



03-06-2014

## **Bilag 2: De tre hovedudfordringer**

I det følgende er de tretten udfordringer som fremkom under inddragelsesprocessen samlet i tre hovedudfordringer.

Først vil der være en kort gennemgang af årsagerne til de udfordringer som misbrugsområdet står over for i dag. Herefter vil der være en gennemgang af de tre hovedudfordringer:

1. Manglende overblik og gennemskulelighed
2. Vores ydelser matcher ikke altid brugernes behov
3. Manglende samarbejde generelt samt manglende sammenhæng og mening for brugerne

## **Årsager til hovedudfordringer på misbrugsområdet**

Misbrug er som begreb bredt defineret og spiller ind i alle samfundslag og alle områder. Der er derfor en udfordring når man kigger på misbrug som et isoleret fænomen. For borgeren er misbruget knyttet tæt sammen med en række andre forhold såsom fysisk og psykisk velbefindende, beskæftigelse, boligsituation, familie/børn, alder mv. Ofte er det uklart hvad der egentlig er kerneproblematikken, når en borger indskrives i misbrugsbehandling.

Disse forhold skal adresseres i en offentlig sektor, der er opdelt i regioner, kommune og forvaltninger. Det giver en række udfordringer i forhold til at have overblik over relevante tilbud og hermed sikre en effektiv og målrettet indsats til den enkelte borger, herunder koordinering af indsatser. Københavns Kommunen er organiseret efter paragrafer, sektorer og forvaltningsområder og det skaber komplekse forløb for borgerne. Borgeren vil gerne behandles som et helt individ og få al den nødvendige hjælp samlet. Det vil sige, at der fra et sted kan tages hånd om alle borgerens problemstillinger som f.eks. en misbrugsproblematik, hjemmeboende mindre børn, en psykisk problemstilling og en beskæftigelsesproblematik. Dette uanset om det specifikke problem tilhører den ene eller den anden forvaltning. Blandt medarbejderne er der et relativt begrænset kendskab og dermed samarbejde til de øvrige forvaltninger i kommunen. Dette er ikke nødvendigvis fordi man ikke ønsker samarbejde, men det opleves som meget vanskeligt, at få det nødvendige overblik.

Sagsnr.  
2014-0103582

Dokumentnr.  
2014-0103582-2

Sagsbehandler  
Mi Kortzau

### **MR Voksne - personale**

Bernstorffsgade 17  
1577 København V

Telefax  
3317 3731

Mobil  
2053 5608

E-mail  
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

I Socialforvaltningen er misbrugsområdet kendetegnet ved, at den nuværende organisering er opstået på baggrund af en historisk udvikling, hvor der er bygget lag på lag ud fra de allerede eksisterende strukturer. Nye indsatser mv. skal placeres et sted, men det er ikke altid indlysende, hvor i organisationen de forskellige tilbud og indsatser placeres. Misbrugsområdet er således inddelt i parallelle strukturer med fælles snitflader, men samtidigt fungerer strukturerne løst koblet og er meget afgrænset i forhold til andre tilbudstyper. De enkelte tilbud er meget fokuseret på deres kerneydelse som eksempelvis kan være behandling og behandlingsmetoder, mens andre er mere fokuseret på afgrænsede målgrupper, lovgivning eller er et specialiseret tilbud. Dette synes gældende på alle niveauer i organisationen. Det er kendetegnende for den parallelle struktur, at der ikke er en systematik i samarbejdet, der sikrer en målrettet og effektiv ressourceudnyttelse. En konsekvens heraf er, at borgerne risikerer at blive visiteret til mange tilbud, og derved ikke oplever en sammenhængende og effektiv misbrugsbehandling.

Organisationen på misbrugsområdet formår heller ikke at skabe udvikling på tværs samt bevare kendskabet til hinandens ydelser. Hvert område er naturligt fokuseret på egne ydelser, og ser derfor behov og udfordringer i et mere eller mindre endimensionelt perspektiv, hvor meget forskellige holdninger og ideer bliver konkurrerende frem for samlende i forhold til en fælles misbrugsstrategi. Der er således ikke konsensus om mål og midler. Området bliver derfor nemt præget af ad hoc beslutninger og den fragmenterede opbygning af organisationen kan ikke generere et fælles vidensgrundlag til at prioritere indsatserne eller til at udvikle områderne i en dynamisk og løbende proces.

## 1. Manglende overblik og gennemskuelighed

Der er mange indgange til misbrugsbehandlingssystemet i Københavns Kommune. Misbrugsområdet er opdelt i tre centre og mange små enheder. En række enheder tilbyder de samme ydelser og ligger geografisk spredt i byen. Der er samtidig også specialiserede tilbud, der retter sig mod særlige misbrugsgrupper. Kendskab til alle relevante tilbud udgør en stor udfordring i en stor kommune. At navigere rundt mellem de mange tilbud og have et samlede overblik over relevante tilbud er en udfordring for både medarbejdere og brugere. Stort set alle interessentgrupper på de afholdte workshops pegede på, at der mangler overblik over tilbud og indgange på misbrugsområdet. De mange enheder betyder også, at systemet har svært ved løbende at tilpasse og udvikle behandlingen i takt med, at ny viden i form af medarbejdererfaring, brugernes tilbagemeldinger, og ny forskning opstår.

Der er mange forskellige slag tilbud og indsatses, der hører under misbrugsbehandlingsområdet i Københavns Kommune. Misbrugsbehandling i København spændende fra ambulans behandling, over plejepladser, myndighedsarbejde til stofindtagelsesrum. Det giver en udfordring i forhold til en fælles forståelse af, hvad misbrugsbehandling er og i hvilken retning misbrugsbehandlingen skal udvikling sig og dermed også for den strategiske prioritering indenfor området.

Citater fra inddragelsesprocessen:

*Mange forskellige behandlingstilbud kan gøre overblik vanskeligt. Hvordan sikre vi rette tilbud til rette borger? (SOF misbrugsbehandling).*

*Svært for bruger og behandler at få overblik over tilbud (offentlige samarbejdspartnere).  
Alt for mange indgange til behandlingssystemet (SOF misbrugsbehandling).*

*Vi er ikke gode nok til at præsentere brugeren for et fuldt billede af det hele behandlingsforløb (eksterne behandlingstilbud).*

*Misbrugsbegrebet skygger for andre forhold og dermed indsatses – hele forståelsen (SOF).  
Vi har et uforløst potentiale i forhold til at få sat skub i den faglige udvikling både indenfor og udenfor kommunen. Udviklingen i dag er for*

*differentieret og ikke nødvendigvis i samme retning (SOF misbrugsbehandling).  
Hvordan klæder vi politikerne på til at prioritere (SOF)*

## **UDDYBNING**

### **Misbrugsområdet er inddelt i for mange små enheder**

Brugerens positive oplevelse af behandling knytter sig i høj grad til relationen mellem behandler og borger. Distriktsopdelingen af behandlingen i København udfordrer behandlingsalliancen. Hvis en borger flytter adresse fra et distrikt til et andet skal borgeren skifte behandlingsenhed og det kan betyde brud på en god behandlingsrelation, som er opbygget over tid.

Den nuværende organisering med mange små enheder giver også en ineffektiv ressourceudnyttelse, hvad angår medarbejderbemanding og løsning af administrative opgaver i forhold til direkte borgerkontakt. En række medarbejdere peger på, at den administrative byrde er stor fordi nogle administrative opgaver skal løses på hver enkel enhed. Medarbejderne føler, at de bruger uforholdsmæssig meget tid på administrative opgaver i stedet for deres primære opgave, som er relationsarbejde med borgeren.

De mange selvstændige enheder betyder endvidere, at kultur og praksis varierer, hvilket udmønter sig i uensartet kvalitet, serviceniveau og omfang af ydelser til borgerne. Det giver samtidig en udfordring med smidigt og løbende at tilpasse behandlingen efter ændrede behov i brugergruppen eller til nye behandlingsmetoder. Enhedernes størrelse er også en udfordring i forhold til understøttelse af en faglig udvikling på de enkelte tilbud. Samtidig peger den faglige udvikling på området ikke altid i samme retning, selvom det flere steder vil give god mening, at skabe en fælles faglighed på tværs af enhederne.

Ifølge litteraturen gør følgende sig gældende:

*"Øget differentiering af tilbud og ydelser har den utilsigtede konsekvens, at brugere lettere kommer til at havne mellem to stole, fordi de ikke opfylder kriterierne for at modtage en specifik ydelse eller fordi de har flere problematikker, for eksempel stofbrug og behov for psykiatrisk behandling." (Bjerge & Frederiksen, 2014)*

"Klienternes positive oplevelse af behandling knytter sig i høj grad til behandlingsrelationen: Trygge samtaler med personalet, øget opmærksomhed på konsekvenser af misbrug, klienternes egen beslutning og engagement i behandlingen, involvering af det sociale netværk i behandlingen og betydningen af afgiftning og medicinering." (God social misbrugsbehandling)

"Jeg havde en snak med en områdechef fra en anden afdeling, som var på besøg på en af alkoholenhederne. Han kendte slet ikke vores tilbud [...] og så sagde han: "[...] I vores eget center har vi 40 tilbud, som medarbejderne skal kende og så skal de forholde sig til vores tilbud og andres tilbud. Vi taler jo om hundredevis af tilbud, som medarbejderne i kommunen skal forholde sig til og skal kunne kende." Der ligger en kæmpe udfordring i at være en stor kommune." (Bjerge & Frederiksen, 2014)

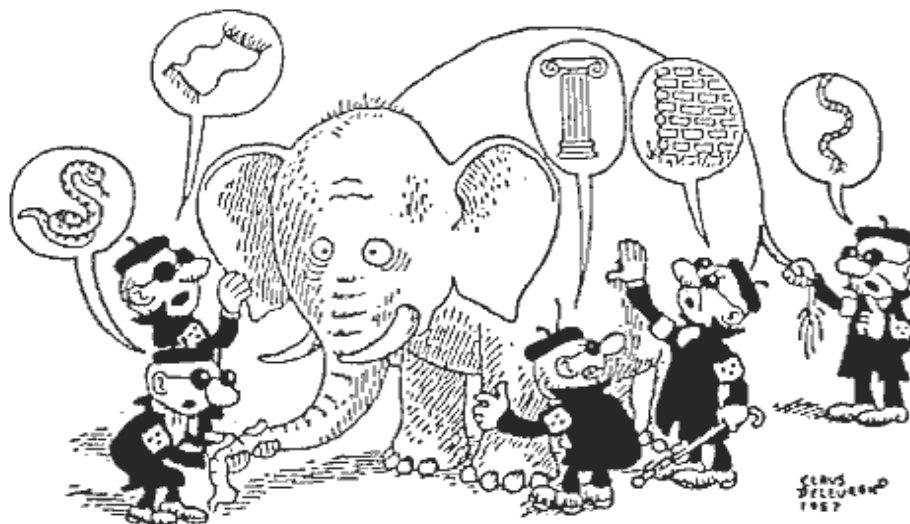
### **Politikere og forvaltning mangler et kvalificeret vidensgrundlag til at prioritere**

Det er uklart for direktion og politikere, hvad fordelingen af midler på misbrugsområdet afspejler. Inden for rammen af misbrugsbehandlingen er der en række forskellige delgrupper: Borgere i hhv. alkohol – og stofmisbrugsbehandling. Borgere som er relativt kroniske og som får substitutionsmedicin, borgere i stoffri behandling, borgere som er unge, borgere med aktivt misbrug og borgere med aktivt misbrug og et plejebehov.

Finansieringen af de forskellige områder er ikke gennemskuelig. Hvad ligger til grund for fordelingen af midler og hvilke faglige og politiske overvejelser ligger til grund for den nuværende fordelingsnøgle mellem delgrupperne? Det kan fx synes uklart, hvorfor alkoholbehandlingen er så relativt meget billigere (underfinansieret) end stofmisbrugsbehandlingen. Eller hvorfor nogle borgere får et mere intensivt tilbud på Specialinstitutionen Forchammersvej end på en behandlingsenhed, selvom de har samme problemer.

Måske er den nuværende økonomiske fordelingsnøgle forældet ift. ny viden, ændrede behov hos brugerne og ændrede politiske prioriteringer? Der kan også være misbrugsgrupper som har et behandlingsbehov, men som ikke benytter de eksisterende tilbud og som der bør gøres en indsats for at nå? Der mangler et overblik og viden, der kan give svar på spørgsmålene og skabe et grundlag for at foretage prioriteringer, så bevillinger ikke gives ad-hoc. Misbrugsområdet er sammensat af mange forskellige typer tilbud. Afhængig af, hvor i misbrugssystemet du befinder dig vil opfattelsen af, hvad misbrugsbehandling er variere, som

illustreret på tegningen nedenfor.



En fælles forståelse af hvad misbrugsbehandling i Københavns Kommune er, vil kunne danne grundlag for retningsætning og politiske prioriteringer, men at skabe en fælles forståelse af, at det faktisk er en *elefant*, er en udfordring.

Litteraturen peger op utilsigtede konsekvenser af ad-hoc løsninger:

”Når der er økonomisk smalhals, favoriseres nogle grupper frem for andre ud fra principper om, hvem (brugere såvel som samfund) der menes at kunne profitere mest af kommunens tilbud. Denne prioritering kan dog også relatere sig til det omgivende samfunds generelle prioritering af indsatser rettet mod unge rusmiddelbrugere (Regeringen 2010). En utilsigtet konsekvens af denne bevægelse kan dog være, at andre belastede grupper parkeres eller bliver vanskeligere at fastholde, fordi fokus overvejende er rettet mod de unge.” (Bjerge & Frederiksen, 2014)



## **2. Vores ydelser matcher ikke altid brugernes behov**

Nogle borgere med misbrug oplever, at deres behandlingsbehov ikke imødekommes af behandlingssystemet. Det kan være reelt, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behandlingsbehov, men det kan også være en forestilling som borgeren alene har og som der kan være mange årsager til.

Der er også misbrugsgrupper, som vi slet ikke når med vores eksisterende behandlingstilbud. Det kan skyldes, at de eksisterende tilbud ikke findes attraktive og/eller tilgængelige for nogle misbrugsgrupper. Behandlingstilfredshed hænger tæt sammen med, at brugeren oplever at hjælpen er tilgængelig. At man kan tale med nogle, når man har følelsesmæssige problemer og at man kan få afhjulpet sine sociale problemer. Brugerens oplevelse af god service afhænger af tilgængelighed og oplevelsen af at bliver hørt og taget alvorlig.

Citater fra inddragelsesprocessen:

*Jeg kunne godt tænke mig, at der var flere aktiviteter i form af fx sport. At bruge kroppen. Stemningen i huset er altid god, når vi fx har spillet fodbold (bruger).*

*BIF har mange aktiveringstilbud som godt kunne bruges mere (KK ikke SOF).*

*Det er et problem, at man ikke kan blive indlagt med øjeblikkelig virkning. Man kan ikke sige "der går 14 dage" til én med løkken om halsen (bruger).*

*Man er overladt til sig selv, hvis man har problemer uden for åbningstid. Det kan simpelthen ikke passe, hvis man står i en situation, hvor man står og siger fuck (bruger).*

*Mangler tidlig opsporing børn og unge i afhængige familier (frivillige organisationer).*

*Socialpsykiatriske botilbud er ikke tilpasset borgeren – det er omvendt (offentlige samarbejdspartnere).*

*Benzodiazepinmisbrug er det en ny målgruppe?/behandlingstilbud mangler (SOF misbrugsbehandling, offentlige samarbejdspartnere, frivillige organisationer).*

### **MR Voksne - personale**

Bernstorffsgade 17  
1577 København V

Telefax  
3317 3731

Mobil  
2053 5608

E-mail  
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

*Coke er i stærk stigning det kan ikke behandles medicinsk (SOF misbrugsbehandling).*

*Tilgængelighed i forhold til forskellige målgrupper: Brugere på 20 år. Den kaotiske + somatiske dårlige borger. Altså: hvem (faglighed), hvor (placering), hvordan (udredning mv.), hvornår (tider/åbning) (SOF misbrugsbehandling).*

*Det er en udfordring at (re)etablere netværk til familier, pårørende og andre (SOF øvrige).*

*Det er trættende at være ham misbrugeren som man skal snakke om (bruger).*

## **UDDYBNING**

### **Manglende tilgængelighed**

Tilgængeligheden til misbrugsbehandlingssystemet i København opleves ikke altid lige let for brugerne. Dels opleves ventetiden fra brugerens henvendelse med ønske om behandling til den første samtale for lang. Og dels opleves tilbuddenes åbningstider også som en barriere i forhold til at få den hjælp eller medicin, som man står og har brug for her og nu. Medarbejdere i SOF oplever, at nogle brugere går helt i stå udenfor tilbuddets åbningstider og når deres kontaktperson er på ferie.

Både brugere og medarbejdere på misbrugsområdet er enige om, at åbningstiderne ikke matcher brugernes forskellige behov. Nogle brugere oplever, at ens åbningstider i enhederne begrænser tilgængeligheden – frem for fx at have forskellige åbningstider. Andre brugere siger, at de har svært ved at huske åbningstiderne når de er forskellige, og at de risikerer at gå forgæves. Det påpeges også at åbningstiderne, særligt for medicin afhentning, er for korte – og hvis man ikke kommer inden for åbningstiden for medicinudlevering kan man ikke få sin medicin den dag og må gå igen.

Frivillige organisationer og medarbejdere i SOF peger på, at behandlingssystemet ikke når alle målgrupper lige godt, fordi der ikke tænker nok i målgruppernes forskelligheder.

Ifølge litteraturen gør følgende sig gældende:

”Behandlingssteder med høj tilfredshed er karakteriseret ved, at personalet opleves tilgængeligt, og at der er mulighed for at få



hjælp både i form af samtaler og praktisk støtte, hvor dette er relevant.” (Hesse & Thylstrup, 2011)

### **Attituden man mødes med er ikke altid god**

Attituden som brugerne bliver mødt med har stor betydning for om brugeren føler sig velkommen og taget alvorlig. Nogle brugere oplever meget imødekommende medarbejdere, mens andre oplever mistillid og kontrol, hvilket giver følelsen af at blive ydmyget (også i jobcentre) og set ned på. Flere brugere føler, at misbruget er et tabu for dem selv og for omgivelserne, og at man generelt bliver stigmatiseret af det omgivende samfund. Mange brugere føler skam over, at de må henvende sig i et misbrugsbehandlingssystem og undgår kontakt med andre brugere.

Der er brugere, som understreger, at de ikke ønsker særbehandling fordi de har et misbrug. Og at de i højere grad ønsker, at blive mødt som individ frem for *narkoman* eller *alkoholiker*.

Ifølge litteraturen gør følgende sig gældende:

”Behandlingssteder med høj tilfredshed er karakteriseret ved en atmosfære af, at klienterne skal føle sig velkomne og skal føle, at behandlingsstedet (også) er deres sted.” (Hesse & Thylstrup, 2011)

### **Manglende inddragelse af brugeren i tilrettelæggelsen af behandlingen**

Blandt medarbejderne på misbrugsområdet har en del påpeget en manglende inddragelse af borgeren i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet samt en snak om forventningsafstemning mellem borger og behandler i starten af et behandlingsforløb. Brugerens egne ressourcer kommer heller ikke altid godt nok i spil.

Blandt nogle brugere peges der på manglende information og introduktion til de forskellige behandlingstilbud og behandlingsmetoder. Hvad er fx forskellen på dag- og døgnbehandling? Og hvad er det langsigtede perspektiv med det behandlingstilbud man får? Hvad kan man forvente af hjælp, når man er i behandling? Andre brugere er ikke helt klar over, hvad det er de går ind til, når de påbegynder et behandlingsforløb.

Ligesom begrundelsen for ikke at imødekomme en brugers behandlingsønske eller andet behov skal kommunikeret forståeligt for brugeren da der ellers er fare for, at brugeren står tilbage med en følelse af ikke at blive taget alvorligt.

Ifølge litteraturen gør følgende sig gældende:

”Behandlingssteder med høj tilfredshed er karakteriseret ved et fokus på klienternes mål og drømme i livet.” (Hesse & Thylstrup, 2011)

### **Ensomhed og manglende netværk**

Flere brugere oplever et tomrum i deres liv når de holder op med at misbruge. De føler sig meget alene, særligt lige når de kommer ud af misbruget.

Nogle har brændt alle broer bag sig, nogle mangler sociale kompetencer efter et liv med rusmidler, og nogle hænger fast i gamle netværk, hvor stoffer og alkohol er en naturlig del af samværet. Brugere har brug for støtte, netværk og samvær for at holde motivationen oppe. Behovet kan relatere sig direkte til projektet om at ændre sit forbrug/misbrug med ligestillede, men det kan også handle om at have noget meningsfuldt at tage sig til, som kan konkurrere med livet i misbrug.

Misbrugssystem er i dag ikke altid gode nok til at understøtte, facilitere og skabe rammer for nye netværk og aktiviteter til de forskellige brugere. Man bør samtidig overveje, hvorvidt man fastholder brugeren i en misbrugsidentitet ved at tilbyde netværk og beskæftigelse kun for udsatte.

For nogle brugere kan støtte fra familie og venner være afgørende for et godt behandlingsresultat, men for andre er venner og familie der ikke længere – de orker ikke at hjælpe mere. Mens andre på ingen måder ønsker at involvere egen familie.

Frivillige organisationer spiller ikke en betydelig rolle på området. Både interessenter fra Socialforvaltningen og eksterne interessenter peger på, at det hovedsageligt skyldes, at forvaltningen mangler at tilvejebringe praktiske forhold og organisatoriske rammer for, at de frivillige kan integreres, fx kontaktpersoner i SOF, som de frivillige kan regne med handler og tager ansvar. Brugen af frivillige kræver prioritering af tid og ressourcer, hvis det skal lykkes. Det er også uklart, hvilke opgaver de frivillige organisationer kan og skal løfte. Blandt medarbejdere

på misbrugsområdet udtrykkes der bekymring for om de frivillige er i stand til at løfte opgaven med så krævende borgere. Der er ligeledes en bekymring for, at de frivillige ikke er stabile og dermed kommer til at medvirke til, at nogle udsatte borgere oplever et nederlag på grund af svigtet i en relation.

Litteraturen underbygger relevansen af netværk og aktiviteter:

"... undersøgelser har vist, at kontakt med mennesker, der ikke har et misbrug af rusmidler forebygger misbrug, reducerer psykiske problemer og øger livskvaliteten [...] mens kontakt med mennesker med alkohol og/eller stofmisbrug øger risiko for tilbagefald efter behandling." (Hesse & Thylstrup, 2014)

"Stabilitet i hverdag; noget at stå op til; forbedret netværk, brud på kedsomhed og social isolation, bedre økonomi, reduktion af sidemisbrug og brud med kriminel adfærd." (evaluering af de 4 københavnske byambulatorier)

"Aktiviteter kan være vigtige ikke som integration i det omgivende samfund men som oplevelser og noget at tage sig til." (evaluering af de 4 københavnske byambulatorier)

### **Manglende tilbud i misbrugsbehandlingen**

Medarbejderne på misbrugsområdet peger på, at der mangler en række tilbud til borgere med afgrænsede problemstillinger. F.eks. mangler der en strategi for håndtering af Benzodiazepinmisbrug, tilbud til borgere med længerevarende behov for behandling af kokainmisbrug, botilbud tilpasset særlige misbrugsgrupper, familiebehandling og behandling af ældre borgere med misbrug.

Manglende behandlingstilbud og klarhed omkring behandlingsansvar til misbrugere på Socialforvaltningens egne botilbud blev også rejst. På mange af vores botilbud er der store grupper af beboere med misbrug, som ikke modtager misbrugsbehandling. Her ligger der et stort behandlingspotentiale.

Mange brugere kunne godt tænke sig mere indhold i deres liv - flere aktiviteter og netværk. Alternativet kan være tomgang, ensomhed eller misbrug. Fx for brugere på substitutionsmedicin kan det være et enerverende liv, hvor det eneste "systemet" kan tilbyde er aktiveringsamtaler og udlevering af medicin. Der er bred enighed blandt alle interessenter om, at "systemet" (SOF og andre forvaltninger) ikke er gode nok til at:

- Tilbyde aktiviteter – både i relation til behandling/medicinudlevering samt efterbehandling.

- Tilbyde – eller henviser til – differentierede aktiviteter og netværk.
- Skabe et samlet overblik over aktivitetstilbud, både kommunale og frivillige.



### **3. Manglende samarbejde generelt samt manglende sammenhæng og mening for brugerne**

Medarbejdere og eksterne interessenter – herunder BIF – peger på et manglende samarbejde som en omfattende udfordring.

Nogle borgere oplever, at behandlingen er fragmenteret, så deres behandlingsforløb bliver brudte. Nogle borgere oplever (desuden), at den samlede hjælp fra det offentlige ikke er spor samlet, men er opsplittet. Brud i behandlingsforløb giver sårbare situationer med risiko for opgiveness og tilbagefald i misbrug. Opsplitning af indsats giver borgeren problemer med at orientere sig, at finde det rigtige tilbud og at se meningen med hjælpen. Et af de tilfælde, hvor problemerne er særligt markante er opsplitningen mellem misbrugsbehandling og behandling af psykiske lidelser – dobbeltdiagnoser. En anden opsplitning er mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling, som særligt medarbejderne på misbrugsområdet finder udfordrende.

Behandlingsindsatsen dækker over flere forskelligartede tilbud, og der er en række indsats som kræver koordination. For brugerne er det vigtigt, at:

- Der er en sammenhæng i behandlingsforløbet – det vil sige, at deres behandling sker som ét sammenhængende forløb uanset, hvor mange forskellige tilbud SOF er opdelt i og at noget af forløbet ligger uden for SOF.
- De bliver behandlet helhedsorienteret – det vil sige, at de bliver behandlet som det hele menneske de er, med de individuelle behov de har.

Dette sker ikke i tilstrækkelig grad i dag. For nogle giver det en høj risiko for at falde igennem ved eksempelvis behandlingsskift, eller når man ikke er i behandling længere, fordi de har brug for en fast hånd, sammenhæng og forståelse af dem som individ. De får ikke den hjælp de har behov for, og de har svært at komme tilbage hvis de har tilbagefald.

Flere medarbejder i kommunen peger på, at der er udfordringer forbundet med koordination på tværs af forvaltningerne, som medfører stor risiko for, at borgeren falder ned ”mellem stolene”. Det påpeges endvidere, at de forskellige forvaltninger ikke altid taler sammen selvom det ville være hensigtsmæssigt for borgeren.

Ifølge litteraturen gør følgende sig gældende:

”Brugernes (fra substitutionsbehandling) verden er præget af

- Navigere i kaos
- Akutte problemer

#### **MR Voksne - personale**

Bernstorffsgade 17  
1577 København V

Telefax  
3317 3731

Mobil  
2053 5608

E-mail  
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

- Verbal kommunikation

Hvilket kan gøre det svært at opnå behandlingskontakt, hvis institutionen arbejder med planer, skriftlighed og langsigtethed".  
*Udvidet Psykosocial Indsats.*

"... behandlingsstedet [får] ofte beskeden: "Nu skal I tage jer af misbrugsbehandling, så tager vi os af resten" fra det omgivende sociale system. Den besked giver ikke mening i den lokale forståelse, hvor arbejdet med at realisere det gode liv på mange fronter (bolig, sociale relationer, uddannelse) jo netop er en vigtig del af stofmisbrugsbehandlingen." *kap. 10 Stofmisbrugsbehandling til unge. Handler det om stoffer? Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 2014*

"Regeringen af 2010 skriver følgende i deres vejledning til stofmisbrugsbehandlingen: [...] At den unge først og fremmest ses som en ung med problemer og dernæst som misbruger. Misbruget skal altså ikke i fokus. Det skal derimod den unges samlede situation." *Stofmisbrugsbehandling til unge. Handler det om stoffer?, Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 2014*

"Behandlere i stofmisbrugsbehandling vil gerne arbejde med socialt netværk, uddannelse, boligforhold, familie osv., men de får (i udgangspunktet) ikke ressourcer til det, sådan som logikken i den institutionelle struktur er." *kap. 10 Stofmisbrugsbehandling til unge. Handler det om stoffer?, Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 2014*

"... problematikker, som ikke er unikke for stofmisbrugsbehandlingssystemet, men almene udfordringer, der hænger sammen med, at komplekse, menneskelige problemer skal håndteres i en institutionel struktur, som er baseret på regler og procedurer som for eksempel visitation." *kap. 10 Stofmisbrugsbehandling til unge. Handler det om stoffer?, Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 2014*

Citater fra inddragelsesprocessen:

*Jeg kunne godt tænke mig, at der var en rød tråd mellem de forskellige behandlingstilbud man kommer hen til. At når man går i terapi et sted og lærer nogle værktøjer, at man så også har terapi det næste sted og bruger de samme værktøjer (bruger).*

*Borgere i misbrugsbehandling har brug for sammenhæng. Deres relation til behandlerne er*

*afgørende. De skal ikke "deles op" mellem forskellige aktører som de bliver nu (SOF misbrugsbehandling).*

*Som ekstern samarbejdspartner oplever man splid mellem modtageenhederne og alkoholenhederne. En slags magtkamp om hvor brugerne skal møde og hvem der skal afgøre (eksterne behandlingstilbud).*

*Der er udfordringer forbundet med overgange mellem BFCK og RCK. Og mellem RCK og HCK (SOF misbrugsbehandling).*

*Udfordring at få efterbehandling til at hænge bedre sammen med (døgn-)behandling (frivillige organisationer).*

*De oplagte arenaer hvor man kan lave tidlig opsporing udnyttes ikke. Det fx være hospitalerne, hvor folk er indlagt med mavesår som skyldes alkohol overforbrug. Manglende vidensdeling på tværs af RCK, BICK, BIF, Specialinstitution etc. (SOF misbrugsbehandling).*

*Hvis en afdeling af kommunen bevilliger fx et døgnbehandlingsforløb kan man risikere, at jobcentret vil afbryde dette i utide med krav om at borgeren skal i arbejdspraktik. Det virker meningsløst og stressende (eksterne behandlingstilbud).*

*Jeg var på jobcentret i 3 minutter så sendte de mig på kursus. Man kan godt mærke, at man er under en plan B. Hvis de havde et job til mig var jeg jo videre (bruger).*

*Dårlig timing i KK (KK ikke SOF).*

*Tydelige og klare mål fra borger og behandlingssted. Matcher det? (SOF misbrugsbehandling).  
Meningsløse projekter, fx som at tage de her brosten op og lægge dem tilbage igen (bruger).*

*Brug for mere systematisk samarbejde med de frivillige ift. ventetid på tilbud, netværk, motivation (frivillige organisationer).*

*Psykiater og misbrugsbehandler taler ikke sammen. Det skaber kaos for borgeren og modsatrettet behandling (KK ikke SOF).*

*Opsplitning af alkohol og stof er uhensigtsmæssig i forhold til at fx nogle borgere både er i kontakt med alkohol og stofbehandling.*

## **UDDYBNING**

### **Vi er ikke gode nok til at hjælpe borgere med dobbeltdiagnoser**

Det er et velkendt dilemma, et *catch 22*, at borgere henholdsvis ikke kan komme i misbrugsbehandling på grund af ubehandlet psykiatrisk lidelse og ikke kan komme i psykiatrisk behandling på grund af ubehandlet misbrug. Mange borgere – også unge – bliver afvist til psykiatrisk behandling indtil de har været afholdende fra alkohol og/eller stoffri i tre måneder, men de har svært ved at holde sig stoffri i tre måneder uden, at deres psykiatriske problemstillinger behandles med det resultat at mange fortsætter med misbrug som en form for "selvmedicinering".

Mange borgere med en psykiatrisk problemstilling har svært ved at "passe ind" i de kommunale ambulante misbrugsbehandlingstilbud, hvor det kræver, at man kan overholde åbningstider og aftaler og ikke får så meget støtte. Desuden er der også en udbredt opfattelse af, at det er vanskeligt for borgere med kognitive funktionsnedsættelser at profitere af misbrugsbehandling.

Flere peger på at der ikke er sammenhæng mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandlingspsykiatri, hvilket medfører at borgens problemstillinger ikke behandles samlet. Der mangler behandlingstilbud for borgere med dobbeltdiagnoser. Kommunens samarbejde med psykiatrien er præget af projekter med de dertil knyttede udfordringer som manglende kontinuitet og tab af viden som præger projekter, som ikke implementeres i driften.

Øvrige eksterne interessenter peger på, at når borgere afgiftes eller stabiliseres, så viser der sig ofte tegn på psykiatriske lidelser som ikke diagnosticeres eller er ubehandlet. Der er tale om underdiagnosticering, som også skyldes at det er en udfordring for det kommunale misbrugsbehandlingssystem at rekruttere psykiatere, som er de eneste der kan diagnosticere. Medarbejderne inden for Socialforvaltningens misbrugsbehandling mangler viden om dobbeltdiagnoser – også kaldet psykiatrisk komorbiditet.



Det er desuden en underudfordring, at samarbejdspartnere i kommunen ikke har overblik over de forskellige behandlingstilbud, og at der heller ikke er én oplagt indgang til behandlingstilbud for borgere med dobbeltdiagnoser.

Helt overordnet er det en udfordring, at arbejdet med dobbeltdiagnosticerede borgere er tidskrævende og langsigtet i forhold til den dominerende politiske diskurs om recovery.

Litteraturen understøtter dette:

"Både blandt stof- og alkoholmisbrugere i behandling er der en stor andel, der har psykiske problemer. 1/3 af stofmisbrugerne i behandling og 1/2 af alkoholmisbrugerne i behandling i 2007 har gennem de sidste 7 år været i kontakt det psykiatriske behandlingssystem". *Udredning af misbrugsområdet, SOF, 2010.*

"Øget differentiering af tilbud og ydelser har den utilsigtede konsekvens, at brugere lettere kommer til at 'havne mellem to stole', fordi de ikke opfylder kriterierne for at modtage en specifik ydelse, eller fordi de har flere problematikker, for eksempel stofbrug og behov for psykiatrisk behandling." kap. 3 Kommunernes mulighedsrum, *Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 2014.*

### **Manglende samspil mellem stof- og alkoholmisbrugsbehandling**

Samarbejdspartnere hæfter sig ved, at indgangen til behandlingen er besværlig og uigennemskuelig. Sammenholdt med, at borgerne selv henvender sig til eksterne institutioner og opstarter et ambulante forløb der, opleves det tungt og uhensigtsmæssigt, at borgerne bliver bedt om at starte i et nyt afklaringsforløb i alkoholenhederne hvis de ønsker døgnbehandling. De påpeger, at arbejdsgangene mellem alkoholenhederne og modtageenhederne er uklare og det er svært for borgere, samarbejdspartnere og behandlerne internt i kommunen at finde rundt i systemet.

Internt i kommunen peges på, at det er en kunstig opdeling af alkohol og stof da en del borgere har et blandingsmisbrug og derfor hører til i begge kategorier. Der opnås heller ikke de synergieffekter som er mulige ved en tættere tilknytning, der også kan give en bedre ressourceudnyttelse.

Litteraturen understøtter dette: "40 % af stofmisbrugerne har alkoholafhængighed eller -misbrug. Misbruget mindskes ikke signifikant under behandlingen". *Ambulant behandling af stofmisbrug, 2011*

## **Manglende fokus på tidlig indsats og efterbehandling**

Flere peger på, at Socialforvaltningens misbrugsbehandlingssystem kommer for sent ind. Der mangler mere fokus på tidlig indsats og/eller fremskudt behandling fx på skoler og i familier med misbrug. Desuden peger flere interessenter fra kommunens øvrige forvaltninger på, at de oplagte arenaer, hvor man kan udføre tidlig opsporing og forebyggelse ikke udnyttes.

Flere forskellige interessenter efterlyser også øget fokus og vægt på efterbehandling. Der bliver bl.a. peget på, at der generelt mangler fokus på fastholdelse efter endt behandling, og at det er en udfordring at få efterbehandlingen til at hænge bedre sammen med behandlingen.

## **Manglende mening og gennemsækelighed i behandling**

Brugerne kan indimellem have svært ved at se formålet med en specifik behandling. Eller de har oplevelsen af at deltage i meningsløse aktiveringsprojekter i forbindelse med aktivering. Det står også nogle gange uklart hvorfor de netop har fået et tilbud frem for et andet og det kan være svært at holde fast i det langsigtede perspektiv.

Der er brugere som har oplevet, at meningen eller formålet med deres behandlingsophold ikke var klart for dem, derfor blev aktiviteter og samtaler under deres ophold også meningsløse. I og med misbrugsbehandlingen er komplekst kan målet med indsatsen, ifølge SOF misbrugsbehandling og eksterne interessenter, blive uklar især når der er mange aktører på banen.

Litteraturen påpeger, at tilfredshed og mening hænger tæt sammen:

"Tilfredshed er forbundet med, at klienterne er i stand til at forstå meningen med de tiltag, de tilbydes i forbindelse med behandlingsforløbet". *Ambulant behandling af stofmisbrug, 2011.*

"Behandlingssteder med høj tilfredshed er karakteriseret ved at det bliver klart for klienterne, hvordan de mål, de opstiller sammen med behandlerne, hænger sammen med de tiltag, der gøres i behandlingen. Dette er ikke blot en opgave, der handler om at "forklare" behandlingen, men i lige så høj grad at selve tiltagene har en kvalitet og en meningsfuldhed, som skaber forståelsen hos klienterne". *Ambulant behandling af stofmisbrug, 2011.*

## **For lidt inddragelse af frivillige**

Når de frivillige ikke bliver brugt særligt meget på misbrugsområdet, har det flere årsager: At behandlingsorganisationen ikke er gearret, at medarbejderne er forbeholdne, og at man synes, det er uklart, hvad de frivillige skal lave, og hvordan deres indsats skal spille sammen med det professionelle.

Medarbejdere fra Socialforvaltningen peget på et behov for præcisering og afgrænsning af, hvad de frivillige kan og skal tage sig af i samspillet med det offentlige. Behovet for præcisering kan både afspejle et behov for at tænke løsningsorienteret, men virker også som udtryk for en iboende skepsis, og bliver dermed også et billede på "mindsettet". Der er uklarhed i forhold til, hvilke indsats de frivillige med mening kan indgå i, hvordan det spiller sammen med det offentlige og hvordan det afgrænser sig fra det offentlige. En af de analytiske kommentarer fra en medarbejder på misbrugsområdet var således, at vi som myndighed er vant til at skulle give lige præcis den ydelse, der er lovgivningsmæssig hjemmel for. Hverken mere eller mindre. Derfor er det et brud på vores tankegang, hvis vi pludselig skal have øjnene op for behov, der ikke skal gives ydelser for, men som skal løses af andre. Der skal etableres nye grænser oveni de gamle.