder Kommune. Ydelsen afregnes særskilt.

3.2.1 Unge under 18 år

Der er indgået særskilt aftale vedr. tilbud om rådgivning og behandling for unge under 18 år og deres pårørende samt konsulentbistand til kommunale medarbejdere i enkeltsager. Ydelsen afregnes særskilt.

4.0 Samarbejdsmodel

Samarbejdsmodellen består af

1. En partnerskabsmodel, og
2. En sagsaftalemodel baseret på enkeltsager.

Ad. Partnerskabsmodel

Efter partnerskabsmodellen leverer Center for Socialt Udsatte rådgivning og ambulante behandling for alkohol- og stofmisbrug til borgere i Odder Kommune.

Partnerskabsmodellen er baseret på Odder Kommunes samlede antal klienter indskrevet i alkohol- og stofmisbrugsbehandling pr 1. juni 2008: 24 klienter var indskrevet i stofmisbrugsbehandling og 15 i alkoholbehandling.

Som følge af partnerskabsaftalen har Odder Kommune beslutningskompetence til at træffe afgørelse om, hvorvidt der er behov for ændringer i serviceniveauet afhængigt af ændringer i fx antal klienter eller ændringer i opgavens karakter som led i samarbejdet.

CSU fremsender månedsopgørelser over antal klienter og forbrug til Odder Kommune.

Ad. sagsaftalemodel baseret på enkeltsager

Under sagsaftalemodellen indstiller CSU alkohol- og stofmisbrugere til døgnbehandling.

På baggrund heraf visiterer Odder Kommune til døgnbehandling. Den visiterede ydelse iværksættes først efter modtaget visitation fra Odder Kommune. Betaling for døgnbehandling afregnes udover betaling for partnerskabsmodellen.

5.0 Lokaler, faciliteter og åbningstider

5.1 Lokaler og faciliteter

Odder Kommune stiller de nødvendige lokaler og kontorfaciliteter til rådighed for CSU til løsning af behandlingsopgaven, herunder adgang til Internettet til brug for opkobling til elektronisk klient- og journalsystem (EKJ).

5.1 Åbningstider

Åbningstiden er som udgangspunkt 3 dage om ugen inden for kommunens almindelige åbningstid. Som led i partnerskabsaftalen fastlægges de konkrete åbningstider med afsæt i de lokale forhold og behov i Odder Kommune samt CSU's viden og erfaringer om misbrugsbehandling.

6.0 Priser

6.1 Partnerskabsmodellen

Budget er vedlagt i bilag

6.2 Sagsaftalemodellen

Aktuel pris 2009 for døgnbehandling for stofmisbrug, der drives af Center for Socialt Udsatte:

Kråsiglund, 1337 kr. pr. døgn.

Halfway-huset, 364 kr. pr. døgn.

Klienter betaler for kost og logi.

Eksterne private institutioner til stoffri døgnbehandling afregnes efter faktisk pris.
Døgnbehandling for alkoholmisbrug afregnes efter faktisk pris.
Priserne fremgår af www.tilbudsportalen.dk

7.0 Behandling af klager

Borgere kan klage direkte til CSU's ledelse om til-buddets indhold og personalets optræden. Klager over behandling for alkoholmisbrug samt lægelig behandling for stofmisbrug behandles i overensstemmelse med klagebestemmelserne i Sundhedsloven.

Klager over social behandling for stofmisbrug behandles i overensstemmelse med klagebestemmelserne i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Klageinstansen er Det Sociale Nævn og klagen indsendes til borgerens handlekommune, der revurderer afgørelsen før den videresendes til klageinstansen.

Borgere vejledes om klagemuligheder.

8.0 Myndighedsansvar og driftssamarbejde

Center for Socialt Udsatte er en kommunal driftsenhed, der bla. udfører rådgivning og behandling for alkohol- og stofmisbrug. Det er en afgørende forudsætning for levering af de af aftalen omfattede ydelser, at CSU har den fornødne kompetence til at visitere til misbrugsbehandling.

Odder Kommune delegerer i denne aftale visitationskompetencen vedrørende ambulans social og lægelig behandling for stofmisbrug og ambulans behandling for alkoholmisbrug til CSU. Center for Socialt Udsatte er forpligtet til at samarbejde med Odder kommune om koordinering af misbrugsbehandlingen i forhold til øvrige kommunale tilbud. Dette skal sikre størst mulig helhed og sammenhæng såvel overordnet som i det enkelte klientforløb.

Det er fortsat Odder Kommune, der træffer afgørelse om iværksættelse af døgnbehandling for alkohol- og stofmisbrug efter indstilling fra CSU.

9.0 Journalføring og indberetning af klientdata

Center for Socialt Udsatte anvender klient- og journalsystemet neoEKJ - Elektronisk Klient Journal og indberetter klientoplysninger til nationale og regionale registre, som Odder kommune er forpligtet på at indberette til.

10.0 Opfølgning og evaluering på samarbejdet

CSU fremsender faste månedsvise rapporter over forbruget af pladser og behandlingstilbud. Hvis der er særlige uregelmæssigheder i forbruget af pladser, orienteres Odder kommune staks om dette.

Evaluering af samarbejdet sker på kvartalsvise møder. Odder kommune indkalder.

11. Genforhandling

Ved ændring af grundlæggende forudsætninger, er parterne forpligtet til genforhandling af aftalen. Første genforhandling sker dog først september 2009.

Skulle der opstå uenighed mellem parterne er begge parter forpligtede til aktivt at deltage i genforhandling af aftalen. Kun hvor dette ikke medfører enighed, kan der være tale om misligholdelse og eventuelt opsigelse/ophævelse af aftalen på grundlag heraf.

12. Ikrafttrædelse, periode, opsigelse, ophør

Aftalen træder i kraft den 1. januar 2009. Aftalen kan opsiges gensidigt og med 9 måneders skriftligt varsel til den første i en måned.

Dato: Dato:

For Børne- og Familiecentret For Center for Socialt Udsatte
Odder Kommune Horsens Kommune

KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3370
www.kl.dk