
Evaluering Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

Center for Rusmiddelbehandling København



Udarbejdet af Videns- og udviklingsenheden, Borgercenter Voksne, Vinter 2017



Indhold

Indhold.....	2
1. Indledning og formål	3
2. Overordnet konklusion.....	13
3. Metode	20
4. Status på mål for misbrugsområdet ud fra kvantitative data	27
5. Straksbehandling	33
6. Åbningstider	51
7. Faglig specialisering og ny teamstruktur	61
8. OPS-tilbud.....	77
9. Gruppebehandling.....	85

1. Indledning og formål

Københavns Kommunes Socialudvalg (SUD) besluttede i juni 2015 en omlægning af kommunens misbrugsindsats. Baggrunden for omlægningen var, at mange københavnske borgere med et misbrug – ikke mindst alkoholmisbrug – ikke var i behandling. Samtidig er der de seneste år sket ændringer i hvilke stoffer borgerne misbruger. En udvikling af misbrugsområdet skulle derfor hjælpe flere i behandling og tilpasse ydelserne til de ændrede behov. Det var også et ønske, at behandlingssystemet skulle understøtte de såkaldte "Københavnermål". Når vi styrker indsatserne i forhold til stof- og ikke mindst alkoholmisbrug, understøtter vi indirekte målene om social mobilitet, sundhed og beskæftigelse.

Forud for udvalgsbeslutningen var en omfattende inddragelsesproces med det formål at sikre de rette input til hvilke konkrete ændringer, der er behov for. Omlægningens konkrete fokuspunkter er dermed udviklet i tæt dialog med blandt andet borgere, medarbejdere, interesseorganisationer og samarbejdspartnere, ligesom litteratur og forskere på området er blevet inddraget. Ca. 70 borgere deltog i forarbejdet til omlægningen i individuelle interview, der blev afholdt 4 workshops og forvaltningen var i dialog med landets seks største byer om deres erfaringer.

Gennem denne inddragende proces blev der identificeret 13 konkrete udfordringer:

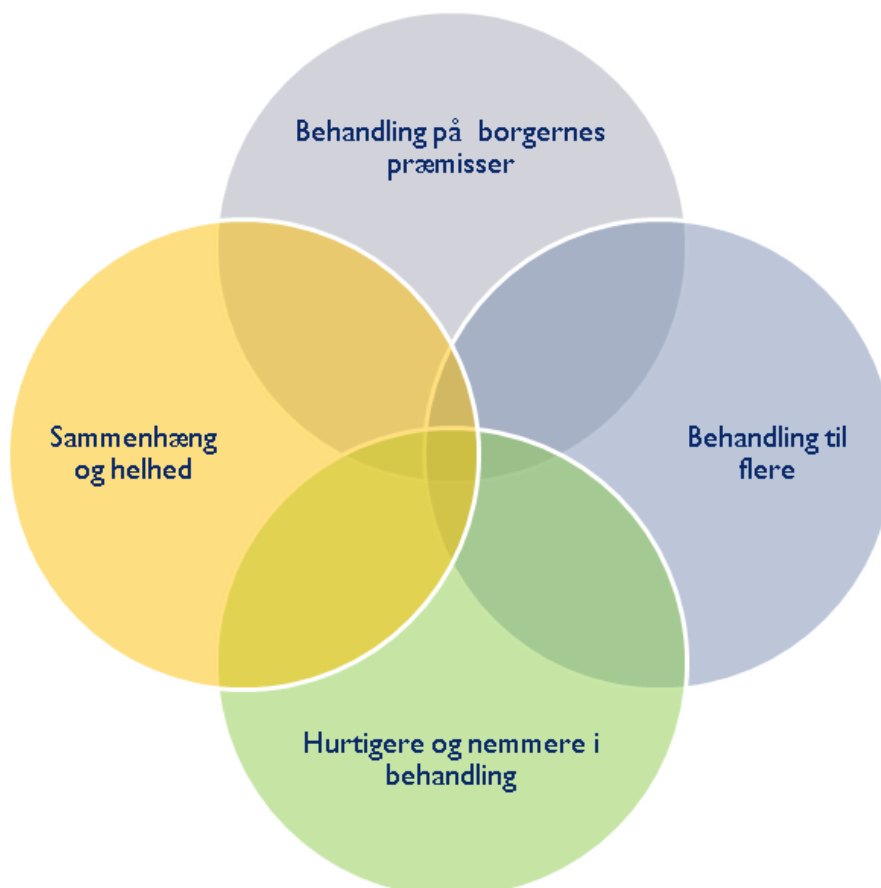
Boks 1: 13 identificerede udfordringer fra inddragelsesprocessen

1. De ydelser Socialforvaltningen tilbyder matcher ikke altid de behov borgerne giver udtryk for (*Identificeret af borgere*)
2. Der mangler sammenhæng og helhedsorienteret indsats i behandlingen og i forebyggelsen (*identificeret af borgere*)
3. Der mangler mening og gennemsækelighed i behandlingen (*identificeret af borgere*)
4. Der er begrænset tilgængelighed til behandling, når behovet er der (*identificeret af borgere*)
5. Borgerne har behov for hjælp til at erstatte gamle destruktive netværk og aktiviteter med nye konstruktive netværk og aktiviteter (*identificeret af borgere*)
6. Attituden man mødes med er vigtigt – og den er ikke altid god (*identificeret af borgere*)
7. Der er for lidt inddragelse af frivillige (*identificeret på workshops for eksterne interessenter*)
8. Vi er ikke gode nok til at hjælpe borgere, som har dobbeltdiagnose (*identificeret på workshop for eksterne interessenter*)
9. Svingende kvalitet i eksterne pladser (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
10. Der mangler konsensus om mål og midler i behandlingen (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
11. Der mangler samspil mellem stof og alkoholbehandling (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
12. Misbrugsområdet er i dag inddelt i for små enheder (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
13. Politikere og forvaltning mangler et kvalificeret vidensgrundlag til at prioritere mellem brugergrupper (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*).

Med afsæt i de identificerede udfordringer fra den inddragende proces er udviklingen af misbrugsindsatsen med etablering af Center for Rusmiddelbehandling København (CRK) planlagt ud fra en vision om at sikre:

- Behandling på borgernes præmisser
- Behandling til flere københavnere
- At det bliver hurtigere og nemmere at komme i behandling
- Øget sammenhæng og helhed i behandlingen

Figur 1: Visionen for omlægningen



Behandlingen skal tilrettelægges på borgerne præmisser. Borgernes perspektiv skal stå helt centralt i behandlingen fra start til slut, så borgerne oplever mening og sammenhæng i behandling. Borgerne skal inddrages mere i fastlæggelsen af deres behandlingsplan, og borgerne skal have mere valgfrihed, herunder mulighed for at vælge hvor behandlingen skal foregå, hvad behandlingen skal indeholde og hvilke medarbejdere de skal samarbejde med.

Det skal være **let at gå ind af døren og få umiddelbar**, konkret hjælp til sit misbrugsproblem, hvorfor hjælpen skal være imødekommende, fleksibel og individuelt tilpasset. Dette skal bidrage til at fastholde borgeren i behandling, så vedkommende får mest muligt ud af tilbuddet.

Alkohol- og stofbehandling skal integreres således, at der sikres **mere sammenhæng** for borgere med et samtidigt misbrug af alkohol og stoffer og således at der skabes et mere ensartet serviceniveau for de to områder.

Gennem en tilpasning af indsatsen hvor behandlingen i højere grad er baseret på borgernes præmisser, ønsker og behov, søges ligeledes at sikre **behandling til flere**.

Med omlægningen blev der ligeledes lagt vægt på mere tværgående fokusområder:

Øget samspil mellem psykiatri, misbrug og hjemløse styrkes med fokus på en mere fremskudt indsats, hvor i særlig grad borgere med misbrugsproblemer på socialpsykiatriske botilbud opsøges mere aktivt.

Kvalitetsforbedring af substitutionsbehandlingen med fokus på blandt andet implementering af Sundhedsstyrelsens vejledning på området og løbende opmærksomhed omkring metadon doser og administration af medicin.

Effektiv ressourceudnyttelse med fokus på etablering af større og mere robuste, driftssikre behandlingssenheder, og som hver især kan tilbyde en bred vifte af behandlingstilbud til borgerne. Effektiv ressourceudnyttelse handler ligeledes om at udnytte de eksisterende specialkompetencer bedre og på tværs af enhederne.

Etableringen af Center for Rusmiddelbehandling København

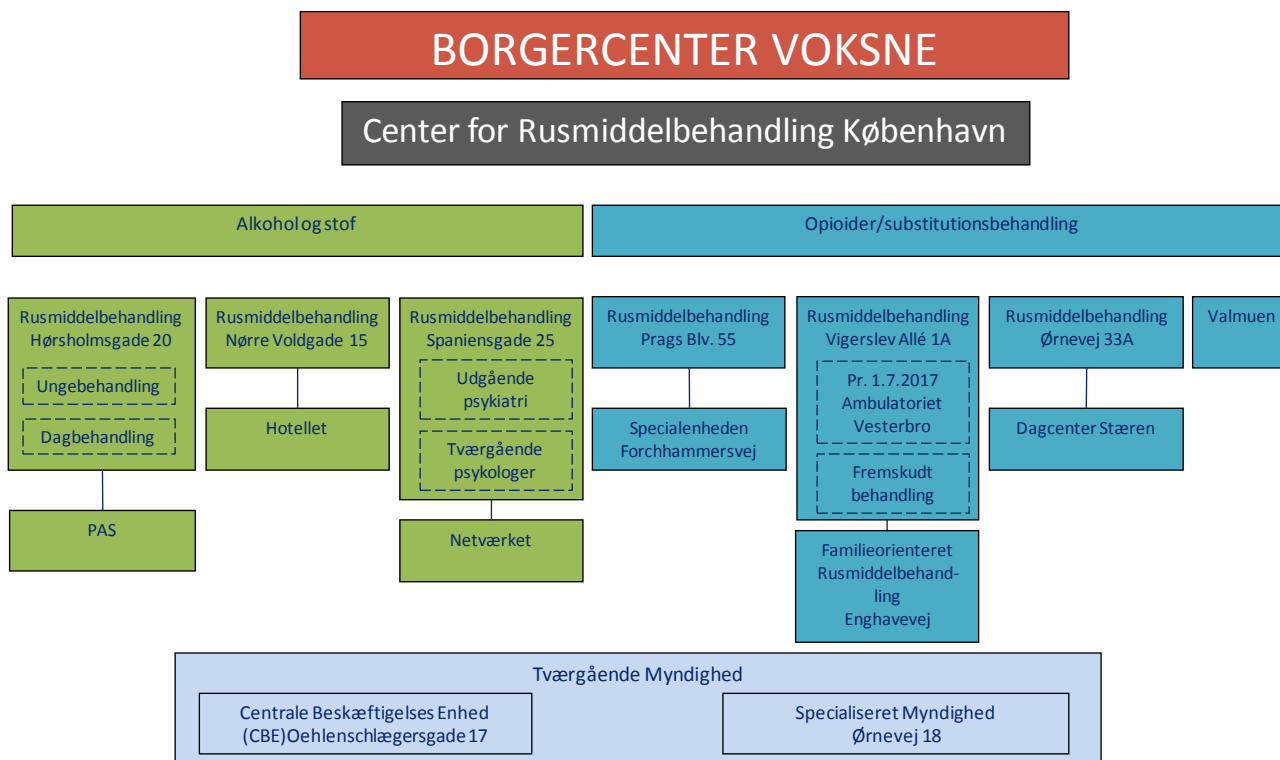
Med afsæt i ovenstående beskrevne udfordringer og grundlæggende principper blev Center for Rusmiddelbehandling København (CRK) etableret. Antallet af behandlingssenheder blev reduceret fra 12 enheder¹ til seks enheder 6 (jf. figuren nedenfor). Tre enheder med fokus på behandling af misbrug af alkohol, hash og central stimulerende stoffer (alkohol og stof enheder) og tre enheder med fokus på substitutionsbehandling.

Hertil kommer en tværgående Enhed for Myndighed og Beskæftigelse samt en række tværgående tilbud og indsatser til borgere med særlige behov, med det formål at varetage afgørelser og specialiserede myndighedsopgaver.

Se figuren for organisering af Center for Rusmiddelbehandling København på næste side.

¹ Fire alkoholenheder samt fire modtageenheder og fire behandlingssenheder på stofområdet.

Figur 2: Organisering af Center for Rusmiddelbehandling København pr. 1.1.2016



Omlægningens hovedpunkter

Omlægningen baserer sig endvidere på principperne for Socialforvaltningens arbejde:

- Høj kvalitet i indsatsen og god dialog med borgerne
- Fokus på forebyggelse og tidlig indsats
- Aktivering af borgernes ressourcer og netværk
- Mere samskabelse med civilsamfundet



Omlægning skal bidrage til opfyldelse af pejlemærket om misbrug i Socialstrategien:

- Flere københavnere stopper eller reducerer deres misbrug

Pejlemærke

For at understøtte dette pejlemærke er der med omlægningen sat følgende mål om virkninger på lang sigt:

- Det skal være hurtigere og lettere for københavnere at komme i misbrugsbehandling
- Der skal være behandling til flere københavnere
- Der skal være bedre resultater af behandlingen
- Misbrugsbehandling til flere borgere på socialpsykiatriske botilbud

Virkninger på lang sigt

I efteråret 2015 blev omlægningens hovedaktiviteter omsat til **10 kernemål** for implementeringen af omlægningen.

Fem aktiviteter med fokus på etableringen af driften i de seks nye enheder:

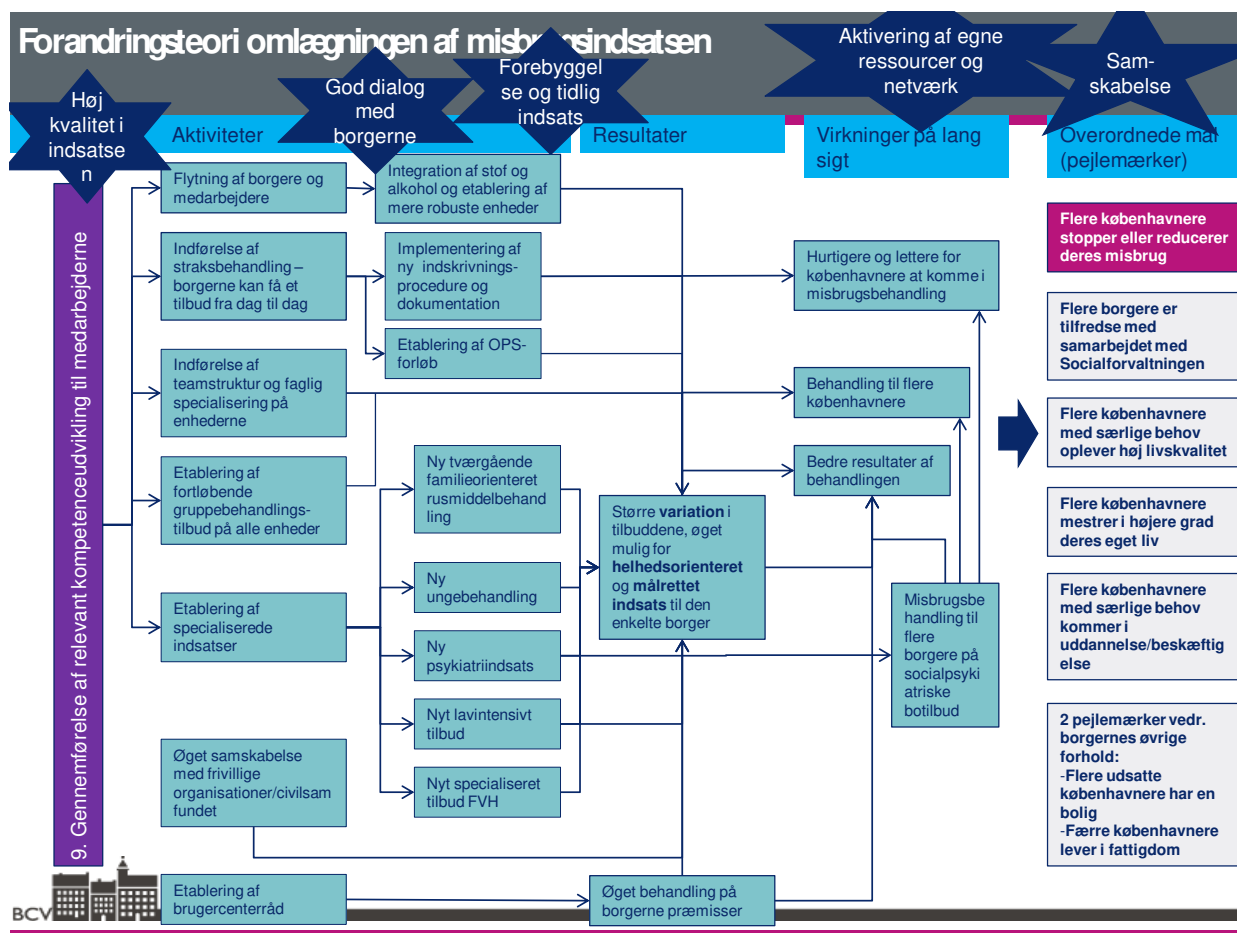
- 1) Alle borgere og medarbejdere er flyttet til nye lokationer med et minimum af borgerfracald
- 2) Indførelse af **straksbehandling**, hvor borgerne kan få et tilbud fra dag til dag
- 3) Etablering af fortløbende **gruppebehandling** for borgerne
- 4) Indførelse af **teamstruktur og faglig specialisering** på enhederne
- 5) Etablering af ny tværgående **familieorienteret** rusmiddelbehandling

Fem aktiviteter med fokus på udvikling af yderligere tværgående og specialiserede indsatser:

- 6) Etablering af et tilbud som **ungebehandling** og en styrket indsats til borgere med en **dobbelbelastning** på botilbud
- 7) Etablering af et nyt **specialiseret tilbud til de mest udsatte** borgere pr. 30. juni 2016 (fusion af FHV og Classensgade) og pr. 30. juni 2017 etableret et **lavintensivt tilbud** på Vigerslev Alle
- 8) Indgåelse af konkrete samarbejder med **frivillige** organisationer
- 9) Medarbejderne får løbende den relevante **kompetenceudvikling** til at kunne varetage nye funktioner og der er lagt en mere langsigtet plan for kompetenceudvikling
- 10) Etablering af et **Brugercenterråd** i CRK

Figuren på næste side viser den samlede forandringsteorien for omlægningen af misbrugsindsatsen.

Figur 3: Samlet forandringsteori for omlægningen af misbrugsindsatsen Københavns Kommune



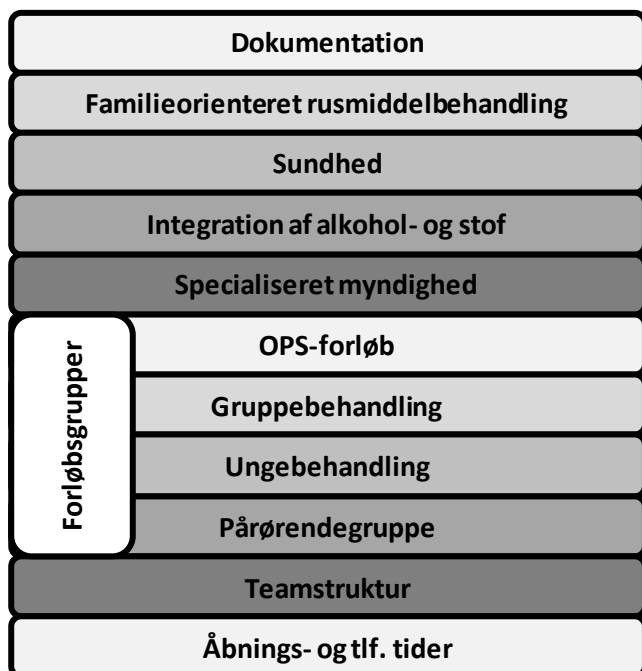
Organisering af omlægningen i praksis

Til at understøtte og sikre fremdrift i omlægningen blev der i august 2015 nedsat en faglig styregruppe med fokus på den faglige udvikling af behandlingstilbuddene i CRK, og en administrativ styregruppe med fokus på det administrative arbejde i forbindelse med omlægningen i forhold til flytning af enheder, flytning af medarbejdere og borgere i diverse IT systemer, øvrige personalemæssige forhold mv. 1100 borgere har flyttet behandlingsenhed og ca. 250 medarbejdere fik nye arbejdspladser og/eller nye kollegaer og ledere.

I tilknytning til de to overordnede styregrupper blev der nedsat en række arbejdsgrupper, hvor medarbejdere og ledere på tværs af centret deltog i blandt andet den faglige udvikling af de fremtidige indsatser. Medarbejdere og ledere har sideløbende med opgaverne forbundet med flytning af medarbejdere og borgere, opstart af nye enheder samt sikring af en kontinuerlig daglig drift ydet en kæmpe indsats med at udvikle og tilpasse de faglige indsatser, der i dag er grundpillerne i de nye rusmiddelbehandlingsenheder.

Følgende arbejdsgrupper bestående af ledere og medarbejdere blev etableret til udvikling af de nye indsatser i CRK:

Figur 4: Arbejdsgrupper nedsat som en del af den faglige udvikling af omlægningen



Mere end 60 medarbejdere og ledere på tværs af alle enheder har deltaget i ovenstående arbejdsgrupper. Nogle arbejdsgrupper, fx "Dokumentation" og "Familieorienteret rusmiddelbehandling" eksisterer fortsat, mens andre arbejdsgrupper i dag er konverteret til netværk på tværs af enhederne med fokus på fortsat faglig kvalificering og udvikling af de specifikke indsatser.

Sideløbende med arbejdsgrupperne har der som en del af omlægningen været nedsat en dialoggruppe med repræsentanter fra Udsatterådet i Københavns Kommune bestående af:

- Anja Bloch, Brugernes Akademi
- Jørgen Kjær, Brugerforeningen
- Peter Juul (formand Udsatterådet)
- Christian Hvidt, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
- Kira West, Reden
- Nanna W. Gotfredsen, Gadejuristen
- Alberte Bryld Burgaard, Borgercenterchef, CRK
- Alice Højmoser, områdechef, CRK
- Mie Carstensen, projektchef, CRK

Der er afholdt møder en gang i kvartalet, hvor status på omlægningen er blevet drøftet, lige som særlige temaer er blevet taget op, eksempelvis udviklingen af behandlingen på substitutionsenhederne, inddragelse af frivillige og etableringen af brugercenterråd.

Der er gode erfaringer med afholdelsen af de løbende møder, og de to brugerforeninger har givet udtryk for, at det har bidraget til en bedre og tættere dialog, og der er ønske om, at disse møder fortsætter fremadrettet.

Flytning af borgere

Den fysiske etablering af CRK blev gennemført primo januar 2016 med sammenflytningen af 12 tidligere enheder til seks nye rusmiddelbehandlingsenheder. Omkring 1100 borgere flyttede i forbindelse med etableringen af CRK behandlingsenhed.

Der var forud for flytningen gjort et stort arbejde for at sikre en tryk og god overgang for, i særlig grad de borgere som var tilknyttet enheder, der fysisk blev lukket som følge af omlægningen (De fire tidligere alkoholenheder; Den tidligere Behandlingsenhed Indre samt Modtageenhed Vest).

Forud for flytningen modtog alle borgere brev om, hvordan de ville blive påvirket af omlægningen. I det omfang det var muligt, fik borgerne brevene udleveret, når de mødte frem i enheden, og brevet blev fulgt op af en samtale med en kontaktperson. Herudover blev borgerne inviteret til at henvende sig løbende med eventuelle tvivlsspørgsmål til deres kontaktperson og/eller lederen af enheden. De borgere som i perioden ikke mødte frem i enheden fik brevet tilsendt.

For borgere med særlige behov, blev der lavet særlige aftaler om, at de blev fulgt over i deres nye enhed af deres kontaktperson eller en anden kendt medarbejder.

I alle enheder blev der ophængt informationsplakater om omlægningen og flytningen og efter flytningen hang der i den første periode efter flytningen information om, at enheden var lukket og hvor borgerne i stedet kunne henvende sig.

Materialet til borgerne blev udarbejdet med input fra repræsentanter fra medlemmer af Udsatterådet, Anja Bloch fra Brugernes Akademi og Jørgen Kjær fra Brugerforeningen.

Frit valg af behandlingsenhed

Borgerne har frit kunnet vælge, hvilken enhed de fremadrettet har ønsket at modtage behandling fra. Mange borgere ønskede at følge med til den enhed, hvor deres kendte kontaktperson flyttede til. I det omfang det var muligt, er borgeren fortsat med samme kontaktpersonen i den nye enhed, hvis det var ønsket.

Det er forskelligt, hvordan borgerne har oplevet omlægningen. Nogle borgere, der er indskrevet på nye enheder, fortæller, at der i starten var en vis grad af kaos og forvirring på grund af ombygninger og skift i medarbejdergruppen, men at det på interviewtidspunktet var faldet på plads. En borger i substitutionsbehandling oplevede omvendt, at flytningen fra en enhed til en anden var gået godt og uden problemer:

”Det har været meget professionelt hele vejen igennem. Også da jeg blev overført fra Hørsholmsgade”. (Borger i substitutionsbehandling)

Der vil i forbindelse med brugertilfredshedsundersøgelsen januar-februar 2017 blive fulgt op på borgernes trivsel i de nye enheder, hvorved vi kan få et mere repræsentativt billede af borgerperspektivet på omlægningen.

Kompetenceudvikling

Til at understøtte omlægningen udarbejdede den faglige styregruppe sammen med de lokale ledere i efteråret 2015/vinteren 2016 en overordnet plan for kompetenceudvikling af medarbejderne i det nye CRK. Planen er løbende i 2016 blevet justeret på baggrund af de aktuelle behov og den samlede prioritering i CRK.

Kompetenceudviklingsplanen indeholdt en prioritering af hvilke tiltag, der var behov for at igangsætte og i hvilken rækkefølge, idet det var afgørende at kompetenceudviklingen blev set i sammenhæng med øvrige opgaver med implementeringen af omlægningen og den daglige drift i enhederne.

I arbejdet har der været tilrettelagt kompetenceudvikling målrettet:

- Alle medarbejdere i CRK
- Enheder
- Specifikke opgaver/temaer
- Faggrupper

Kompetenceudvikling er, som en del af omlægningen, blevet defineret i bred forstand. Der har således været tale om kompetenceudvikling forstået som:

- Sidemandsoplæring
- Kurser og temadage i enhederne/afholdt af interne ressourcepersoner
- Kurser og temadage afholdt af eksterne ressourcepersoner

Det er i CRK forbeholdt den enkelte leder inden for eget budget at prioritere midler til kompetenceudvikling i den enkelte enhed. Som supplement har der i forbindelse med omlægningen været afsat 600.000 kr. til tværgående prioriteringer af kompetenceudvikling i centret.

Som opfølgning på kompetenceudviklingsplanen er der i MUS samtaler ultimo 2016 blevet afdækket yderligere kompetenceudviklingsbehov for den enkelte medarbejder. Der er udviklet et redskab hertil, som lederne kan inddrage i MUS samtalerne. Lederne har herefter mulighed for at afklare, om der er tværgående behov i enheden og/eller på tværs af enhederne. For at understøtte en videre fremadrettet strategisk kompetenceudvikling i CRK, er der udvalgt ledelsesrepræsentanter på tværs af centret, som vil sikre den videre strategiske prioritering af området.

Den samlede kompetenceudviklingsplan kan ses af bilag 23².

Rapportens hovedfokus

Denne rapport har fokus på evaluering af implementeringen af ovenstående **kernemål 1-4 og 9**, som i særlig grad vedrører etableringen af de seks behandlingsenheder og Enhed for Myndighed og Beskæftigelse samt kompetenceudvikling til medarbejderne.

Evaluering af de tværgående og specialiserede indsatser i kernemål 5-10 forventes at foreligge ultimo 2017.

² Bilaget kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" ("BCV Stab" → "Område 4" → "Videns- og udviklingsenhed" → "Endelig evaluering + bilag").

Som en del af indeværende rapport er der ligeledes udarbejdet anbefalinger til, hvordan der i 2017 skal arbejdes videre med implementeringen af omlægningen.

Læsevejledning

Kapitel 2 indeholder en overordnet opsummering af rapportens hovedpointer og overordnede anbefalinger til det videre arbejde med implementeringen af kernemål 1-4.

Kapitel 3 indeholder en gennemgang af den metodiske tilgang til opfølgningen og evalueringen. Herunder uddybes hvilke datakilder, der ligger til grund for rapporten.

Kapitel 4 går i dybden med de foreløbige resultater vedr. de overordnede mål, der er opstat for omlægningen, med udgangspunkt i kvalitative data fra CSC og SOFLIS.

Kapitel 5-9 giver status på implementeringen af hovedaktiviteterne (straksbehandling, åbningstider, faglig specialisering og teamstruktur inkl. etableringen af Enhed for Myndighed og Beskæftigelse, OPS-forløb samt gruppebehandling) med udgangspunkt i kvalitative interview af borgere, medarbejdere og ledere.

2. Overordnet konklusion

Med omlægningen af misbrugsindsatsen i Københavns Kommune blev Center for Rusmiddel behandling København (CRK) i januar 2016 etableret med seks nye behandlingsenheder samt en enhed for specialiseret myndighed og beskæftigelse. Overordnet har omlægningen af misbrugsindsatsen været, og er fortsat, omfattende og indeholder ud over den fysiske flytning af borgere og enheder implementering af en ny måde at møde borgerne på, hvor indsatsen, i den udstrækning det er muligt, tilrettelægges på borgernes præmisser. Det drejer sig blandt andet om indførelsen af straksbehandling med en bredere vifte af interne tilbud som matcher borgernes forskellige behov gennem en øget faglig specialisering, OPS-forløb og gruppebehandling. Det er implementeringen af disse indsatser, der har været fokus i denne evaluering.

Overordnet set er omlægningen gået godt og implementeringsplanerne for de specifikke omlægningsaktiviteter i 2016 er nået:

- Der ses allerede nu en positiv udvikling i antallet af borgere i behandling i CRK, idet der trods et år fyldt med forandringer har været et stigende antal nye indskrivninger i centret sammenlignet med 2015.
- Integration af stof og alkohol er i høj grad lykket og betyder at flere borgere kan modtage relevant og ensartet behandling. Borgere interviewet om de nye interne ambulante, integrerede behandlingsgrupper oplever stor tilfredshed med og effekt af tilbuddet og tillægger diversiteten gruppe-medlemmerne imellem som særlig værdifuld for behandlingen.
- Der er implementeret straksbehandling i alle seks behandlingsenheder, hvilket betyder, at det er blevet hurtigere og nemmere at komme i behandling idet alle indskrives til behandling samme eller senest den efterfølgende dag fra henvendelsen. Borgeren vælger i dag selv, hvilken behandlingsenhed de vil benytte. Adspurgt i evalueringen fortæller de fleste borgere, at de har været tilfredse med mødet med enhederne og at de er tilbudt relevant hjælp. Det fremhæves blandt andet, at muligheden for hurtig opstart i medicinsk behandling er en væsentlig forbedring. De borgere der forholder sig mere kritisk til tilbuddet i behandlingsenhederne handler hovedsageligt om reglerne for udlevering af substitutionsmedicin, hvor der efterlyses større fleksibilitet i forbindelse med opstart og/eller afslutning af medicinsk behandling.
- Den ny organisering og sammensætningen af medarbejdere med kompetencer indenfor forskellige fagområder sikrer et mere ensartet og tværfagligt, specialiseret tilbud på samtlige enheder. De fleste borgere beskriver, at de oplever sammenhæng i indsatsen og en tillid til at de kan få den hjælp, de har brug for. Der er en generel tilbagemelding om, at det står klart for borgerne, hvem i enheden de skal gå til, hvis de har spørgsmål til deres behandling eller har brug for hjælp til noget specifikt.
- Der er etableret en Enhed for Myndighed og Beskæftigelse, hvor det er lykket at nedbringe sagsbehandlingstiden for enkeltydelser og sikre et styrket fagligt fundament i afgørelser om enkeltydelser og i visitation til eksterne behandling.
- Der er implementeret en styrket intern, ambulant terapeutisk behandling på alle enheder med mulighed for individuel behandling samt gruppebehandling. Borgere der har deltaget i gruppebehandling fremhæver gruppeformen som særlig værdifuld for den udviklingsproces, som

de beskriver, at gruppebehandlingen har foranlediget og fortæller, at de har nået deres mål for det pågældende behandlingsforløb, det være sig reduktion eller ophør.

Overordnet set er omlægningens hovedområder implementeret i de seks nye behandlingssenheder. I 2017 vil der sideløbende med implementering af de øvrige aktiviteter i omlægningen fortsat være behov for at understøtte den videre implementering af visionen med omlægningen og dermed de mere indholdsmæssige og kulturelle ændringer med omlægningen, som fx hvordan vi bedst muligt møder borgerne på borgernes præmisser.

Etableringen af enhederne

Som en del af omlægningen har omkring 1100 borgere skiftet behandlingssted og ca. 250 medarbejdere fået ny arbejdsplads og/eller nye kolleger og ledere. Samtidig har medarbejdere og ledere bidraget til den konkrete udvikling og implementering af nye indsatser og har ydet en utrolig stor indsats i forhold til at sikre, at CRK fremadrettet kan levere en endnu bedre behandlingsindsats til københavnere, der har et misbrug af alkohol eller stoffer. Det er dog også en generel tilbagemelding fra medarbejderne på tværs af de nye enheder, at der med omlægningen har været tale om en meget stor og krævende opgave.

Der har som en del af omlægningen været en omfattende kompetenceudviklingsplan. Trods dette er der fortsat medarbejdere, der giver udtryk for forskellige kompetenceudviklingsbehov, ikke mindst inden for de nye rusmiddel- og fagområder, hvilket der derfor i det fremadrettede arbejde med implementeringen af omlægningen vil være et fortsat behov for at sætte fokus på. Der vil også de kommende år i CRK være fokus på fortsat udvikling af de forskellige faglige dele af behandlingsindsatsen og samspillet mellem faggrupperne.

Erfaringen fra omlægningen har vist, at timing af hvornår kompetenceudvikling og kurser lægges er en vanskelig øvelse, i forhold til hvornår medarbejderne får det rette udbytte, samtidig med at driften af enhederne skal opretholdes.

Mange medarbejdere oplever derudover, at der fortsat kommer nye opgaver til, uden at de får den nødvendige ro til at få etableret stabilitet og kontinuitet. Der efterspørges i denne sammenhæng på tværs af de seks behandlingssenheder en generel prioritering af opgaver og indsatser, der igangsættes i CRK samt et fortsat fokus på at følge op på de indsatser som igangsættes.

Boks 2. Anbefalinger om etableringen af enhederne

Det anbefales, at der i 2017 arbejdes videre med at:

- Sikre overblik og prioritering af aktiviteter i CRK.
- Sikre at medarbejderne modtager relevant kompetenceudvikling, i særlig grad vedr. nye rusmiddelområder og faglige roller.

Behandling til flere københavnere

Til trods for at 2016 har været et år præget af omlægning og store organisatoriske ændringer, ses der allerede nu positive tendenser i udviklingen. Set i forhold til 2015 er der samlet set sket en stigning på 6,5 procent i antallet af borgere indskrevet i behandling i CRK i 2016 i forhold til 2015, hvilket må betragtes som et godt resultat.

Antallet af borgere der udeblev fra behandling i 2016 er på niveau med 2015. Det er derfor fortsat et opmærksomhedspunkt, at få mere viden om de bagvedliggende årsager til disse udeblivelser, således at modtagelsen af og indsatsen til disse borgere kan målrettes eventuelle særlige behov.

Med omlægningen er det i særlig grad lykket at tiltrække nye borgere med behov for alkoholbehandling. Sammenlignet med 2015 har 144 flere borgere i 2016 søgt om alkoholbehandling svarende til en stigning på 14,1 procent, og 21 flere borgere har søgt om stofbehandling i 2016 svarende til en stigning på 3 procent.

Nogle medarbejdere på tværs af enheder og faggrupper peger på, at de mangler overblik over tilbud på tværs, fx til unge, borgere med et kaotisk liv, ældre demente, borgere med betydelige psykisk eller kognitiv funktionsnedsættelse. Generelt vurderes det, at der i 2016 har været fokus på etablering af egne enheder for at tilbyde behandling til flere, hvor der nu i højere grad er behov for at orientere sig ud i organisationen og om hinandens tilbud og arbejdsgange, så medarbejderne i højere grad bliver bevidste om, hvad borgerne kan få af tilbud andre steder i CRK og mere generelt i BCV/SOF. Dette skal der i 2017 sættes øget fokus på.

Boks 3: Anbefaling om behandling til flere

Det anbefales, at der i 2017 arbejdes videre med:

- Fortsat implementering af tværgående indsatser til borgere med særlige behov samt øget viden om hvilke tilbud og muligheder for særlige indsatser, der mere generelt er til borgerne på tværs af CRK og BCV/SOF.

Hurtigere og lettere for københavnere at komme i behandling

Straksbehandling

Det er blevet hurtigere og lettere for borgerne at komme i behandling, og der er implementeret straksbehandling på alle enheder. Borgerne har frit valg, i forhold til på hvilken enhed de ønsker at modtage deres behandling. Borgerne oplever det generelt positivt at komme ind i enhederne og oplever at få den relevante hjælp og indsats.

Borgerne kan henvende sig direkte i den behandlingsenhed, hvor de ønsker at modtage behandling og opstarte i behandling samme dag eller dagen efter. Særligt for de tidligere stofborgere er det hermed blevet hurtigere og lettere at opstarte i behandling. Det gælder ligeledes opstarten i medicinsk behandling på de tre substitutionsenheder, hvilket fremhæves som en positiv udvikling.

Set i forhold til tidligere er adgangen til terapeutisk behandling blevet nemmere som følge af implementering af gruppe- og individuel behandling i alle seks enheder.

Nogle borgere giver i forlængelse heraf udtryk for, at det kan være vanskeligt at få overblikket over, hvilke tilbud der er i CRK samt deres konkrete behandlingsforløb i den indledende fase. Samtidig oplever nogle medarbejdere, at det kan være vanskeligt at sikre borgerne de relevante informationer, blandt andet fordi borgerne ofte ikke kan rumme eller huske alle oplysninger på en gang. Der kan med gavn implementeres et dialogredskab til borgerne, med nem adgang til og overblik over de eksisterende aftaler, ligesom hjemmesiden kan opdateres med relevante og interaktive informationer til borgerne.

Samtidig med at straksbehandling opleves som en forbedring af indsatsen for borgerne, både set i forhold til at sikre øget behandling på borgernes præmisser og at det skal være hurtigere og nemmere at komme i behandling, opleves straksbehandling af medarbejderne som ressourcekrævende, i forhold til at sikre det rette setup, så de relevante medarbejdere er til rådighed, når borgerne møder frem. På tværs af enhederne efterspørges et fælles sprog for, hvad straksbehandling er og indbefatter i mødet med borgerne. I forlængelse heraf oplever nogle af substitutionsenhederne et behov for mere strukturering og udvikling af kontaktpersonernes myndighedsopgave og efterspørger mere videndeling på tværs af enhederne.

Som en del af straksbehandlingen blev det med omlægningen besluttet, at der på alle enheder løbende skal være åbne tilbud om OPS-forløb med undervisning i forskellige behandlingsrelevante emner, som borgerne frit og fleksibelt kan deltage i efter behov og interesse. Ønsket med OPS-forløb har ligeledes været at kunne tilbyde individuelt tilpasset behandling til flere, ved at flere borgere tilbydes behandlingsrelevant information i grupper frem for individuelt. Etableringen af OPS-forløb som en fleksibel straksindsats er ikke lykket, og meget få borgere har benyttet sig af de manualbaserede sessioner, der har dannet grundlag for de emnespecifikke OPS forløb. Til gengæld har der været stor tilslutning til åbne og fleksible strakstilbud som NADA og mindfulness. Medarbejdere beskriver, at der er gjort en stor indsats i forhold til at informere borgerne om de manualbaserede sessioner og motivere til deltagelse uden succes. Som følge heraf oplever de fleste medarbejdere disse sessioner som en unødigt ressourcekrævende opgave. Tilbagemeldingerne fra borgerne om OPS-sessioner i forbindelse med denne evaluering er forskellige, men dels ses det, at borgerne på de enheder, hvor det tilbydes, har taget fx NADA til sig. Adspurgt er der også borgere som tilkendegiver interesse for mere viden om afhængighed, de forskellige rusmidlers påvirkning og behandlingstilbud mv., som ligger i de manualbaserede sessioner.

Der bør med udgangspunkt heri tages stilling til, hvorvidt OPS tilbuddet (som en manualbaseret straksindsats) er det rette tilbud til borgerne ud fra hensynet om at tilbyde et mere fleksibelt og varieret behandlingstilbud.

Åbningstider og arbejdstider

Generelt er borgerne tilfredse med åbningstiderne på de seks behandlingsenheder. Når man ser på tværs af de to områder, oplever medarbejderne fra alkohol og stof enhederne, at der kommer mange borgere på enhederne fordelt ud over hele den nuværende åbningstid, også de sene åbningstider mandag og torsdag. På substitutionsenhederne oplever medarbejderne derimod, at det kun er få borgere, som møder frem i de sene åbningstider og at det derfor er meget ressourcekrævende at holde åbent. Det er et opmærksomhedspunkt, også fremadrettet, at der også på disse enheder er borgere i uddannelse og

beskæftigelse, som har behov for at komme og hente deres medicin, eventuelt på tværs af de tre enheder. I denne sammenhæng vil det blive interessant at følge resultatet af den kommende brugertilfredshedsundersøgelse om borgernes vurdering af åbningstider.

Der beskrives blandt medarbejdere på alkohol og stofenhederne udfordringer forbundet med, at arbejdstid og åbningstid er sammenfaldende. Der er ikke enighed på tværs af medarbejderne fra de tre alkohol og stof enheder om, hvad den konkrete udfordring er. På to enheder oplever man, at borgerne står og venter på at kunne få udleveret medicin kl. 8.00 om morgenen, så de kan komme videre på arbejde. Medarbejderne møder derfor ofte ind 15 min. før arbejdstidens begyndelse. På en anden enhed oplever man, at der ikke er mange borgere, der kommer kl. 8, men de oplever i stedet at have behov for morgenmøde for at koordinere dagens bemanding af blandt andet modtagelsen. Endelig efterspørges på tværs af enhederne muligheden for at afholde sene gruppebehandlingsforløb.

Lederne efterlyser klare retningslinjer for deres lokale råderum i forhold til at tilrettelægge arbejdstid i henhold til lokale forhold og behov.

Boks 4. Anbefalinger om at komme hurtigere og lettere i behandling

Det anbefales, at der i 2017 arbejdes videre med:

- Fortsat implementering og udvikling af straksbehandlingen.
- Vurdering af OPS indsatsen fortsatte relevans, indhold og funktion.
- Præcisering på tværs af enhederne af borgernes behov for åbningstider set i forhold til enhedernes ressourcer.

Bedre resultater af behandlingen

Borgerne udtrykker generelt stor tilfredshed med deres behandlingsenhed og med den indsats de modtager.

Gruppebehandling

Gruppebehandlingen er implementeret i alle seks behandlingsenheder. Borgerne på tværs af enhederne udtrykker stor tilfredshed med deres gruppetilbud, som de fortæller bidrager til et bedre liv – med sig selv og andre og fremhæver det positive i netop at være i behandling med andre. Også tilbagemeldingerne fra borgere der har deltaget i blandede alkohol og stof grupper og blandet på tværs af alder og erfaring fremhæver diversiteten i grupperne som positive.

Både borgere og medarbejdere på tværs af alle enheder peger på et behov for øget mulighed for gruppebehandling uden for de nuværende åbningstider, der matcher de behov, som ikke mindst borgere i uddannelse og beskæftigelse har.

På tværs af alle seks enheder opleves der et potentiale i forhold til at opstarte flere grupper og med mere varieret intensitet og dermed få flere og andre borgere i spil. Det vil fremadrettet være vigtigt at følge udviklingen og mulighederne herfor på tværs af enhederne.

Teamstruktur og faglig specialisering

På nogle enheder er teamstrukturen allerede godt implementeret og fungerer i det daglige arbejde med situationsbestemte teams om borgeres behandlingsplan samt teamkonferencer til drøftelse af behandlingsplaner mv. for borgere med mere komplekse problemstillinger. På andre enheder oplever man fortsat et behov for et betydeligt organisatorisk arbejde i forhold til at få dette implementeret. Særligt på de enheder hvor teamstrukturen og den faglige specialisering endnu ikke er fuldt implementeret, oplever medarbejdere fortsat uklarhed i forhold til deres rolle og/eller oplever, at deres faglighed ikke i tilstrækkelig grad kommer i spil. Der ses derfor fortsat et potentiale i på tværs af enhederne at drøfte de fortsatte udviklingsmuligheder inden for de faglige behandlingssøjler og herigennem sikre mere klarhed i forhold til medarbejdernes roller og forventninger til dem. Der bør fremadrettet være en drøftelse af, om der er potentialer for bedre udnyttelse af ressourcerne.

Der er med omlægningen etableret større og mere robuste enheder. Størrelsen af enhederne er dog et opmærksomhedspunkt i og med at flere af medarbejderne oplever, at noget af nærheden til borgerne i enhederne er forsvundet, og at de derfor skal arbejde med nye måder for at få deres faglighed i spil samt at samspillet mellem medarbejderne er af afgørende betydning. Dette skal ses i relation til den fortsatte udvikling af de faglige roller, således at medarbejderne oplever en faglig tilfredsstillelse i deres relation til borgerne og i samspillet med hinanden, også i de nye store enheder.

Yderligere tyder evalueringen på, at der også i det videre arbejde kan være fokus på at styrke det faglige fællesskab mellem kontaktpersonerne i behandlingseenhederne og Visitationen. Der er udmeldt nye retningslinjer for dette samarbejde pr. 1.12.2016 på alkohol og stof enhederne og der arbejdes ligeledes på at få det gjort gældende for substitutionsenhederne. Der bør følges op på erfaringerne hermed.

Boks 5. Anbefalinger om bedre resultater af behandlingen

Det anbefales, at der i 2017 arbejdes videre med:

- Strategi for fortsat udvikling og udbredelse af gruppebehandlingen.
- Forsat understøttelse af implementering af den faglige specialisering og teamstruktur, med særlig fokus på erfaringsudveksling mellem enhederne om den daglige organisering.
- Yderlig klarhed over opgaver og roller for de tre behandlingssøjler og potentialer for bedre udnyttelse af ressourcerne.
- Styrke den fælles faglighed mellem Visitationen og de øvrige enheder.

Data på området

De centrale data på misbrugsområdet er fortsat usikre efter omlægningen, ligesom at omlægningens aktiviteter endnu ikke formodes at have slået fuldt igennem, hvorfor man endnu skal være varsom med at drage endelige konklusioner vedrørende de overordnede mål på området og effekten af omlægningen. Usikkerheden på datasiden vedrører i særlig grad de organisatoriske ændringer, som omlægningen har medført, hvilket blandt andet gør det vanskeligt at sammenligne med tidligere år og dermed vanskeligt på ledelsesniveau endnu at gøre brug af som styringsredskab. Dette drejer sig fx om sammenligninger i antal indskrevne borgere på enhedsniveau og dermed også udviklingen i antal nye indskrivninger og borgernes status ved udskrivning mv. Der bør fremadrettet være stort fokus på at sikre god og mere ensartet registreringspraksis samt styrkelse af hvordan data bruges aktivt i den videre styring og udvikling af området.

Det er herunder et fremadrettet opmærksomhedspunkt at sikre en løbende og systematisk opfølgning på de overordnede mål for området (pejlemærkerne).

Boks 6. Anbefaling om brugen af data som styringsredskab

Det anbefales, at der i 2017 arbejdes videre med at:

- Styrke data på misbrugsområdet og brugen af data i den daglige styring og til videreudvikling af området.

3. Metode

Denne evaluering har haft til formål at:

- Understøtte et fortsat fokus på implementeringen af principperne fra omlægningen i enhederne
- Understøtte en lærende kultur i CRK, hvor der løbende følges op på praksis
- Bidrage til viden om, hvorvidt de igangsatte indsatser og aktiviteter virker som forventet

Da omlægningen har haft til opgave at bidrage til reduktion i dokumentationen, er evalueringen så vidt muligt baseret på eksisterende data med udgangspunkt i nedenstående datakilder:

- SOFLIS data (CSC) og opfølgning på pejlemærker
- Opfølgningsinterview i de seks behandlingsenheder samt i Enhed for Myndighed og Beskæftigelse
- Erfaringer og input fra ledermøder
- Erfaringer og input fra netværk om gruppebehandling og OPS-forløb
- Interview af borgere
- Spørgeskema til borgere om deltagelse i gruppebehandling i november
- Evalueringsskemaer om deltagelse OPS-forløb
- Tælling af antal fremmødte borgere i enhederne i uge 41 og 43

Der er i særlig grad lagt vægt på at få borgernes stemme hørt vedrørende deres oplevelse af at blive modtaget i enhederne og i forhold til den behandlingsindsats de har fået samt medarbejdernes oplevelse af status for implementeringen.

Tabellen nedenfor giver en oversigt over datakilderne i denne rapport. Datakilderne uddybes kort i de efterfølgende afsnit.

Table 1. Oversigt over kilder til besvarelse af overordnet mål med omlægningen

Overordnet mål		Virkninger på lang sigt		Aktiviteter/kernemål		Følges via				
						Interview i enhederne og ledermøder	Måltal SOFLIS	Netværk	Interview/anden undersøgelse	Brugertilfredsheds-undersøgelse
	Behandling til flere københavnere	1. Flytning af borgere og medarbejdere	Integration af stof- og alkohol	X	Antal indskrevne borgere i alt i CRK/pr. enhed/ fordelt på hovedstof: alkohol/stof/SUB i 2016 sammenholdt med 2015	X	Integration af stof/alkohol i borgerinterview	Supplerende spg. om: - tilfredshed med fysiske rammer		
	Hurtigere og lettere for københavnere	2. Indførelse af	Implementering af ny indskriv-	X	Antal nyindskrivninger 2016	X	Borgerinterview om oplevelse af	Supplerende spg. om: - tilfredshed		

Evaluering: Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

Flere københavner stopper eller reducerer deres misbrug	e at komme i behandling	Straks-behandling	ningsproce-dure og dokumenta-tion		sammenholdt med 2015. Overholdelse af behandlingsgaran-tien 2016 sammenholdt med 2015.		indskrivning	med åbningstider - tilfredshed med mødet med enheden/indskrivning
				Etablering af OPS-forløb	X		X	Borgerinterview Evalueringsskemaer Enhedernes opgørelser over afholdte OPS-forløb
	Bedre resultater af behandlingen	3. Etablering af fortløbende gruppebe-handlings-tilbud		X	Afslutningsårsag (udeblivelser og færdigbehandlet) 2016 sammenholdt med 2015. Udvikling i pejlemærker ³ : - Andelen af københavner, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges (pejlemærke) - Andelen af unge københavner, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug af hash som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges (pejlemærke) - Færre københavner oplever tilbagefald efter endt stofmisbrugs-behandling (pejlemærke)	X	Borgerinterview Spørgeskema november 2016 Enhedernes opgørelse over antal grupper i enhederne	
		4. Indførelse af teamstruktur og faglig specialisering		X		X	Borgerinterview	Supplerende spg. om: - kender borgeren sin KP - tilfredshed med behandlingsindsatsen

Ud over denne evaluering vil brugertilfredshedsundersøgelsen, som gennemføres i januar og februar 2017, indeholde spørgsmål til borgerne, blandt andet med spørgsmål om deres oplevelse af åbningstider, den behandling de modtager og deres møde med enhederne.

³ Data for de pejlemærker som vedrørende mål på alkoholområdet er endnu ikke klar, hvorfor de ikke er medtaget her.

De enkelte datakilder uddybes yderligere i de følgende afsnit.

SOFLIS data (CSC) via CSC og opfølgning på pejlemærker

Den kvantitative del af evalueringen baserer sig på eksisterende data fra SOFLIS, som trækkes løbende via CSC. De kvantitative data benyttes i særlig grad til vurdering af de tre overordnede mål om at sikre:

- ✓ Hurtigere og nemmere at komme i behandling
- ✓ Behandling til flere københavnere
- ✓ Bedre resultater af behandlingen

De data der er inddraget i rapporten er:

Tabel 2. Data inddraget i rapporten

Mål	Data til belysning
Hurtigere og nemmere at komme i behandling	<ul style="list-style-type: none">• Antal nyindskrivninger i 2016 sammenholdt med 2015
Behandling til flere Københavnerne	<ul style="list-style-type: none">• Antal indskrevne borgere i alt i 2016 sammenholdt med 2015.
Bedre resultater af behandlingen⁴	<ul style="list-style-type: none">• Afslutningsårsag (udeblivelser og færdigbehandlet) for 2016 sammenholdt med 2015• Andelen af københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges (pejlemærke)• Andelen af unge københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug af hash som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges (pejlemærke)• Færre københavnere oplever tilbagefald efter endt stofmisbrugsbehandling (pejlemærke)

Opfølgningsinterview i de seks behandlingsenheder samt i Enhed for Myndighed og Beskæftigelse og løbende ledermøder

Med ønsket om at sikre et bredt medarbejderperspektiv på aktiviteterne i omlægningen er der afholdt opfølgningsinterview i alle seks behandlingsenheder og i Enhed for Myndighed og Beskæftigelse med henholdsvis visitationsteamet samt enkeltydelses- og pensionsteamet.

⁴ Data for de pejlemærker som vedrørende mål på alkoholområdet er endnu ikke klar, hvorfor de ikke er medtaget her.

Enhederne har udvalgt repræsentanter fra de forskellige faggrupper til at deltage i interviews. På Enhed for Myndighed og Beskæftigelse har alle medarbejdere deltaget. På møderne har så vidt muligt også deltaget enten enheds- eller afdelingsleder, dels for at give deres input og dels for at interviewene kunne bidrage til intern refleksion og læring i enhederne.

Deltagerne fik forud for møderne tilsendt interviewguiden, som de blev opfordret til at drøfte i deres respektive faggrupper, således at der inddrages forskellige perspektiver fra faggrupperne. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview med udgangspunkt i temaerne fra vedlagte interviewguides (se bilag 1+2⁵), hvor der er taget udgangspunkt i det, som har været væsentligt for medarbejderne at drøfte og give udtryk for.

Ud over interviews i enhederne er der i opfølgningen og evalueringen inddraget input fra ledermøder afholdt siden omlægningen.

Erfaringer og input fra netværk (gruppebehandlere, OPS-forløb)

For at understøtte det fortsatte fokus på udvikling af gruppebehandlingen og OPS-forløbene er der på tværs af enhederne etableret netværk bestående af medarbejdere og ledelsesrepræsentant(er).

Netværksmøderne bidrager til erfaringsudveksling mellem enhederne om aktiviteter og der drøftes faglige temaer med henblik på udvikling af en fælles faglighed i CRK. VUE har deltaget på disse netværksmøder og erfaringerne herfra er inddraget i denne evaluering.

Interview af borgere: individuelle forløbsinterview samt gruppeinterview om OPS-forløb og gruppebehandling

Det har været et centralt ønske med denne evaluering, at få et borgerperspektiv på det nye CRK og den indsats der tilbydes. I alt er 37 borgere interviewet som en del af evalueringen.

Nedenstående tabel viser en oversigt over de gennemførte typer interview:

Tabel 3. Oversigt over interview af borgere

Interview	Fokus	Antal borgere/interview
Gruppeinterview med borgere, der har deltaget i gruppebehandling. <i>Suppleret med spørgeskema om gruppebehandling som er uddelt til borgere, som i november 2016 har deltaget i gruppebehandling.</i>	Borgernes oplevede erfaringer med gruppebehandling (opstart, form og indhold) og hvordan gruppebehandling bidrager til borgerens behandlingsmål (oplevede effekt). Spørgsmål til borgerens oplevelse af:	Antal gruppeinterview: 6 Antal borgere i alt: 25 Antal spørgeskemaer indsamlet: 69

⁵ Bilagene er ikke vedlagt denne rapport, men kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" ("BCV Stab" → "Område 4" → "Videns- og udviklingsenhed" → "Endelig evaluering + bilag").

	<ul style="list-style-type: none"> - sammenhængende indsats i enheden - modtagelsen i enheden - enhedens åbningstider 	
<p>Borgerinterview med borgere der har deltaget i OPS-forløb.</p> <p><i>Suppleret med evalueringsskemaer, som udleveres til borgere efter deltagelse i OPS-forløb.</i></p>	<p>Borgernes oplevede erfaringer med OPS-forløb (opstart, form og indhold) samt hvordan borgerne oplever at OPS-forløbet har bidraget til borgerens samlede behandling (effekt).</p> <p>Spørgsmål om borgerens oplevelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modtagelsen i enheden - enhedens åbningstider 	<p>Antal borgere i alt: 2</p> <p>Antal spørgeskemaer indsamlet: 9</p>
<p>Individuelle forløbsinterview med borgere indskrevet i CRK efter 1.8.2016.</p>	<p>Borgernes samlede oplevelse af det samlede forløb, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modtagelsen i enheden - enhedens åbningstider - koordineret, helhedsorienteret og specialiseret indsats - evt. erfaringer med OPS-forløb 	<p>Antal borgere: 10</p>

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview med udgangspunkt i vedlagte interviewguides (se bilag 3-5⁶). Der er gennem interviewene taget udgangspunkt i det, der har været vigtigt for borgerne at fortælle inden for de forskellige temaer.

Udvælgelseskriterier til kvalitative interviews - borgerperspektiv

Gruppeinterviews om gruppebehandling:

Der er gennemført gruppeinterviews med borgere i gruppebehandling på alle seks behandlingsenheder.

Gruppedeltagelse registreres ikke i CSC, hvorfor det ikke har været muligt at udvælge tilfældige gruppedeltagere. I stedet blev alle gruppebehandlere opfordret til at motivere de borgere, der har modtaget gruppebehandling i oktober måned til at deltage i interview. Behandlerne fik udleveret et brev med information til borgerne om formålet med interviewet. Borgerne har kunnet melde sig til interview via deres gruppebehandler, der efterfølgende har videreformidlet kontaktoplysninger til VUE.

Borgerne har under interviewet både delt deres erfaringer i forhold til at deltage i ambulante gruppebehandling i CRK samt deres erfaringer med enheden som helhed.

Interviewguide til gruppeinterviews om gruppebehandling kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 5)⁶.

⁶ Bilagene kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" (BCV Stab – Område 4 – Videns- og udviklingsenhed – Endelig evaluering + bilag).

Interview om OPS tilbuddet:

Det har været muligt at gennemføre interview om OPS med to borgere repræsenterende tre forskellige OPS sessioner og to forskellige enheder.

Da deltagelse i OPS-forløb ikke registreres i CSC og da borgere deltager anonymt i tilbuddet, har det kun været muligt at finde tilbage til borgere, der har deltaget i OPS, gennem medarbejdere på enhederne som kunne huske, hvem der har deltaget.

Interviewguiden til borgere, der har deltaget i OPS-forløb, kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 4)⁷.

Individuelle interview om forløbserfaringer:

Der er afholdt 10 individuelle forløbsinterview, som har haft til formål at give et billede af tilfældigt udvalgte borgeres oplevelse af et indskrivningsforløb i CRK. Der er metodisk valgt en åben tilgang, der tager udgangspunkt i borgerens individuelt oplevede indskrivningsforløb (se bilag 3)⁷.

Der er prioriteret interview med borgere, der er indskrevet efter omlægningen og i en periode hvor det måtte formodes, at den grundlæggende organisering af omlægningen var implementeret. På den baggrund blev der lavet udtræk fra CSC af de borgere, der først blev indskrevet efter 1.8.2016 – fordelt på samtlige seks behandlingsenheder. Det har været hensigten at gennemføre interviews med én tilfældig udtrukket borger pr. enhed for at imødekomme en bred repræsentation fra CRK's forskellige enheder. Da det ud fra første udtræk ikke har været muligt at komme i kontakt med borgere fra alle seks enheder, er der efterfølgende lavet yderligere træk på et større antal borgere. På baggrund af de udtræk er der gennemført interviews med borgere fra fem ud af seks enheder. På flere enheder er der gennemført interview med flere borgere. Det har ikke været ambitionen at kunne give en specifik tilbagemelding til den enkelte enhed, men derimod at se på de seks interviews som repræsenterende tematikker omhandlende borgeroplevelsen ved at være indskrevet i CRK.

Endelig er der i de individuelle forløbsinterview ligeledes spurgt ind til erfaringer med OPS-forløb på grund af det begrænsede antal interview om OPS-forløb.

Interviewguiden til de individuelle interviews kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 3)⁷.

Evalueringsskemaer fra deltagere i gruppebehandling (november 2016) og OPS-forløb

For at supplere de individuelle interviews om gruppebehandlingen og OPS-forløb er der indsamlet evalueringsskemaer fra borgere, der er deltaget i disse tilbud.

Efter hver endt OPS-session udleveres evalueringsskemaer til de deltagende borgere, hvor borgerne svarer på spørgsmål om deres tilfredshed med den session, de har deltaget i samt forslag til forbedringer/andre sessioner. Evalueringsskemaet kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 7)⁷.

⁷ Bilagene kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" (BCV Stab – Område 4 – Videns- og udviklingsenhed – Endelig evaluering + bilag).

Skemaerne er indsamlet på tværs af enhederne. 16 borgere har besvaret evalueringsskemaet.

Alle borgere, som har deltaget i gruppebehandling i november 2016, har fået udleveret spørgeskema om deres tilfredshed med deltagelse i gruppebehandlingen. 69 borgere har i november besvaret spørgeskemaet. Skemaet kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 6)⁸.

Tælling af antal fremmødte borgere i enhederne i uge 41 og 43

Endelig er der gennemført tælling i alle seks behandlingsenheder i uge 41 og 43 af antal borgerhenvendelser i enhederne i de to uger. I enhederne er der registreret antal borgere og tidspunkt på dagen, hvor borgeren har henvendt sig i modtagelsen samt fordeling af henvendelserne i forhold til faggrupper (kontaktpersoner, sundhedspersoner og behandlere).

Den enkelte borger kan godt have været i enheden flere gange på en uge. Der er således tale om en registrering af antal henvendelser og ikke unikke borgerhenvendelser.

Registreringsskemaerne, som er anvendt i enhederne, kan findes på eDoc samt fællesdrev (bilag 8-21)⁸. Registreringsskemaer for alkohol og stof enheder findes under bilag 8-14 og registreringsskemaer for substitutionsenheder findes under bilag 15-21.

⁸ Bilagene kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" (BCV Stab – Område 4 – Videns- og udviklingsenhed – Endelig evaluering + bilag).

4. Status på mål for misbrugsområdet ud fra kvantitative data

SUD har sat det overordnede mål for misbrugsindsatsen i kommunen, at *”flere Københavnerne stopper eller reducerer deres misbrug”* (pejlemærke). Hvorvidt omlægningen af misbrugsindsatsen bidrager konkret hertil er endnu for tidligt at konkludere endeligt på, da indsatserne og aktiviteterne omfattet af omlægningen gennem hele 2016 har været under implementering og udvikling.

Dertil kommer, at der i 2016 har været en række datamæssige usikkerheder på grund af omlægningen og dermed flytningen af borgere og enheder. Dertil kommer, at der i 2016 var en periode med fejl i CSC, hvor det ikke var muligt at registrere korrekt i systemet.

I dette kapitel gives der med disse forbehold status på den datamæssige udvikling af de delmål, som SUD har opsat for at belyse det overordnede mål om, at flere københavnere stopper eller reducerer deres misbrug. Det drejer sig om følgende delmål:

1. Der skal være behandling til flere københavnere
2. Det skal være hurtigere og lettere for københavnere at komme i misbrugsbehandling
3. Der skal være bedre resultater af behandlingen

På grund af de organisatoriske ændringer som følge af omlægningen er det ikke muligt at opdele data fra 2015 på enhedsniveau. Når der i det følgende sammenlignes med 2015 baseres dette derfor udelukkende på totale tal for CRK.

Er der etableret behandling til flere?

Antal indskrevne borgere i CRK er baseret på data fra CSC. Det samlede antal borgere indskrevet i behandling i CRK er steget fra 2015 til 2016 med 6,5 pct. Pr. 31.12.2016 var der samlet set indskrevet 2.761 borgere i CRK. Dette antal dækker jf. tabellen nedenfor over 1871 borgere indskrevet i stofbehandling og 890 borgere indskrevet i alkoholbehandling i CRK.

Tabel 4: Antal borgere indskrevet i behandling pr. 31.12.2016, antal

	Borgere i stofmisbrugsbehandling:				Borgere i alkoholbehandling:**		
	I egne enheder	I anden enhed i KK	I enhed uden for KK	I alt	I egne enheder (VU Nab)	Borgere med VM § 141	I alt
Hørsholmsgade*	117	20	6	143	258	34	292
Nørre Voldgade	123	15	6	144	308	49	357
Spaniensgade	122	14	3	139	204	23	227
Praghs Boulevard	164	142	87	393			
Vigerslev Allé***	262	88	230	541	10	4	14
Ørnevej	329	108	6	443			
I alt	1080	385	338	1871****	780	110	890

Evaluering: Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

Kilde: CSC

*Inklusiv dagbehandling. **Borgeren kan kun indgå en gang i optællingen – borgerens seneste indsats medtages. *** Inklusiv 37 borgere i familieorienteret behandlingstilbud.**** 29 borgere indgår derfor udelukkende i denne total, men ikke i udspecificeringen af hvor behandlingen sker.

Jf. tabellen nedenfor var der pr. 31.12.2015 samlet set 2.592 borgere indskrevet i behandling.

Tabel 5: Samlet antal indskrivninger pr. 31.12.2015, antal

	Antal
Alle alkohol (Nab + VM § 141)*	748
VM101**	1844
Total	2592

Kilde: CSC

*Opgørelsen viser alle borgere indskrevet i alkoholbehandling enten i KKs egne enheder eller i behandling i andet tilbud. Borgerne kan kun indgå én gang i optællingen.

**Alle borgere, som KK har myndighed for i forbindelse med stofmisbrugsbehandling indgår i opgørelsen. Der vil være nogle borgere, hvor en anden kommune er myndighed, men som denne kommune betaler for, er i misbrugsbehandling i KK

Der er således sket en samlet stigning på i alt 6,5 procent i antal borgere indskrevet i behandling i perioden. De organisatoriske ændringer taget i betragtning, er dette et godt resultat. Der skal også fremadrettet være behov for fortsat at understøtte en positiv udvikling på dette område.

Er det blevet hurtigere og lettere at komme i behandling?

Udviklingen i målet, om det er blevet hurtigere og nemmere at komme i behandling, følges datamæssigt. Antallet af nye borgere indskrevet i behandling i CRK baseres på data fra SOFLIS.

Samlet set er der sket en stigning i antallet af nye borgere indskrevet i behandling fra 2015 til 2016. Med de store organisatoriske ændringer der er foretaget i 2016, hvor alle de tidligere alkoholenheder er blevet sammenlagt med stofenhederne, må dette betragtes som et godt resultat.

Antallet af nye indskrivninger er opdelt i borgere indskrevet i henholdsvis alkohol og stofbehandling. Af de to følgende tabeller fremgår det, at:

- Der er sket en stigning i antallet af unikke borgere, der har søgt alkoholbehandling
 - 144 flere borgere søgte om alkoholbehandling i 2016, hvilket svarer til en stigning på 14,1 procent sammenlignet med 2015.
- Der er sket en stigning i antallet af unikke borgere, der har søgt stofmisbrugsbehandling
 - 21 flere borgere søgte om stofbehandling i 2016, hvilket svarer til en stigning på 3 procent sammenlignet med 2015 og må vurderes at være en stabil udvikling.

Evaluering: Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

Tabel 6: Stofbehandling, antal nye indskrivninger/forløb, 2016 og 2015

Enhed	2016		2015	
	Antal nye indskrivninger/forløb	Unikke borgere	Antal nye indskrivninger/forløb	Unikke borgere
Hørsholmsgade	177	172		
Nørre Voldgade	194	189		
Spaniengsgade	172	167		
Prags Boulevard	35	34		
Vigerslev Alle	86*	85*		
Ørnevej	68	66		
I alt	732	713	744	692

Kilde: SOFLIS Myndighedsforløb for stofmisbrugsbehandling

* inkl. familieorienteret rusmiddelbehandling på Enghavevej: 22 borgere i 2016 og 19 i 2015

Tabel 7: Alkoholbehandling, antal nye indskrivninger/forløb, 2016 og 2015

Enhed	2016		2015	
	Antal nye indskrivninger/forløb	Unikke borgere	Antal nye indskrivninger/forløb	Unikke borgere
Hørsholmsgade	387*	341*		
Nørre Voldgade	476	459		
Spaniengsgade	346**	322**		
Vigerslev Alle	14	14		
I alt	1223	1163	1107	1019

Kilde: SOFLIS Indskrivninger i behandling

* inkl. Dagbehandling: 27 borgere i 2016 og 27 i 2015

** Inkl. Netværket: 5 borgere i 2016 og 5 borgere i 2015

Det bør også i 2017 være et fokuspunkt at fastholde og skabe en fortsat positiv udvikling på dette område.

Forud for omlægningen var det et opmærksomhedspunkt, om omlægningen med integrationen af stof- og alkoholbehandlingen ville påvirke antallet af borgere med et misbrug af alkohol, som søger behandling i

centret. Dette har i 2016 ikke været tilfældet og der ses som beskrevet på nuværende tidspunkt en positiv udvikling.

Er der kommet bedre resultat er af behandlingen?

Vurderingen af om der er kommet bedre resultater af behandlingen som følge af omlægningen vil på datasiden blive vurderet ud fra en sammenholden af udskrivningsårsager for 2016 og 2015 samt de opsatte pejlemærker på området.

Årsag til afslutning på misbrugsbehandlingsforløb

Når en borger afslutter behandling, registreres afslutningsårsagen i CSC⁹. Jf. tabellen nedenfor er andelen af borgere, som i 2016 er registeret som henholdsvis færdigbehandlet og udeblevet på niveau med 2015, med et lille fald i andelen af færdigbehandlede på 21,2 procent i 2016 mod 24,5 procent i 2015. Andelen af udeblivelser var i 2016 34,6 procent sammenholdt med 32,8 procent i 2015.

For borgere i alkoholbehandling er der i CSC kun data tilgængelig for 2016, hvorfor der ikke kan sammenlignes med 2015. Dog bemærkes det, at andelen af udeblivelser for borgere i alkoholbehandling er højere end andelen for borgere i stofbehandling.

Tabel 8: Afslutningsårsag (færdigbehandlet og udeblivelser), 2016 og 2015. Procent

Afslutningsårsag	2015 stof	2016 stof	2016 alkohol
Færdigbehandlet	24,5 pct.	21,2 pct.	26 pct.
Udeblivelser	32,8 pct.	34,6 pct.	43,3 pct.

Kilde: SOFLIS

Udviklingen på dette område bør i 2017 være et fokuspunkt. Det anbefales, at årsagerne til udeblivelser undersøges nærmere, således at der i centret kommer viden om, hvorvidt udeblivelser kan forebygges og behandlingsindsatsen kan målrettes yderligere, således at flere borgere kan fastholdes i behandling. Derudover om der er sammenhæng mellem udeblivelser, genindskrivninger og antallet af færdigbehandlede borgere.

Pejlemærker

Socialudvalget har opsat tre mål på stofmisbrugsbehandlingen¹⁰ frem mod 2017:

- Andelen af københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges
- Andelen af unge københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug af hash som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges
- Færre københavnere oplever tilbagefald efter endt stofmisbrugsbehandling

⁹ I CSC er en række mulige kategorier som død, flyttet, udskrevet til andet tilbud/egen læge/hospital, borgers anmodning og anden årsag, som ikke er medtaget i denne rapport.

¹⁰ Der er ligeledes sat to mål for alkoholbehandlingen, men data herfor er endnu ikke klar og kan derfor ikke medtages i denne rapport.

Jf. tabellen nedenfor er målet for andelen af borgere, som oplever tilbagefald efter endt stofmisbrugsbehandling, for 2017 nået. Der bør dog fortsat i 2017 sættes fokus på en yderlig styrkelse af denne indsats.

Tabel 9: Udvikling af pejlemærker vedrørende misbrug. Procent

Pejlemærke	2014	2015	2016	Mål 2017
Andelen af københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges (Pejlemærke 6A)	48,7 pct.	47,2 pct.	43,7 pct.	50 pct.
Andelen af unge københavnere, som afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug af hash som stoffri eller med reduktion i misbruget, øges ¹¹ (Pejlemærke 6C)	55,9 pct.	57,6 pct.	51,5 pct.	60 pct.
Færre københavnere oplever tilbagefald efter endt stofmisbrugsbehandling (Pejlemærke 6E)	-	19,4 pct.	15 pct.	15 pct.

De to øvrige mål er sammenholdt med 2015 gået tilbage. Da 2016, som tidligere beskrevet, har været et år præget af organisatoriske ændringer i praksis og i CSC, er det vanskeligt at konkludere entydigt på de bagvedliggende årsager hertil. Det bør derfor være et særligt opmærksomhedspunkt fremadrettet at følge og styrke indsatsen for at nå pejlemærkerne.

Opsamling

Der ses allerede nu, på trods af de store organisatoriske ændringer i 2016, en positiv udvikling i antallet af borgere i behandling i CRK. Der vil også i det kommende år være fokus på at skabe en fortsat positiv udvikling på dette område, således at de borgere, der har behov for behandling for et alkohol eller stofmisbrug, modtager den relevante behandling. Herunder bør der i 2017 sættes øget fokus på, at få øget viden om de borgere som udebliver fra behandling. Hvad er årsagerne hertil og kan indsatsen styrkes, så flere fastholdes i behandling.

Det anbefales ligeledes, at der i 2017 arbejdes videre med at styrke data på misbrugsområdet og bruge det aktivt i den daglige styring og videreudvikling af misbrugsområdet i tæt dialog mellem ledelsen i CRK, herunder følge de overordnede mål og pejlemærker på området.

¹¹ Vedrører unge under 25 år, samt indeholder unge indskrevet i behandling i U-Turn.

Boks 7. Udviklingspunkter vedrørende styrkelse af den videre datastyring

Overordnet anbefaling: Styrke data på misbrugsområdet og brugen af data i den daglige styring og videreudvikling af området.

Udviklingspunkter til den videre implementering:

- Styrke dataregistrering på medarbejderniveau på tværs af enhederne.
- Forsat fokus på om de overordnede mål opfyldes og om der er behov for at justere indsatser eller lave nye indsatser for borgerne.
- Yderlig undersøgelse af årsagerne til udeblivelser.
- Yderlig undersøgelse af registreringspraksis om færdigbehandlede.

5. Straksbehandling

Med understregningen af behandling på brugernes præmisser lagde SUD vægt på, at det skal være let for borgerne at gå ind af døren i CRK og få umiddelbar, konkret hjælp for et misbrugsproblem. Der blev ligeledes lagt vægt på, at borgerne skal inddrages mere i fastlæggelsen af deres behandling og at borgerne skal have øget valgfrihed i forhold til behandlingsindsats, både i forhold til indholdet og hvor behandlingen skal foregå. En udvikling af misbrugsbehandling på brugernes præmisser handlede også om at integrere stof- og alkoholbehandlingen for at imødekomme en sammenhængende behandling for borgere med blandingsmisbrug og sikre et ensartet serviceniveau for de to områder.

Med etableringen af CRK blev det frit for borgerne at vælge, hvilken enhed de ønsker at være tilknyttet, og der er etableret en integration af alkohol- og stofbehandling ud over behandling af borgere med afhængighed af opioider, der behandles på en af de tre substitutionsenheder.

Med omlægningen er der implementeret *straksbehandling* på alle enheder. Straksbehandling betyder i praksis, at borgerne kan træde direkte ind i den behandlingsenhed, hvor de ønsker at modtage deres behandling, og afhængig af borgerens behov og ønsker opstarte social og/eller medicinsk behandling samme dag eller senest dagen efter henvendelsen. Det er blandt andet ud fra dette hensyn, at der som en del af straksbehandlingen er etableret "OPS forløb", der har haft til hensigt at bidrage til et varieret og frit tilgængeligt straksbehandlingstilbud til borgerne sideløbende med de øvrige udrednings- og behandlingsaktiviteter i CRK. Erfaringerne med OPS tilbuddet beskrives i kapitel 5.

I borgerinterviews om oplevelsen af straksbehandling fortæller borgerne generelt, at de oplever at få tilbudt relevant hjælp, med det samme de har henvendt sig, men at nogle har oplevet for lang ventetid mellem indsatserne, fx fra indskrivningssamtalen til opstart i planlagt gruppeforløb.

Der har i alle seks behandlingsenheder i 2016 pågået et stort arbejde med at sikre implementeringen og organiseringen af straksbehandling. En medarbejder fra en alkohol og stofenhed opsummerer de gode resultater med frit valg af behandlingssted og straksbehandling for borgerne i nedenstående citat:

"Der er to ting ved forandringen som er godt for borgerne: For det første at vi ikke længere er distriktsinddelt. At man selv kan vælge. For det andet er der straksbehandling, hvor vi før kunne bøvle med at borgeren kunne få tid på 13. dagen." (Medarbejder, alkohol og stof enhed)

Der er på tværs af centret blevet arbejdet med at klæde medarbejderne på til at varetage denne nye opgave. Kontaktpersonerne i alle enhederne er i forbindelse med omlægningen i løbet af første kvartal 2016 blevet undervist i brugen af CSC og de dokumentations- og indskrivningsredskaber, der er blevet udarbejdet i det nye CRK. De formelle rammer for kontaktpersonernes arbejdsfunktion i forbindelse med straksbehandling er ligeledes beskrevet i vejledninger, som er tilgængelige på fællesdrevet for medarbejdere i CRK¹². Her findes vejledninger til Indskrivning af borgere; Udarbejdelse af behandlingsplanen samt Retningslinjer for visitation og kontrakter ved eksterne forløb¹³.

¹² V:\CRK\Fællesmappe CRK\Dokumentation og arbejdsgange ved indskrivning og opfølgning

¹³ Redskaberne er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere og ledere på tværs af CRK, og redskaberne bliver løbende tilrettet på baggrund af de erfaringer man gør sig med dem i enhederne.

Hvordan oplever borgerne straksbehandlingen?

”Tak fordi du kom!” Fedt! ... Det plejer altid at være: ”Skrid” (Borgercitat om oplevelsen af at komme ind i CRK i forhold til vedkommendes erfaringer fra andre instanser)

”Jeg er glad for at komme her... synes jeg er blevet taget godt imod... generelt af dem der er her.” (Borgercitat om oplevelsen af at komme ind på den nye enhed)

”Misbrugscentret bliver mere aktiveret, man kommer hurtigere i behandling, man får medicin i stedet for at skulle leve kriminelt for at få stoffer(...) Der går kort tid, hvor man før skulle vente to uger”. (Borgercitat om behandlingsmulighederne efter omlægningen)

Der er i interviews med borgere en generel tilbagemelding om, at det opleves imødekommende at træde ind af døren på de forskellige enheder og at den hjælp de har modtaget, har været relevant. Muligheden for hurtig opstart i medicinsk behandling nævnes som en væsentlig forbedring.

En borger supplerer beskrivelsen af en positiv og imødekommende opstart i en enhed med oplevelsen af en professionel håndtering af de ønsker og forventninger til behandling han selv mødte frem med. Han erfarede, at det var en konstruktiv hjælp for ham at blive taget imod af medarbejdere, der kunne udfordre ham på hans egen oprindelige forestilling om, at han blot havde behov for antabus for at skabe de nødvendige ændringer i sit liv:

”Jeg var faktisk lidt overrasket over at blive ”tvunget” til at se en kontaktperson, men det er jeg glad for i dag. Det startede med, at jeg bare ville have noget antabus (...) Så var der en af dem, som var her, som insisterede på vi lige satte os ned og snakkede (...) og så havde vi en samtale som gjorde, at jeg begyndte at stille spørgsmålstegn ved, hvilken beslutning det egentlig var, jeg var i gang med at tage, og hvor jeg nok har fundet ud af, at det nok er et mere længerevarende projekt.” (Borgercitat om første kontakt med enheden)

Indskrivningsforløbene betyder for mange borgere, at de har behov for at møde såvel en kontaktperson og sundhedspersoner, som det også var tilfældet for borgeren i citatet ovenfor. Mens nogle borgere oplever det konstruktivt at tale med forskellige medarbejdere, der kan støtte borgeren i at få udarbejdet den rette behandlingsplan, kan andre borgere opleve det som spild af tid, fordi de oplever, at der er for stort overlap i de spørgsmål, der stilles af de forskellige medarbejdere. En borger fortæller eksempelvis i et interview, at det var utilfredsstillende, at han efter henvendelsen skulle fortælle det samme flere gange til forskellige medarbejdere:

”Først mødte jeg jo én, og så skulle jeg sidde og fortælle en hel masse (...) så gik der en uge eller to, og så fik jeg en ny, og så skulle jeg starte om igen (...) og så gik der en uge eller to, og så fik jeg en tredje. Så i løbet af ikke så lang tid, havde jeg ligesom øhm... Det kunne man godt gøre bedre.” (Borgerinterview om straksbehandling)

Oplevelsen af overlap i spørgsmål genkendes også af medarbejdere, der dog påpeger, at mange af de samme spørgsmål er nødvendige for hver faggruppe, borgeren møder i forbindelse med straksbehandlingen og at det hurtige flow mellem indsatserne kan betyde, at medarbejderne ikke altid kan

nå at dokumentere i det elektroniske dokumentationssystem CSC, inden næste medarbejder tager over. Der er blandt ledere og medarbejdere en opmærksomhed på vigtigheden i, hvordan man har dialogen med borgeren om de forskellige samtaler, så forløbet opleves relevant og meningsfuldt. En leder fortæller:

”Det handler om, hvorvidt borgeren oplever, at det handler om interesse eller om det handler om bureaukrati. Hvis det er interesse, er det positivt, hvis det er bureaukrati, er det selvfølgelig et problem” (Lederinterview om overlap i spørgsmål)

Borgere fra substitutionsområdet fortæller ikke om samme oplevelse af unødige gentagelser i de første samtaler, hvilket blandt andet kan hænge sammen med en praksis, hvor man tilstræber at kontaktperson og læge deltager fælles i den første samtale. Dertil kommer, at flere af enhederne har gode erfaringer med en praksis, hvor den kontaktperson som møder borgeren ved første samtale, i det omfang det er muligt, også er den som følger borgeren videre. For at understøtte at borgerne i mindst mulig omfang oplever overlap i spørgsmål, bør det overvejes, om dette er en mulig praksis på alle enheder.

For at understøtte at det for borgerne skal være hurtigt og nemt at opstarte i behandling, kan borgerne med implementeringen af straksbehandlingen henvende sig uden forudgående aftale og få relevant hjælp med det samme. En borger fortæller i overensstemmelse hermed, at han pr. telefon blev oplyst, at han kunne henvende sig direkte på enheden og at han den dag han henvendte sig blev indkaldt til første samtale efter 10 minutters ventetid. Han fortæller imidlertid også, at han kunne have ønsket muligheden for at forhåndsbooke den første samtale *inden* fremmødet på enheden, så henvendelsen kunne opleves mere diskret. Han brød sig ikke om at møde op et sted, han ikke havde været før og skulle oplyse til en ”fremmed” i receptionen og foran andre i venteværelset, at han var kommet, fordi han har et misbrug. Det er således et opmærksomhedspunkt, at enhederne altid informerer om, at borgerne, hvis de ønsker det, kan bestille en tid:

”Her, så ringer du først, og så siger de: Du kommer bare hened. Det er selvfølgelig rigtig fedt (...) men for sådan en som mig, der er indadvendt og indelukket, der bliver lidt angst over sådanne situationer, der ville jeg hellere have kunne lave en specifik dato, hvor jeg kommer ind. Så hvis man kunne have begge dele. (...) En mulighed for at ringe og sige, man har et misbrug over telefonen (...) Hvis det ikke havde været for min mor var jeg aldrig dukket op.”
(Borgercitat om straksbehandling)

Samtidig med de positive beskrivelser af straksbehandlingen, er der et par borgere, der fortæller, at de oplevede opstartsperioden med substitutionsmedicin utilfredsstillende på grund af krav om dagligt fremmøde (i henhold til retningslinjerne), som de i højere grad oplevede som mistillid og kontrol frem for en støtte. I interview med borgere i substitutionsbehandling var der fra substitutionsenheden blandt flere et ønske om en større fleksibilitet i forhold til deres medicinordning, der dog ikke omhandlede indskrivningsforløbet. En ønskede eksempelvis at kunne hente medicin på apoteket, hvilket ville passe bedre med hans familie- og arbejdsliv.

En anden opmærksomhed blandt nogle borgere om den indledende fase i behandlingen omhandler en oplevet uklarhed over, hvornår eller hvad de næste skridt i behandlingen var, ikke mindst for de borgere der oplevede at der gik for lang tid fra indledende samtale til opstart i planlagt gruppeforløb. Det er i denne

sammenhæng værd at bemærke, at de borgere, som er blevet interviewet som en del af evalueringen, er blevet indskrevet på forskellige tidspunkter siden omlægningen, hvor enhederne gradvist har opbygget deres indsatser, herunder de terapeutiske gruppeforløb til borgerne. Straksbehandling og modtagelsen af borgerne har i alle enheder skulle finde sin form og de borgere der er blevet modtaget i enhederne i første halvdel af 2016 kan have oplevet mere usikkerhed end borgere indskrevet i anden halvdel af 2016.

Selvom den generelle tilbagemelding fra borgerne omkring modtagelse og straksbehandling er positiv og at straksbehandling, som den praktiseres nu, bidrager til en umiddelbar, konkret og tværfaglig hjælp, arbejdes der fortsat i enhederne for at finde den bedst mulige organisering, som også sikrer, at borgeren oplever meningsfulde sammenhænge mellem de indsatser, de tilbydes og indgår i.

Implementeringen i praksis

Det er tydeligt, at der på alle seks behandlingsenheder siden sammenflytningen i januar 2016 er arbejdet hårdt på at sikre implementering af straksbehandling og at fokus i høj grad har været på organiseringen af de første indskrivningsmøder med borgeren mellem kontaktpersoner og sundhedsmedarbejderne. Der har været drøftelser internt i enhederne og på tværs af enheder om, hvordan straksbehandling konkret omsættes i praksis, hvad der skal til for løfte opgaven i enhederne, og hvad der indholdsmæssigt skal ligge i det første møde med borgerne.

Medarbejderne giver generelt udtryk for, at straksbehandlingen er en opgave, som ressourcemæssigt fylder meget i enheder og at der på nogle enheder fortsat skal arbejdes med at sikre den mest hensigtsmæssige organisering.

Nedenstående boks opsummerer definitionen af, hvordan indskrivningen som første fase i straksbehandlingen er implementeret i CRK:

Boks 8: Faktaboks om den indledende straksbehandling i CRK

Den indledende straksbehandling i CRK

Det skal være hurtigt og let for borgerne at komme i behandling. Borgeren kan henvende sig direkte på en behandlingsenhed med et ønske om behandling og kan opstarte behandling samme dag eller senest dagen efter henvendelsen. Den første samtale i enheden er med en kontaktperson.

Alkohol:

- Kontaktperson foretager den første udredning og tilbyder relevant behandling samme dag eller dagen efter.
- Borgeren tilbydes en samtale med en læge og evt. en sundhedsperson, hvis borgeren ønsker det eller det vurderes af personalet, at vedkommende kan profitere af dette.
- Kontaktperson udarbejder i et tværfagligt team en behandlingsplan med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov.

Stof:

- Kontaktpersonen foretager den første udredning og tilbyder relevant behandling samme dag eller dagen efter.
- Borgeren tilbydes en lægesamtale ved indskrivning. Hvis borgeren ønsker lægesamtale afholdes denne samme dag eller dagen efter og inden visitation og start i behandlingsforløbet.
- Borgeren tilbydes en samtale med en sundhedsperson, hvis borgeren ønsker det eller det vurderes af personalet, at vedkommende kan profitere af dette.
- Kontaktpersonen udarbejder sammen med et tværfagligt team en behandlingsplan med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, træffer afgørelse om et socialt misbrugsbehandlingstilbud og iværksætter denne samme dag eller dagen efter henvendelse/lægesamtale er afholdt.
- På substitutionsområdet træffer lægen afgørelse om den sundhedsfaglige misbrugsbehandling, og den medicinske behandling starter samme dag eller dagen efter henvendelsen.

I praksis har tilrettelæggelsen af straksbehandling på borgernes præmisser betydet en ny måde at møde borgerne på, som blandt andet omhandler at:

1. Det første møde med borgene sker, når borgeren henvender sig i enheden, og dermed når borgeren er motiveret, frem for når der er tid i medarbejdernes kalender.
2. Behandlingstilbuddet er mere fleksibelt med et bredere udvalg af interne behandlingsindsatser, der kan tilrettelægges individuelt og tilbydes *umiddelbart* med udgangspunkt i borgerens oplevede behov og ønsker for behandling. Der er således sket en forskel på *hvornår*, der vægtes *hvad*, i den indledende, udredende fase.
3. Behandlingsplanen er en dynamisk behandlingsplan, som i dialog med borgeren hele tiden justeres i forhold til aktuelle behov, hvormed borgerperspektivet for behandlingen fastholdes gennem hele indskrivningsforløbet og ikke hovedsageligt i forhold til de aftalte minimums opfølgninger, jf. intern Vejledning for behandlingsplan, CRK.

På tværs af enhederne ligger det medarbejderne meget på sinde, at mødet med CRK opleves trygt, imødekommende og professionelt, hvilket også afspejler sig i de fleste tilbagemeldinger fra borgerne, og der er i alle enhederne lagt et stort arbejde i at sikre den rette organisering af straksbehandling for at kunne imødekomme borgernes behov bedst muligt.

En af forudsætningerne for at kunne sikre dette tilbud er, at der er medarbejdere til rådighed til at tage imod borgere i hele åbningstiden, også i ferier og ved sygdom. Straksbehandling er på den baggrund en ressourcemæssig krævende opgave i enhederne, der også indbefatter meget logistisk planlægning i forhold til enhedernes øvrige opgaver. En enhedsleder påpeger i den sammenhæng under et interview, at det er vigtigt at holde sig for øje, at det altid vil være ressourcerelevende at være indgangsdør for borgere, men at det også er den opgave, vi er sat til at løse for at hjælpe borgerne bedst muligt.

I hvilken udstrækning straksbehandling opleves vanskelig at håndtere i hverdagen kan til dels handle om, hvordan man lokalt har organiseret sig på enhederne, men lader til i høj grad også at være afhængig af, hvor mange nyindskrivninger der er på de enkelte enheder samt enhedens størrelse i forhold til at sikre tilgængelige medarbejdere til opgaven indenfor alle faggrupper. Udfordringerne i forhold til antallet af nyindskrivninger gør sig særligt gældende på Nørre Vold, der har haft væsentlig flere indskrivninger end de øvrige enheder, mens Prags Boulevard som en lille enhed med færre medarbejdere oplever sig særligt pressede af at tilbyde samme tilgængelighed til straksbehandling som de større enheder.

Ud over organisatoriske udfordringer oplever kontaktpersoner på tværs af enhederne, ikke mindst i substitutionsenhederne, fortsat en vis usikkerhed i forhold til arbejds gange og den bedst mulige organisering af arbejdet med straksbehandling. Der er stor forskel blandt medarbejderne på, hvorvidt de udarbejdede vejledninger opleves tilstrækkelige til at føle sig sikre i de opgaver, der knytter sig til straksbehandling, eksempelvis i forhold til de lovmæssige forskelle på myndighedsopgaven eller indberetningskrav afhængig af rusmiddeltype.

Lokale forskelle og ligheder i håndteringen af straksbehandling

I det følgende afsnit gennemgås implementeringen af straksbehandling mere konkret i de tre alkohol og stof enheder og i de tre substitutionsenheder.

Alkohol og stofenhederne

På alle tre enheder for alkohol- og stofbehandling startede man efter omlægningen med en praksis, hvor i særlig grad alkoholborgerne, som det første hovedsageligt blev mødt af en sundhedsperson for at vurdere, om de var abstinente og med mulighed for umiddelbar opstart i medicinsk behandling ved behov. Denne praksis medførte, at det blev oplevet vanskeligt efterfølgende at få etableret en konstruktiv kontakt til kontaktpersonen, som derfor ikke kunne sikre og være tovholder for en styrket sammenhængende tværfaglig indsats som ønsket med omlægningen. Forklaringen er, at borgerne med en første kontakt til sundhedsmedarbejdere og med opstart i medicinsk behandling (og dermed umiddelbar fysisk, psykisk og social tilfredsstillelse) formentlig ikke oplevede behov for yderligere aktiviteter. Som et tidligere borgercitat påpeger, kan mødet med en kontaktperson dog være gavnligt i forhold til at få tilrettelagt den rette helhedsorienterede behandlingsplan, man som borger ikke nødvendigvis selv har øje for på henvendelsestidspunktet. Med henblik på at sikre den tværfaglige indsats er der derfor truffet en fælles

beslutning på alle enheder om, at borgere som det første i straksbehandling bliver mødt af en kontaktperson.

Udover den fælles beslutning om at alle borgere skal ses af en kontaktperson som det første, er der i forhold til den øvrige organisering af straksindsatsen nogle forskelle og ligheder enhederne imellem:

Tabel 10: Oversigt over enhedernes organisering af indskrivning som første del af straksbehandling

Enhed/fokuspunkt	Tidspunkt	Hvem har første samtale	Straksvagt og videre fordeling af kontaktperson
Hørsholmsgade	Hele åbningstiden.	Kontaktpersonen.	Kontaktpersonerne fordeler ugerne mellem sig i rul, så de har uger uden straksvagt.
	Borgerne opfordres til at møde frem i enheden.	Alle alkoholborgere ser ligeledes læge/sundhedsperson. Alle stofborgere tilbydes lægesamtale.	Den kontaktperson borgeren møder ved første samtale, er også den kontaktperson der følger borgeren videre.
Nørre Voldgade	Hele åbningstiden.	Kontaktperson.	Kontaktpersonerne har 2-3 straksvagter om ugen.
	Borgerne opfordres til at møde frem i enheden.	Kontaktpersonen vurderer sammen med borgeren, om der er behov for abstinensbehandling.	Borgerne fordeles efterfølgende til den kontaktperson de fremadrettet skal have.
	Borgerne kan forhåndsbooke en tid kl. 8.30 om morgenen eller kl. 15.30 mandag og torsdag.	Sundhedspersonerne er ligeledes til stede i modtagelsen og deltager ofte i vurderingen heraf. Alle borgere tilbydes lægesamtale.	
Spaniensgade	Hele åbningstiden.	Kontaktperson.	Løbende vagter hver uge.
	Borgerne opfordres til at møde frem i enheden.	Kontaktpersonen vurderer sammen med borgeren, om der er behov for abstinensbehandling.	Det bestræbes, at borgeren beholder den kontaktperson de møder ved første samtale.
	Borgerne ¹⁴ kan forhåndsbooke en tid mandag eller torsdag mellem 8 og 12.	Alle borgere tilbydes lægesamtale.	

Jf. tabellen ovenfor ser man i særlig grad følgende ligheder og forskelle:

¹⁴ Det er kun borgerne, som kan forhåndsbooke en tid, da man på enheden har oplevet, at mange borgere udebliver, hvis det er samarbejdspartnere, som ringer og forhåndsbooker en tid. Hvis en samarbejdspartner henvender sig om en konkret borger, opfordres borgeren til at møde frem i enheden eller selv ringe og booke en tid.

- På alle tre enheder er det i hele åbningstiden muligt for borgere at møde op med et ønske om at blive indskrevet i behandling, og der står derfor kontaktpersoner til rådighed i hele åbningstiden, ligesom der er sundhedsfaglige medarbejdere til rådighed ved behov for vurdering og opstart af medicinsk støtte. Alle borgere tilbydes også samtale med en læge.
 - Kun på Hørsholmsgade er det praksis, at *alle* alkoholborgere systematisk ses af en sundhedsfaglig medarbejder efter samtalen med kontaktperson. På de to øvrige enheder vurderer kontaktpersonen sammen med borgeren og evt. en sundhedsperson om der er behov herfor.
- Alle enheder udtrykker tilfredshed med og understreger vigtigheden i, at det er muligt at borgere ses af en sundhedsfaglig medarbejder i forbindelse med indskrivningen.
- På alle tre enheder opfordres borgerne til at møde op i enheden indenfor åbningstiden uden forudgående aftale.
 - På to af enhederne kan borgere i et afgrænset tidsrum forhåndsbooke tider til straksbehandling.
- Det er forskelligt, hvordan man har organiseret vagtplanen for bemanding af straksbehandling. På Hørsholmsgade har kontaktpersonerne uger *uden* straksvagter, mens kontaktpersonerne på Spaniensgade og Nørre Voldgade kører efter ugentlige rul uden længere pauser imellem.
 - Primært Hørsholmsgade giver udtryk for tilfredshed med deres organisering, som ifølge medarbejderne betyder, at de oplever at kunne udnytte deres tid til øvrige opgaver bedre, som enten kræver fordybelse eller fx tid til tilsynsbesøg.
 - Spaniensgade fremhæver straksbehandling som meget ressourcekrævende, i forhold til at man er til rådighed alle dage. Nogle dage kan der komme mange borgere ind af døren, mens der andre dage ikke kommer særlig mange borgere, men hvor det beskrives vanskeligt at bruge tiden i modtagelsen fornuftigt, idet det kan opleves svært at løse opgaver, som kræver fordybelse, velvidende man hele tiden skal stå parat til at tage imod potentielle nye borgere.
 - Nørre Voldgade oplever, at de har for få medarbejdere i deres organisering af straksindsatsen til at kunne imødekomme opgaven på tilfredsstillende vis, da enheden har mange nyindskrivninger.

Første samtale

Ved den første samtale mellem kontaktperson og borger afklares borgerens kommunetilhørsforhold, målgruppe, baggrund for henvendelsen, vurdering af behandlingsbehov og præsentation af enhedens tilbud, og man bliver derudover enige om en plan for videre forløb (socialfagligt, medicinsk og/eller terapeutisk). Hvis der er mulighed for det, udarbejdes der ASI/NAB.

Kontaktpersonerne er på alle enheder meget optaget af at sikre en faglig og relevant samtale for borgeren.

"Første samtale bruges på at afklare: Hvem er du? Hvad vil du? og Hvad kan vi gøre?"
(Kontaktperson om indskrivningssamtalen)

Nedenfor ses en tabel over ligheder og forskelle i tilrettelæggelsen af første samtale.

Tabel 11: Første samtale

Enhed/fokuspunkt	Fokus i første samtale med Kontaktperson	Antal samtaler i indskrivningsforløbet	Tidsforbrug ved første henvendelse
Hørsholmsgade	Udgangspunkt i den enkelte borger: Hvem er du, hvilke ønsker/forventninger har du til behandlingen, og hvad kan vi gøre/hvilke tilbud har vi? Hvis muligt ASI/NAB og behandlingsplan. Ofte vanskeligt at nå.	Afhænger af borgeren.	45-60 min. med kontaktperson + ca. 40 min. med læge/sundhed
Nørre Vold	Udgangspunkt i den enkelte borger: Hvem er du, hvilke ønsker/forventninger har du til behandlingen, og hvad kan vi gøre/hvilke tilbud har vi? Hvis muligt ASI/NAB og behandlingsplan. Ofte vanskeligt at nå.	Afhænger af borgeren. Som udgangspunkt udarbejdes behandlingsplan ved første samtale, men nogen gange skal der 2-3 samtaler til. Det varierer ligeledes mellem kontaktpersonerne, hvor nogen som udgangspunkt bruger én samtale mens andre ofte bruger 2-3 samtaler, herunder tilbud om indledende behandlingssamtaler.	Ca. 45 min. med kontaktperson (nogle gange 30 min.) + evt. sundhedsfaglig samtale
Spaniengade	Udgangspunkt i den enkelte borger: Hvem er du, hvilke ønsker/forventninger har du til behandlingen, og hvad kan vi gøre/hvilke tilbud har vi? Hvis muligt ASI/NAB og behandlingsplan. Ofte vanskeligt at nå.	Afhænger af borgeren men som udgangspunkt én samtale.	Ca. 1 time. med kontaktperson + evt. sundhedsfaglig samtale

På alle enheder tages der ved første samtale udgangspunkt i borgernes situation og borgerens ønsker til og behov for behandling i forhold til at få udarbejdet en relevant behandlingsplan sammen med borgeren.

Målet med implementeringen af straksbehandling er, at borgeren hurtigere kommer i gang med behandlingen og at der for borgeren kan være igangsat flere samtidige indsatser. Behandlingsplanen vil efterfølgende løbende blive justeret i dialog med borgeren, hvis der i kontakten med borgeren viser sig behov for det og evt. på baggrund af yderlig udredning.

Flere medarbejdere giver dog udtryk for, at de i forbindelse med straksbehandling fortsat arbejder med at ramme det rette niveau i, hvad en god udredning ved første samtale skal være, således at der på den ene side tages udgangspunkt i borgernes behov og ønsker, men at man samtidig når rundt om de "skal" opgaver, der er i forbindelse med indskrivningen. Kontaktpersonerne giver i den forbindelse udtryk for, at de oplever, at den første samtale kan blive for tidspresset, og at dette kan gå ud over relationsarbejdet med borgerne. Flere medarbejdere fremhæver som årsag hertil, at de er vant til en tidligere praksis, hvor den første samtale med borgeren var en længere udredningssamtale, og de kan derfor opleve, at de sender borgerne for hurtigt videre til anden behandling, fx gruppebehandling.

Tidligere havde nogle af medarbejderne den samlede kontakt med borgerne, hvor de på én gang både var kontaktperson, behandler og sundhedsperson. Nu skal medarbejderne vænne sig til en praksis, hvor de ikke alene har kontakten til borgerne, men kontakten varetages i et tværfagligt samarbejde.

Det er forskelligt på tværs af alkohol og stof enhederne – og på tværs af kontaktpersonerne internt på de enkelte enheder – hvor meget tid kontaktpersonerne bruger til den eller de indledende samtaler med borgeren (jf. tabel 12), og hvad kontaktpersonerne lægger vægt på. Eksempelvis fortæller en kontaktperson, at vedkommende oftest gennemfører ASI ved første samtale, og sender borgeren videre umiddelbart efter, mens en anden medarbejder fra samme enhed mener, at der er brug for i hvert fald 2-3 samtaler, inden borgerne kan sendes videre til øvrig behandling.

Rollefordelingen er med den faglige specialisering blevet ændret, og medarbejderne skal med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov for behandling udarbejde en individuelt målrettet behandlingsplan. For nogle kan det fortsat opleves som vanskeligt at finde det rette niveau af udredning i opstarten med borgerne:

"Omlægningen har betydet, at medarbejderne har fået ansvaret for flere borgere, og kontaktpersonen ønsker fortsat en høj kvalitet, hvilket kan betyde tidspres. Før har der skullet laves et stort udredningsarbejde, men den del er der ikke tid til mere. Det kan være svært at lægge fra sig" (Medarbejdercitater om nye arbejdsgange ved indskrivning)

Ud over en forskel blandt kontaktpersonerne på forståelsen af hvilket niveau af udredning der er muligt og nødvendigt i første samtale, og som kan danne grundlag for en indskrivning til straksbehandling, er der forskel på, hvorvidt kontaktpersonerne mener at det ligger inden for deres opgave at varetage motiverende samtaler samt tilbyde individuel rusmiddel- og psykoeducation i forbindelse med indskrivningsforløbet.

Forskellene på hvordan den enkelte kontaktperson praktiserer straksbehandling tilskrives af medarbejderen flere faktorer, bl.a.:

- Forskellige tidligere erfaringer, og det tager tid at lægge tidligere praksis fra sig
- Forskellig forståelse af hvad der er god, nødvendig eller tilstrækkelig udredning

De forskellige praktikker har givet anledning til, at der efterlyses en større tydelighed omkring forventningerne til kontaktpersonernes rolle, i forhold til hvad der skal/kan/må ske hvornår, så der sker en højere grad af ensretning på området.

Flere medarbejdere har herudover en opmærksomhed på, at det i den indledende fase kan være vanskeligt

at sikre, at borgerne får tilstrækkelige informationer om behandlingsmulighederne. Dels fordi nogle borgere kan have svært ved at rumme de mange informationer, der gives ved første samtale, dels fordi medarbejderne selv finder det vanskeligt at have det fulde overblik over enhedens tilbud. Medarbejdere fra alle enheder nævner, at det har været svært at få overblik over tilbuddene i enheden og tilbuddene generelt i BCV og SOF, og at der derfor er brug for fortsat drøftelse af, hvordan man sikrer relevant information til borgeren. Denne opmærksomhed er i tråd med de indledende pointer fra borgerperspektivet, hvor en borger påpegede, at det kan opleves forvirrende at starte i enhederne og få det fulde overblik, og at det kan opleves tilfældigt, hvilke øvrige tilbud man orienteres om udover den medicinske og terapeutiske behandling.

Endelig fremhæves det tværfaglige samarbejde medarbejderne imellem som et afgørende element for, om straksbehandling og samarbejdet omkring udarbejdelsen af behandlingsplaner fungerer tilfredsstillende for både borgere og medarbejdere. Straksbehandling vurderes derfor også at være påvirket af, i hvor høj grad man på de enkelte enheder har formået at implementere en teamorganisering, der styrker det tværfaglige samarbejde. Der hvor dette samarbejde glider bedst er på de enheder, hvor medarbejderne beskriver, at situationsbestemte team aktivt bringes i spil og arbejdet med den enkelte borger opleves som et fælles ansvar og projekt.

En leder beskriver i forlængelse heraf, at det hos dem er lykket godt med implementeringen af straksbehandling, idet borgeren sammen med det situationsbestemte team fælles drøfter behandlingsmulighederne og lægger en plan i forhold til en socialfaglig, terapeutisk og/eller sundhedsmæssig behandlingsindsats:

”Straksbehandlingen handler om, at vi med det samme borgeren træder ind i enheden arbejder sammen i det situationsbestemte team om at iværksætte den rigtige behandlingsplan for borgeren” (Ledercitat om straksbehandling)

Straksbehandling på substitutionsenhederne

I arbejdet med implementering af straksbehandling på de tre substitutionsenheder, har der i perioden frem til nu i særlig grad været fokus på at sikre hurtig opstart af den medicinske behandling for de borgere, som henvender sig i de tre substitutionsenheder. Det kan konstateres, at dette er lykket rigtig godt som en del af omlægningen. Alle tre enheder har en praksis, hvor borgerne kan opstarte i medicinsk behandling samme dag eller dagen efter de henvender sig, hvilket af både medarbejdere og borgere fremhæves som et vigtigt fremskridt i behandlingen på borgernes præmisser.

På Ørnevej var der i efteråret 2015 et pilotprojekt af straksbehandling i forbindelse med, at borgere med misbrug af opiater fra den tidligere enhed på Frederikssundsvej blev flyttet til Ørnevej. Med udgangspunkt i erfaringerne fra dette pilotprojekt har man på enheden på Ørnevej lavet en organisering af straksbehandling, som fungerer godt. Alle tre substitutionsenheder har fået den beskrevne guideline.

Med udgangspunkt i pilotprojektet har Ørnevej gjort sig erfaringer med en organisering af arbejdet, der bidrager til en fornuftig balance mellem straksbehandling og de øvrige indsatser i enheden og som måske kan implementeres til de øvrige substitutionsenheder. Herunder at:

- Kontaktpersonernes vagter i modtagelsen ikke skal være for bredt spredt ud. På Ørnevej har man i stedet lavet et rul, hvor kontaktpersonerne har vagten hver 5. uge, og altså har fire uger uden vagt i modtagelsen, således at der frigives tid til andre ting.
- Afgrænse tidsrummet for lægernes straksbehandling således, at lægerne også har tid til andre lægeopgaver i enheden.
- Kontaktpersonen deltager i den første samtale med lægen, idet det styrker koordineringen og mindsker overlap i spørgsmål til borgeren.

Medarbejdere fra Ørnevej søgte i starten af omlægningen at dele ovenstående erfaringer med de øvrige to enhederne, men det vurderes af medarbejdere på både Ørnevej og de øvrige enheder, at der på dette tidspunkt var stor fokus på en række andre faglige og organisatoriske dele af omlægningen, primært i forhold til at sikre den medicinske behandling som fik betydning for, at erfaringerne ikke i tilstrækkelig grad er blevet implementeret i de øvrige enheder.

Generelt efterspørger medarbejderne fra substitutionsenhederne en højere grad af videndeling og læring på tværs af enhederne, så man ikke hver især skal "*opfinde den dybe tallerken*". Der er på nuværende tidspunkt etableret et mere systematisk samarbejde mellem de socialfaglige koordinators på de tre enheder og både ledere og medarbejdere oplever allerede nu, at det bidrager til en positiv udvikling i form af større fælles forståelse af straksbehandlingen.

Organiseringen af straksbehandling er ensartet på tværs af de tre substitutionsenheder. Dog påvirkes praksis af de ressourcer enhederne har til bemanning af modtagelsen og lægeressourcer. Ikke mindst oplever en lille enhed som Prags Boulevard vanskeligheder med at få ressourcerne til at hænge sammen i forhold til at dække straksbehandling i åbningstiden på linje med de to større enheder.

Organisering af straksbehandling i praksis

På alle tre substitutionsenheder kan borgerne booke en tid til straksbehandling enten ved fremmøde i enheden eller pr. telefon. Når borgeren henvender sig (enten pr. tlf. eller ved fremmøde i enheden), laver alle enheder en afklaring af, om borgeren er københavnerborger samt om borgeren er inden for målgruppen for substitutionsenheden.

Enhederne har afsat ca. 1-1½ time pr. dag til straksbehandling, hvor lægen og kontaktpersonen er til rådighed. Dette vurderes at være tilstrækkeligt i forhold til borgernes behov, ligesom det er nødvendigt at afgrænse tidsrummet for at sikre, at lægerne både er til rådighed for straksbehandling, samtidig med at de skal varetage andre lægefaglige opgaver i enheden.

Der er typisk afsat 1½ time i alt til den indledende straksbehandling – ca. 30 minutter hos kontaktpersonen og 1 time hos lægen. Som udgangspunkt deltager kontaktpersonen ved lægesamtalen, således at der så vidt muligt undgås overlap i spørgsmålne til borgeren. Kontaktperson og læge aftaler herefter, hvilke øvrige fagpersoner der er behov for at inddrage i borgerens situationsbestemte team (sundhedspersoner, behandler, SKP el.lign.). På Prags Boulevard står man dog overfor at lave en ændring, hvor borgerne først ses af en læge og derefter har samtalen med kontaktpersonen.

Lægeressourcerne opleves at være meget efterspurgt i aenhederne. I særlig grad oplever Prags Boulevard en udfordring med at få dækket det fornødne lægebehov, idet de har 1,2 læge tilknyttet enheden, hvilket er vanskeligt ved fx sygdom, ferie mv. Men også de øvrige enheder oplever at være udfordrede.

Tablet 12: Oversigt over enhedernes organisering af straksbehandling

Enhed/fokuspunkt	Tidspunkt	Hvem har første samtale	Straksvagt og videre fordeling af kontaktperson
Ørnevej	Lægen kan bookes 1 time om dagen. Der er ikke opstart af medicin om fredagen.	Kontaktpersonen har første målgruppeafklaring, hvorefter lægen og kontaktpersonen har samtale sammen	Vil ændre til at første kontaktperson følger borgeren videre
Vigerslev Alle	Læge og kontaktpersoner kan bookes mandag - torsdag kl. 10.00-11.30. Der er ikke opstart af medicin om fredagen.	Kontaktpersonen har første målgruppeafklaring, hvorefter lægen og kontaktpersonen har samtale sammen	Kontaktpersonerne har faste vagter.
Prags Boulevard	Ikke de sene tider, da der her ikke er lægedækning. Kan booke en tid på forhånd. Der er ikke opstart af medicin om fredagen.	Kontaktpersonen har første afklaring af komettilhørsforhold. Herefter samtale med lægen, under målgruppeafklaring. Endelig indskrivningssamtale med kontaktpersonen.	Alle medarbejdere (ikke sundhed) har en fast dag om ugen, og derudover er eftermiddage og fredage på rul.

Første samtale på substitutionsenhederne

Ved første samtale er der, i lighed med alkohol og stofenhederne, fokus på at få afklaret målgruppe og komettilhørsfold samt de sundhedsfaglige forhold hos borgeren. Hvis borgeren er i stand til det, opstartes ligeledes ASI mv. Medarbejderne fortæller, at det ofte er vanskeligt at nå ASI ved første samtale, idet borgerne ved opstarten skal møde abstinente og derfor kan have svært ved at koncentrere sig i længere tid ad gangen. På enhederne afprøves der forskellige modeller, fx i forhold til at få borgerne til at udfylde ASI, når de sidder i venteværelset ved opstart af medicin el.lign., da det kan være svært at motivere nogle borgere til udfyldelse af ASI, når først den medicinske behandling er iværksat.

Tabel 13: Ressourceforbrug og indhold i første samtale

Enhed/fokuspunkt	Fokus i første samtale med Kontaktperson	Antal samtaler	Tidsforbrug
Ørnevej	Afhænger af borgerne, særlig fokus på ASI, CSC, blodtryk samt øvrige sundhedsmæssige forhold mv.	Afhænger af borgeren.	Ca. ½ time hos kontaktpersonen og 1 time hos lægen.
Vigerslev Alle	Afhænger af borgeren, særligt fokus på sundhedsmæssige forhold samt "skal" opgaver på myndighed som ASI mv.	Afhænger af borgeren.	Ca. 1½ time i alt.
Prags Boulevard	Målgruppe afklaring hos lægen samt opstart af behandlingsplan hos kontaktpersonen.	Afhænger af borgeren.	Ca. 1½ time.

Overordnet set er indholdet i straksbehandling og borgerens første møde med enheden på tværs af de tre substitutionsenheder ensartet. I dialogen med medarbejderne er det dog blevet tydeligt, at den praktiske gennemførelse opleves forskelligt af medarbejderne.

Der peges på at der endnu ikke er oparbejdet tilstrækkelig systematik og en usikkerhed, i forhold til hvad straksbehandling indbefatter, herunder hvordan myndighedsopgaven varetages og organiseres bedst muligt og i forhold til hvordan samarbejdet kan organiseres faggrupperne imellem.

Medarbejdere og ledere peger blandt andet på det store fokus på at få opstartet den medicinske del af straksbehandlingen, i forhold til fortsat at mangle en tilstrækkelig god organisering af kontaktpersonens myndighedsopgaver i forbindelse med indskrivningen og den indledende undersøgelses- og afklaringsfase af borgerne. Erfaringen med den socialfaglige indsats i straksbehandling på Ørnevej opleves til gengæld at være godt på vej i forhold til organiseringen og praktikken omkring myndighedsrollen, hvorfor det bør undersøges, om det er en lokal praksis, der med fordel kan overføres til de to øvrige enheder.

Behandlingsplaner

Flere medarbejdere på substitutionsenheder fortæller, at de ønsker at blive styrket i, hvordan de i samarbejdet med borgerne kan udarbejde mere målrettede og udviklingsorienterede behandlingsplaner med en borgergruppe, hvis umiddelbare behov er opstart i medicinsk behandling. Det beskrives hertil, at en del borgere kan være svære at motivere til aftaler ud over den lægefaglige behandlingsplan samtidig med, at der opleves behov for kontinuerligt fokus på at motivere til forandring, hvilket forventes at blive styrket ved en større systematik i organiseringen af samarbejdet.

At fange et forandringspotentiale fordrer en kontinuerlig helhedsorienteret og tværfaglig tilgang til og samarbejde omkring borgerens situation og behandlingsbehov, som er mere langsigtet end det akutte

medicinske behov og som alle faggrupper derfor skal arbejde ud fra i de forskellige sammenhænge, borgeren er en del af. Med henblik på netop at styrke en sådan fælles tilgang til arbejdet med borgerne, har alle medarbejdere som en del af en fælles kompetenceudviklingsplan blandt andet deltaget i et undervisningsforløb om den motiverende samtale. (Se kapitel 7 for yderligere uddybning af teamstrukturen). Samarbejdet mellem kontaktpersoner og de terapeutiske behandlere fremhæves som særligt positivt i forhold til at tilbyde en udviklingsorienteret behandling og at det hertil er yderst tilfredsstillende, at kontaktpersonerne ikke har oplevet, at behandlerne ikke har haft mulighed for at tilbyde relevant hjælp til borgere, der har været i målgruppen for at kunne profitere af et internt, ambulante terapeutisk behandlingsforløb.

Endelig er der en opmærksomhed blandt medarbejderne, i forhold til at en helheds- og udviklingsorienteret behandlingsplan kræver, at medarbejderne har viden om, hvordan de kan få de nødvendige informationer om, hvilke tilbud der findes til borgerne i enheden, i CRK, i SOF, i kommunen og hos eksterne samarbejdspartnere. Dette gælder i særlig grad tilbud til de unge på substitutionsenhederne, tilbud til ældre borgere med kognitiv funktionsnedsættelse samt viden om muligheder og arbejdsgange vedrørende boligindstillinger.

Opsamling

Alle seks behandlingsenheder er lykkedes med implementering af straksbehandling, idet borgerne alle steder tilbydes indskrivning i behandling samme dag eller dagen efter de henvender sig og derved er sikret let adgang til behandling samt mulighed for en umiddelbar og konkret hjælp på en behandlingsenhed de selv har valgt. Borgerne fortæller på tværs af enhederne, og uafhængig af rusmiddelsituation, at de generelt oplever at blive tilbudt umiddelbar, relevant og oftest sammenhængende hjælp, der har imødekommet deres oplevede behandlingsbehov, om end nogle borgere kunne ønske et større overblik over de forskellige behandlingstilbud i enheden eller mere fleksibilitet i forhold til medicinudlevering.

Medarbejderne giver generelt udtryk for, at der fortsat er et arbejde i at finde sig til rette i de faglige roller i straksbehandlingen. Særligt hvordan mødet på borgernes præmisser implementeres godt og hvilket niveau af udredning der skal ligge til grund for en god behandlingsplan. Meget tyder ligeledes på, at medarbejderne ikke har taget fx OPS forløbene til sig som en naturlig straksindsats eller som et element i den samlede behandlingsplan. Medarbejderne oplever således fortsat på mange områder at være præget af tidligere traditioner og erfaringer med hvordan borgerne mødes og hvordan en god behandlingsplan udarbejdes.

Med evalueringen kan det overordnet konstateres, at implementeringen af straksbehandling på tværs af alle enheder har været en stor opgave, og at der på tværs af enhederne endnu ikke er et fælles sprog og forståelse af, hvad straksbehandling indbefatter. Opgaven gribes forskelligt an internt på enhederne og mellem enhederne, hvilket internt i faggrupperne kan skabe uklarhed og utilstrækkelig forventningsafstemning om opgavevaretagelsen. Der efterlyses på den baggrund mere systematik og ensretning på tværs af enhederne i varetagelsen af opgaverne forbundet med straksbehandling så der kan opnås bedre sammenhæng mellem organisering, tidsforbrug og forventninger til opgaverne i forbindelse med straksbehandling, ikke mindst i forhold til niveauet for udredning. I det videre arbejde bør der være fokus på mere videndeling på tværs af enhederne samt inddragelse af erfaringer fra andre kommuner.

Til trods for de tiltag der er gjort for at klæde kontaktpersonerne på substitutionsenhederne på til opgaven, oplever kontaktpersonerne fortsat et behov for kompetenceudvikling i forhold til deres nye rolle som myndighedsperson og generelt i forhold til hvad straksbehandling indbefatter. Her oplever man ligeledes et mangelfuldt overblik over behandlingsmuligheder i CRK og SOF, og der kan med fordel fremadrettet være øget fokus på, hvordan man i højere grad samarbejder med borgeren om en udviklingsorienteret behandlingsplan.

Nogle borgeres opmærksomhed på at det kunne være hjælpsomt med et større overblik over de forskellige tilbud genkendes af medarbejdere, der fortæller, at det kan være vanskeligt i første samtale at sikre, at borgerne opnår tilstrækkelig viden om de forskellige tilbud, der findes, og at det hertil kan være vanskeligt selv for medarbejderne at få sig dette overblik. Måske er det med til, at mange af de interviewede borgere ikke mindes at være orienteret om OPS tilbuddet i forbindelse med deres indskrivning og ikke har lagt mærke til ophængte plakater om dette tilbud. I boks 9 gives et konkret forslag til, hvordan indsatsen kan illustreres overskueligt, så borgeren har overblik over de konkrete tilbud han/hun får, samtidig med at han/hun kan se, hvilke yderligere interne tilbud der er, som borgeren frit kan vælge imellem efter behov og interesse.

Generelt kan det konstateres, at organiseringen af den indledende straksbehandling er implementeret på alle enheder og at der i det videre implementeringsarbejde med fordel kan sættes øget fokus på, hvordan straksbehandlingen kommer til udtryk i mødet med borgerne og hvad det stiller af krav til medarbejdere og samarbejdet omkring borgerne.

Boks 9. Udviklingspunkter til videre implementering af straksbehandling

Overordnet anbefaling: Forsat implementering og udvikling af straksbehandlingen

Udviklingspunkter til den videre implementering

- Sikre fælles forståelse af hvad straksbehandling er og indebærer i mødet med borgerne. Herunder ensretning af det tilbud borgerne kan vælge samt rollefordelingen i udarbejdelsen af den første behandlingsplan.
- Yderlig analyse af hvad borgerne forventer i mødet med CRK.
- Undersøgelse af erfaringerne fra andre kommuner i forhold til tidsforbrug og praksis ved indskrivning af borgere.
- Strategisk videndeling og læring på tværs af enhederne om gode erfaringer og opmærksomhedspunkter, herunder drøfte om de gode erfaringer med straksorganiseringen på Hørsholmsgade og Ørnevej med fordel kan udbredes til andre enheder.
- Så vidt muligt følger den kontaktperson borgerne møder ved indskrivning borgeren i det videre forløb.
- Implementering af nyt dialogredskab til borgene i den indledende fase med overblik over informationer, aftaler og øvrige indsatser i CRK (jf. boks næste side).
- Fortsat oplæring/kompetenceudvikling i kontaktpersonernes myndighedsrolle (gælder primært substitutionsenhederne).

Boks 10. Anbefaling til det videre arbejde med at udvikle et dialogredskab til den indledende kontakt med borgerne¹⁵

Anbefaling – nemt og overskueligt dialogredskab

Interview med borgere peger på, at den første tid ved indskrivningen er sårbar. Borgerne er usikre på, hvad der skal ske, de er usikre på deres valg og de kan ikke huske alle informationer sammenholdt med, at medarbejderne giver udtryk for, at de oplever dette vanskeligt at give borgerne de rette informationer.

Derfor foreslås det at der arbejdes videre med et konkret dialogredskab, som giver borgeren et nemt overblik over, hvad der er aftalt og hvem deres kontaktperson er.

Borgeren og kontaktpersonen udfylder ved første samtale nedenstående A4 side, hvor side 1 indeholder oplysninger om borgerens ønsker til behandlingen, hvilke tilbud borger og kontaktperson aftaler skal indgå i borgerens behandlingsplan, hvornår de skal ses næste gang (skal aftales) samt kontaktpersonens kontaktoplysninger, så borgeren kan ringe eller sende en SMS, hvis der er noget de bliver i tvivl om.

På side 2 er der en oversigt over tilbud til borgeren og de konkrete tilbud det er aftalt, at borgeren skal have afkrydset. Dette giver både borgeren et overblik over de konkrete tilbud han/hun får, samtidig med at han/hun kan se, hvad der er af yderligere tilbud.

Oversigten skal ligeledes fremgå af hjemmesiden, og for hvert ikon kan borgeren klikke sig ind på en informationsvideo, der fortæller mere om indholdet og kan evt. ligeledes laves som plakater mv.

The diagram illustrates a two-page dialog tool. The left page is a form with the following fields:

- Mine ønsker og behov for behandling: _____
- Hvad skal der ske: _____
- Hvem gør hvad: _____
- Hvornår sker det: _____
- Min kontaktperson er: _____
- Kontaktoplysninger: tlf. og email: _____

The right page is titled "Mine tilbud:" and contains a 3x3 grid of service options, each with a checkbox:

Samtale med KP	Sundheds-samtale	Move ON
Gruppe-behandling	SKP	OPS-forløb
Læge-samtale	Familie-orienteret forløb	Pårørende gruppe

At the bottom of the right page, it says: Uddybes www.kk.dk/stof/alkohol

¹⁵ Forslaget er udarbejdet af Enhedsleder Jesper Langkjær og LUP-gruppe som led i LUP-forløb 2016-2017.

6. Åbningstider

Som en del af omlægningen er der implementeret nye åbnings- og arbejdstider på de seks behandlingssenheder. De nye åbnings- og arbejdstider er besluttet med afsæt i et oplæg fra en arbejdsgruppe nedsat i regi af afdelingsMED. Arbejdsgruppen har spurgt 62 borgere fra de tidligere modtage- og behandlingssenheder og 204 borgere fra de tidligere alkoholenheder om deres vurdering af de tidligere åbningstider og ønsker til ændring af åbningstider. Hovedparten af borgerne i alkoholenhederne og i behandlingssenhederne var tilfredse med de eksisterende åbningstider. Blandt borgerne fra de tidligere modtageenheder var lidt over halvdelen interesseret i enten en time tidligere åbent eller åbent til kl. 18¹⁶.

På den baggrund blev nedenstående åbnings- og arbejdstider for CRK besluttet og implementeret primo 2016.

Boks 11: Faktaboks åbningstider de seks behandlingssenheder

Faktaboks - åbningstider

Åbningstider i rusmiddelbehandlingen i

Hørsholmsgade, Spaniensgade og Nørre Voldgade:

- Mandag: 08.00-12.00 og 15.00-18.00
- Tirsdag: 08.00-12.00
- Onsdag: 08.00-12.00
- Torsdag: 08.00-12.00 og 15.00-18.00
- Fredag: 08.00-12.00

Åbningstider i rusmiddelbehandlingen på Prags

Boulevard, Ørnevej og Vigerslev Alle:

- Mandag: 09.00-13.30 og 16.00-18.00
- Tirsdag: 09.00-13.30
- Onsdag: 09.00-13.30
- Torsdag: 09.00-13.30 og 16.00-18.00
- Fredag: 09.00-13.30

Boks 12: Faktaboks arbejdstider de seks behandlingssenheder

Faktaboks – arbejdstider

Arbejdstiderne for medarbejdere i

rusmiddelbehandlingen i Hørsholmsgade,
Spaniensgade og Nørre Voldgade:

- Mandag: 08.00-16.15 / 10.00-18.15
- Tirsdag: 08.00-15.15
- Onsdag: 08.00-15.15
- Torsdag: 08.00-16.15 / 10.00-18.15
- Fredag: 08.00-14.00

Arbejdstiderne for medarbejdere i

rusmiddelbehandlingen på Prags Boulevard,
Ørnevej og Vigerslev Alle:

- Mandag: 08.30-16.15 / 10.30-18.15
- Tirsdag: 08.30-16.15
- Onsdag: 08.30-16.15
- Torsdag: 08.30-16.15 / 10.30-18.15
- Fredag: 08.30-14.30

¹⁶ Åbningstider de tidligere behandlingssenheder: mandag og onsdag kl. 9-15, tirsdag kl. 9-16, torsdag kl. 9-13 og kl. 16-17, fredag kl. 9-13.

Åbningstider de tidligere modtageenheder: mandag-onsdag kl. 9-14, torsdag kl. 9-13 og 16-19, fredag kl. 9-13.

Åbningstider de tidligere alkoholenheder: mandag kl. 9-11 og 15-18, tirsdag/onsdag/fredag 8-11, torsdag 14-18.

Inden omlægningen var der således i de tidligere enheder forskellige åbningstider, men også forskellig praksis for hvad der ligger i åbningstiderne. På de tidligere alkoholenheder kunne borgerne inden for åbningstiden henvende sig akut og uden aftale, mens der var mulighed for at afholde planlagte samtaler med borgerne på andre tidspunkter efter aftale. På stofområdet var tendensen i højere grad, at åbningstiden var dér, hvor borgerne kunne fremmøde i enheden både uplanlagt såvel som planlagt.

For medarbejdere (og borgere) fra de tidligere stofenheder er det nyt med to sene åbningsdage. Her var før sen åbningstid torsdag til kl. 17.00 i de tidligere behandlingsenheder og til kl. 19 i de tidligere modtageenheder. De tidligere alkoholenheder har været vant til to sene dage med åbent til kl. 18 både mandag og torsdag.

Med omlægningen var det ligeledes målet at ensrette praksis således, at borgerne i åbningstiderne kan møde op på enhederne uden aftale samt få udleveret medicin, mens der uden for åbningstiden fx kan afholdes individuelle planlagte samtaler, gruppeforløb mv. efter aftale.

I opfølgningen og evalueringen har åbningstiderne været et fokuspunkt i interview med både borgere og medarbejdere samt ved tællingen, som er gennemført i alle seks enheder i ugerne 41 og 43.

Boks 13: Fakta om tællingen i uge 41 og 43

Tal fra tælling i alle seks rusmiddelenheder i uge 41 og 43

Medarbejderne i de seks behandlingsenheder har i uge 41 og 43 registeret antal borgerhenvendelser. Registreringen har omfattet antal borgere og tidspunkt på dagen, hvor borgeren har henvendt sig i modtagelsen fordelt på medarbejdere (kontaktpersoner, sundhedspersoner og behandlere). Den enkelte borger kan godt have været i enheden flere gange på en uge. Der er således tale om en registrering af antal henvendelser og ikke unikke borgerhenvendelser.

Resultaterne fra denne registrering, som er præsenteret i dette kapitel, er forbundet med en vis grad af usikkerhed, da ikke alle medarbejdere har udfyldt skemaerne i de respektive uger. Data præsenteres derfor som tendenser i enheden.

De tabeller der er fremhævet i følgende afsnit illustrerer således det fordelingsmæssige billede af enhedernes borgerhenvendelser. Antallet af borgere (angivet i søjlediagrammer) skal ses med forbehold for tællingens usikkerhed. Tabellerne har derfor til formål at illustrere det billede, der tegner sig for enhederne mere end det konkrete antal borgerhenvendelser, hvilket også varierer enhederne imellem grundet deres størrelsesmæssige forskelligheder. I de tilfælde hvor der fremhæves et diagram fra en enkelt enhed, vil det fremgå, hvorvidt det er det samme billede, der gør sig gældende for de andre enheder. Diagrammet er i de tilfælde udvalgt tilfældigt for at illustrere det samlede billede for substitutionsenheder, alkohol og stof enheder eller alle seks behandlingsenheder.

Med udgangspunkt i antallet af medarbejderregistreringer, er der i særlig grad taget udgangspunkt i registreringerne fra det sundhedsfaglige personale og registreringerne i medicinudleveringen. Tællingen fra enkelte enheder er sammenholdt med tal fra deres interne tællinger. Der foreligger ligeledes registreringer fra læger, behandlere og kontaktpersoner, som evt. kan indgå i et videre arbejde på området, men registreringerne er i denne rapport ikke er medtaget.

I interviewene er medarbejderne og lederne blevet spurgt til, hvordan åbningstiderne spiller sammen med flowet af borgere ind i og ud af huset, arbejdsopgaver, arbejdsorganisering, samt deres vurdering af om åbningstiderne opfylder borgernes behov. Borgerne er i interviewene blevet spurgt til deres oplevelse af åbningstiderne, og hvorvidt tiderne matcher deres behov og øvrige aktiviteter i hverdagen. Dette vil blive yderligere belyst i forbindelse med brugertilfredshedsundersøgelsen, som gennemføres i januar og februar 2017.

Boks 14: Information om brugertilfredshedsundersøgelse 2017

Brugertilfredshedsundersøgelse 2017

I brugertilfredshedsundersøgelsen, der gennemføres januar og februar 2017, stilles der endvidere spørgsmål til borgernes tilfredshed med åbningstiderne. Spørgsmålene er som følgende:

- *Hvor tilfreds er du med åbningstiderne i [din behandlingsenhed]?*
- *Hvor tilfreds er du med, hvordan åbningstiderne passer til dine andre aktiviteter i løbet af dagen?*

Borgernes oplevelse af åbningstiderne

Generelt giver borgerne, der er interviewet som en del af evalueringen, udtryk for, at de er tilfredse med åbningstiderne. De fleste borgere, herunder også borgere i beskæftigelse og uddannelse, oplever at åbningstiderne er i overensstemmelse med deres hverdag og øvrige aktiviteter.

Enkelte borgere i beskæftigelse eller uddannelse giver udtryk for, at de med åbningstiderne kan følge deres behandling, men at det ville være mere bekvemt for dem, hvis man justerede på åbningstiderne. To borgere (både fra alkohol- og stofenhed og fra substitutionsenhed) påpeger, at de på grund af uddannelse eller beskæftigelse enten ikke kan eller oplever det vanskeligt at følge et gruppebehandlingsforløb på grund af tidspunktet. De pågældende borgere modtager individuelle forløb.

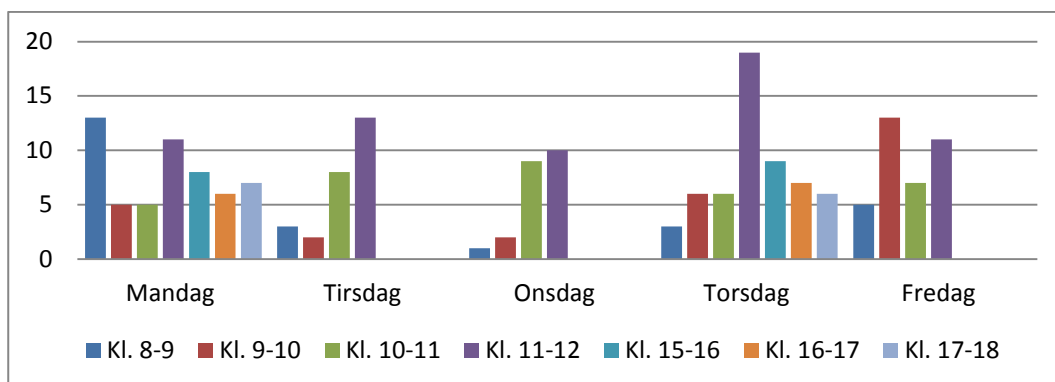
Erfaringerne med de nye åbningstider

Alkohol og stof enheder

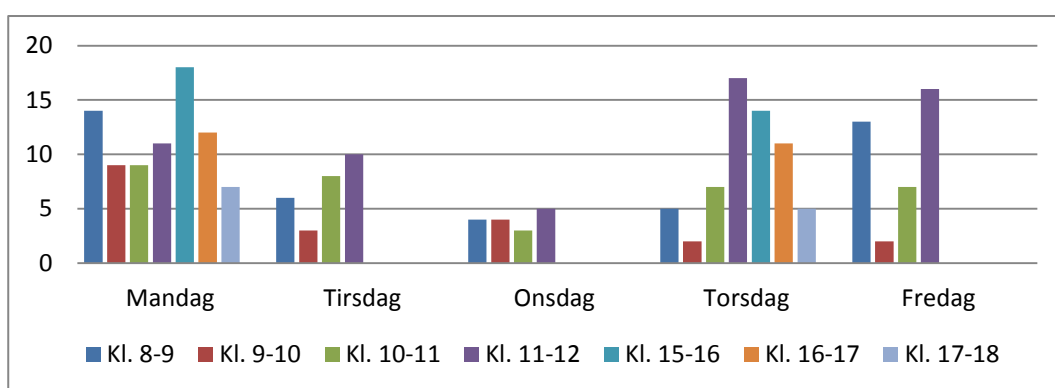
Medarbejderne og lederne fra de tre alkohol og stof enheder beskriver generelt, at de oplever travlhed og en jævn fordeling af borgerhenvendelser gennem ugen inden for hele åbningstiden.

Alle tre enheder giver udtryk for, at de i særlig grad oplever travlhed i eftermiddagstimerne (mandag og torsdag) i tidsrummet 15-17. Her opleves i høj grad, at der er behov for de to dage med sene åbningstider. Data fra tællingen viser ligeledes, at borgerne fordeler sig jævnt over ugen inden for åbningstiden og bekræfter endvidere medarbejdernes oplevelse af behovet for de to sene åbningstidspunkter.

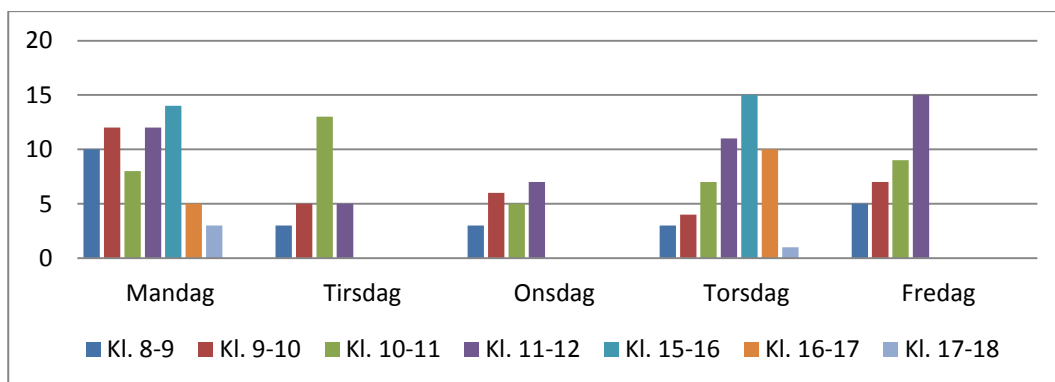
Figur 5: Borgerhenvendelser i Hørsholmsgade, sundhedspersoner uge 43 (kategori: dage)



Figur 6: Borgerhenvendelser i Nørre Voldgade, sundhedspersoner uge 43 (kategori: dage)

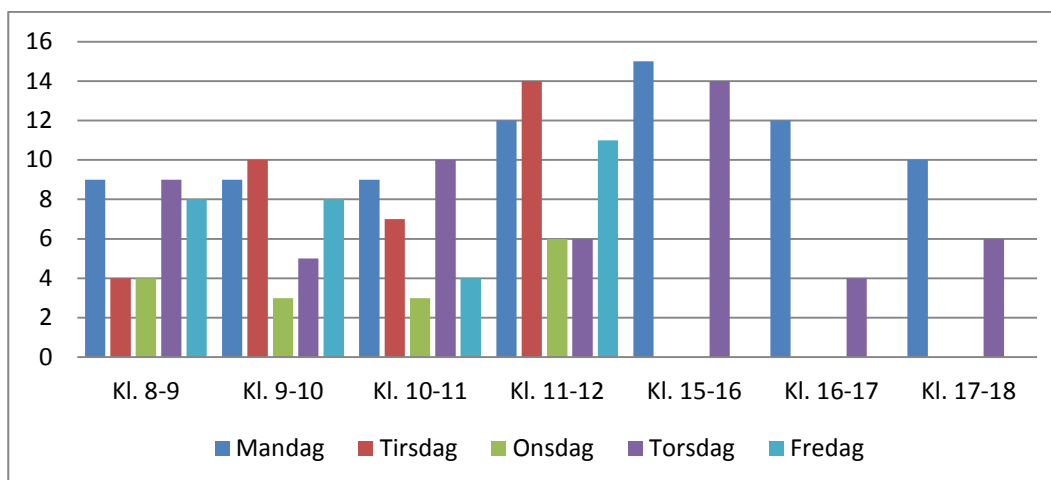


Figur 7: Borgerhenvendelser i Spaniensgade, sundhedspersoner uge 43 (kategori: dage)

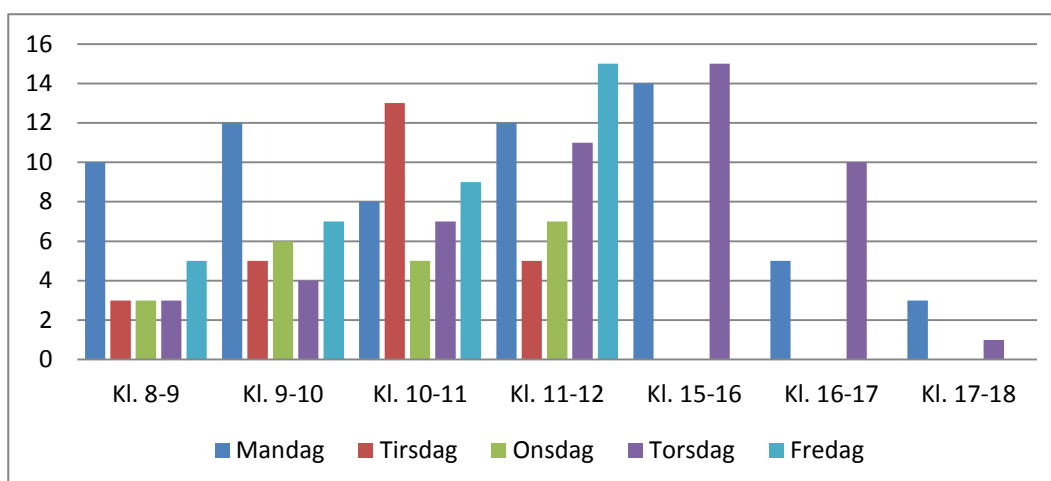


Ud fra data er det vanskeligt at konkludere entydigt på et bestemt mønster i fordelingen af borgerhenvendelser på tidspunkter og ugedage på tværs af de tre enheder. Dog fremhæver medarbejderne fra Hørsholmsgade og Spaniensgade, ud over behovet for sene åbningstider, at der hos dem er en betydelig gruppe borgere, som på grund af arbejde har behov for at møde kl. 8.00 om morgenen. Af tallene jf. tabellen ovenfor gør dette sig i særlig grad gældende mandag morgen. Tabellerne nedenfor bekræfter billedet af en jævn fordeling over ugen af borgerhenvendelser med en tendens til koncentration mandag morgen, de sene eftermiddage og fredag.

Figur 8: Borgerhenvendelser i Hørsholmsgade, sundhedspersoner uge 41 (kategori: tidspunkter)

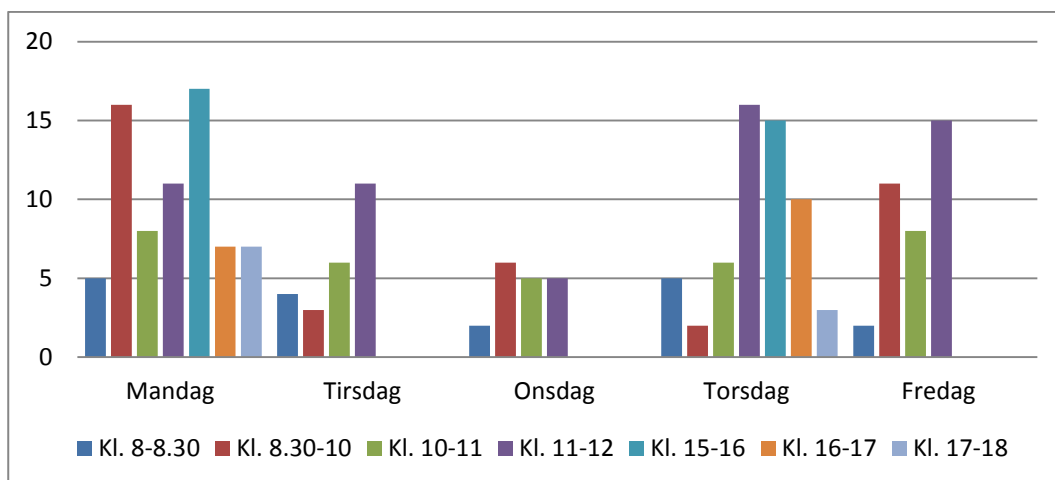


Figur 9: Borgerhenvendelser i Spaniensgade, sundhedspersoner uge 43 (kategori: tidspunkter)



Nørre Voldgade beskriver samme billede som Hørsholmsgade og Spaniensgade. På Nørre Voldgade giver medarbejderne dog udtryk for, at de oplever få borgerhenvendelser i tidsrummet kl. 8-8.30. Nedenstående tabel illustrerer fordelingen af borgerhenvendelser for de sundhedsfaglige indsatser. Tabellen er registreringer fra enhedens interne tælling.

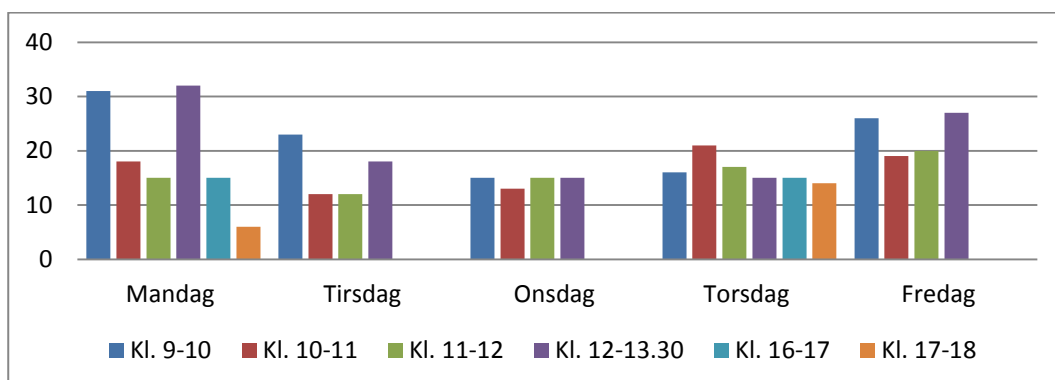
Figur 10: De sundhedsfaglige indsatser, Nørre Voldgade uge 43 (intern tælling) (kategori: dage)



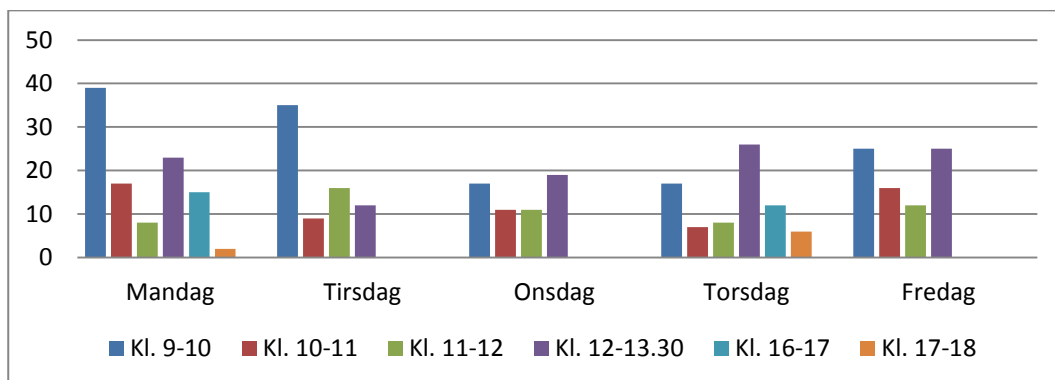
Substitutionsenheder

For substitutionsenhederne oplever alle tre enheder ligeledes en jævn fordeling af borgerne gennem ugen. Dog opleves her i højere grad en koncentration af borgerhenvendelser i starten (mandag) og slutningen af ugen (fredag), hvilket illustreres af nedenstående tabeller.

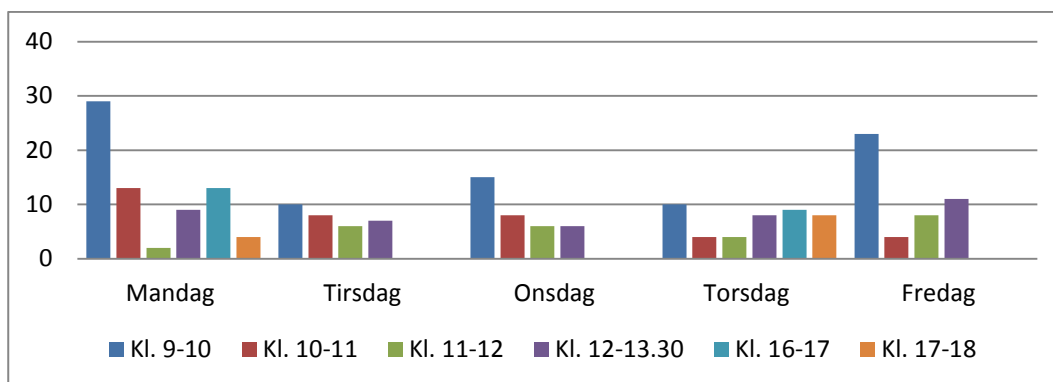
Figur 11: Borgerhenvendelser på Ørnevej, medicinudlevering uge 41 (kategori: dage)



Figur 12: Borgerhenvendelser på Vigerslev Allé, medicinudlevering uge 41 (kategori: dage)

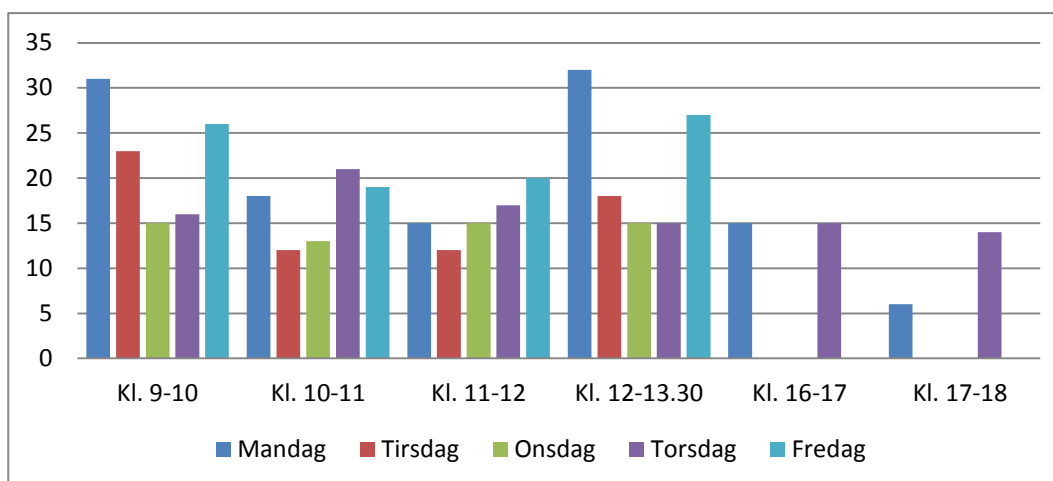


Figur 13: Borgerhenvendelser på Prags Boulevard, medicinudlevering uge 43 (kategori: dage)

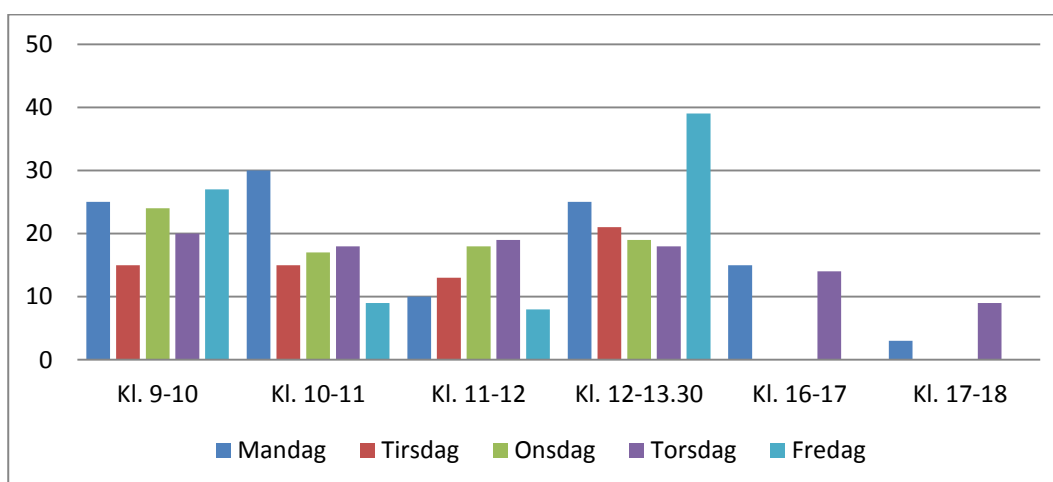


De tre enheder beskriver ligeledes en særlig koncentration af borgere mandag morgen samt fredag inden lukning af enheden (lige før og efter weekenden). Derudover oplever de, at der ofte er mange borgerhenvendelser inden lukketid midt på dagen. Dette billede kan ligeledes illustreres af tabellerne nedenfor.

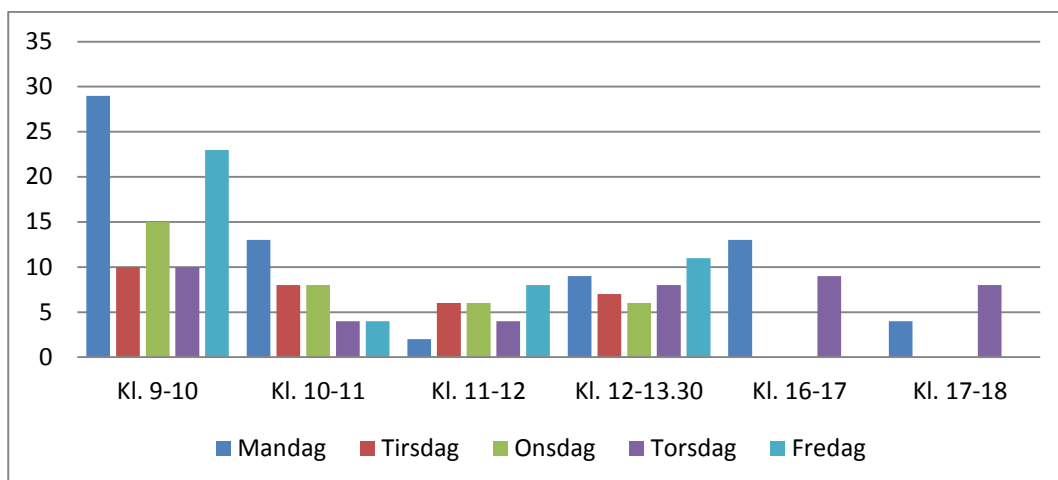
Figur 14: Borgerhenvendelser på Ørnevej, medicinudlevering uge 41 (kategori: tidspunkter)



Figur 15: Borgerhenvendelser på Vigerslev Allé, medicinudlevering uge 43 (kategori: tidspunkter)



Figur 16: Borgerhenvendelser på Prags Boulevard, sundhedspersonale uge 43 (kategori: tidspunkter)



Medarbejdernes oplevelse af behovet for åbningstider

På tværs af de tre substitutionsenheder er der enighed om, at behovet for én lang dag er til stede, men enhederne oplever, at de to dage med lange åbningstider er meget ressourcekrævende set i forhold til hvor mange borgere, der benytter de sene dage. Tabellerne ovenfor bekræfter en tendens til at borgerne i særlig grad benytter sig af torsdag, som er den dag med sen åbningstid, som mange borgere har været vant til fra de tidligere behandlingsenheder.

Medarbejdere og ledere giver udtryk for, at det driftsmæssigt er en udfordring at få de sene dage til at hænge sammen. De medarbejdere der møder sent grundet de sene åbningstider mangler i morgen- og formiddagstimerne, særligt på en lille enhed som Prags Boulevard og der opleves især udfordringer ved sygdom/ferie og lignende grundet sikkerhedsnormeringen.

Set fra borgerperspektivet påpeger nogle medarbejdere og ledere dog, at de sene åbningstider har en vigtig funktion. Herunder fortæller medarbejderne fra Ørnevej, at der er mere ro i eftermiddagsåbningstiderne og bedre tid til at snakke, hvilket nogle borgere kan have behov for. Ørnevej gør derfor brug af de sene åbningstider til denne gruppe borgere, ved at opfordre nogle borgere til at gøre brug af de sene åbningstider. Jf. input fra borgere (gennemgås i næste afsnit) kan dette være et vigtigt opmærksomhedspunkt for de nye enheder, som antalsmæssigt er blevet større.

Medarbejdernes arbejdstid og enhedens åbningstid

I lighed med nogle borgeres oplevelser giver medarbejdere og ledere på tværs af enhederne udtryk for, at der er behov for i højere grad at kunne afholde gruppebehandling på sene tidspunkter og tilrettelægge individuelle samtaler, således at de matcher behov hos borgere, som er i arbejde og uddannelse. Lederne efterspørger en klar udmelding om mulighed for lokalt at kunne tilrettelægge dette således, at det matcher flere borgeres behov.

Medarbejderne på de tre alkohol og stof enheder giver udtryk for, at de oplever det som en udfordring, at der er sammenfald mellem åbnings- og arbejdstid. Medarbejderne, særligt sundhedspersonale og

kontaktpersoner, oplever det som en udfordring, at skulle møde samtidig med at enheden åbner og at være klar til at tage ordentligt imod borgerne når enheden åbner kl. 8. En del borgere er i beskæftigelse og skal af den grund videre på arbejde, hvilket betyder, at der er borgere, der henvender sig på tidspunktet, hvor enheden åbner. Mange medarbejdere giver derfor til kende, at de møder ind tidligere for at sikre, at de er klar og kunne sikre, at borgerne kan blive ordentlig modtaget, når enheden åbner.

Medarbejdere på Nørre Voldgade giver udtryk for, at de ønsker morgenmøder inden enheden åbner, hvilket de på nuværende tidspunkt ikke har mulighed for grundet mødetid samtidig med åbningstid. De giver udtryk for, at de *"... har brug for at få set hinanden i øjnene"* inden de starter dagen, og her vende særlige opmærksomhedspunkter fra dagen i forvejen og/eller koordinering af sygemeldinger mv. Behandlerne på enheden giver dog udtryk for, at dette ikke er et behov hos dem og at de hellere så en øget mulighed for at aftale individuelle behandlingssamtaler om morgenen. Morgenmøderne var en fast rutine på de tidligere stofenheder, som forsat er gældende i de tre substitutionsenheder. På de øvrige alkohol og stofenheder har dette ikke været et udtalt ønske. Kontaktpersonerne og det administrative personale på Spaniensgade har også givet udtryk for at det kunne være en god måde at starte dagen på, men det er ikke et behov hos de øvrige medarbejdergrupper, og på Hørsholmsgade opleves det ikke som et behov.

På Hørsholmsgade møder det sundhedsfaglige personale ind før kl. 8, for at nå en faglig drøftelse inden enheden åbner, men vurderer, at åbningstiden kl. 8 er rimelig for borgerne. Medarbejderne vurderer, at de korte møder betyder meget for den daglige drift og at det handler om at kunne møde borgeren på en ordentlig måde, men de ser ikke et behov for at mødes på tværs af alle medarbejdergrupper.

Behandlerne på tværs af de tre enheder oplever derimod et behov for de tidlige åbningstider til at kunne afholde individuelle samtaler med borgere i beskæftigelse og oplever ikke et behov for morgenmøde.

De ovenfor viste tabeller antyder, at der på tværs af de tre enheder kan være lokale forskelle, i forhold til hvornår borgerne i særlig grad møder i enhederne og dermed forskelle i hvilket behov, der er for bemanning på forskellige tidspunkter. Lederne giver i den forbindelse udtryk for, at de gerne vil arbejde mere i dybden med konkretiseringen af de specifikke behov herfor, men at de mangler klare retningslinjer for deres kompetence til at fastsætte lokale arbejdstider.

Opsamling

Målet med ændringen af åbnings- og telefontider i omlægningen var at sikre tilgængelighed for borgerne, og ikke mindst også for de borgere som er i arbejde og uddannelse. Overordnet set tyder evalueringen på, at borgerne generelt er tilfredse med åbningstiderne. Dog er der borgere, som gerne så yderligere muligheder for at deltage i gruppebehandling om aftenen og for at lave individuelle samtaler uden for åbningstiden, som i højere grad matcher et behov hos borgere, som er i arbejde og uddannelse.

Substitutionsenhederne har i dag implementeret de besluttede åbningstider, men nogle af enhederne har i dag ikke en praksis, hvor det er muligt for borgere at komme i enheden uden for åbningstiden. Årsagen hertil er primært et opmærksomhedspunkt i forhold til at sikre den rette sikkerhedsnormering i enheden, når der er borgere til stede. Dette betyder blandt andet, at gruppebehandling afholdes inden for åbningstiden. Medarbejderne oplever, at behovet for en dag med sen åbningstid er til stede, men at det,

ikke mindst for en enhed som Prags Boulevard, er meget ressourcekrævende med to sene dage set i forhold til hvor mange borgere, der benytter sig af dette. Det er i den forbindelse et opmærksomhedspunkt at de sene eftermiddage, hvor der ofte er mere ro, med fordel kan anvendes til borgere, der har behov for mere ro omkring sig. Dette skal ses i lyset af, at enhederne antalsmæssigt er blevet større, og der kan opstå ventetid mv. når mange borgerhenvendelser er koncentreret omkring fx morgentidene.

Medarbejderne på alkohol og stof enhederne oplever, at der er behov for to sene dage. Medarbejderne oplever det udfordrende, at åbnings- og arbejdstid er sammenfaldende og lederne efterspørger klare retningslinjer for deres mulighed for at fastsætte lokal arbejdstid. Herunder oplever såvel medarbejdere og ledere behov for, at der kan afholdes ikke mindst aften gruppebehandling, så det i højere grad matcher de behov, som borgere i uddannelse og beskæftigelse har.

Boks 15: Udviklingspunkter vedrørende åbningstider

Overordnet anbefaling: Præcisering på tværs af enhederne af borgernes behov for åbningstider set ift. enhedernes ressourcer

Udviklingspunkter til den videre implementering

- Klare retningslinjer for ledelsens mulighed for at fastsætte lokal arbejdstid.
- Klare retningslinjer for muligheden for lokalt at vurdere behovet for tilbud uden for de fastsatte åbningstider.
- Yderlig afklaring af behovet for åbningstider, herunder de sene åbningstider i substitutionsenhederne, set i forhold til ressourceforbruget.

7. Faglig specialisering og ny teamstruktur

Med udgangspunkt i de overordnede mål om bedre resultater af behandlingen blev det besluttet som en del af omlægningen at implementere en organisering af behandlingssenhederne baseret på en faglig specialiseret teamstruktur, med henblik på at sikre en tværfaglig og helhedsorienteret indsats målrettet den enkelte borger.

Udover de specialiserede behandlingssenheder er der etableret en tværgående Enhed for Myndighed og Beskæftigelse¹⁷ for at sikre en ensartet og høj faglig ekspertise i afgørelser om visitation til behandling, enkeltydelser og administration af pension samt styrke sagsbehandlingen og overholdelsen af sagsbehandlingsfrister. Det har været målet at sikre, at uanset hvilken dør borgeren går ind af i CRK, tilbydes borgeren det samme.

I arbejdet for at sikre den faglige specialisering blev der, som det er beskrevet indledningsvist i rapporten, iværksat en overordnet plan for kompetenceudvikling af alle medarbejdere, der dels har taget hensyn til behov for specifik opkvalificering i nye arbejdsområder samt en strategisk medarbejderorganisering i forhold til at sikre kompetencer indenfor alle opgaver på samtlige enheder. Der er gennemført kompetenceudvikling som sidemandsoplæring, interne kurser og temadage i enhederne/afholdt af interne ressourcepersoner samt eksterne kurser og temadage afholdt af eksterne ressourcepersoner. I forhold til sidemandsoplæring har der særligt for kontaktpersonerne været fletteplaner, der sikrede, at tidligere stof- og alkoholmedarbejdere blev matchet på kontorer med hinanden. Endelig blev behandlere, for hvem gruppebehandling var nyt, matchet med erfarne gruppebehandlere. På baggrund af denne organisering har det været muligt at sikre et relevant behandlingstilbud til borgere fra første dag efter åbningen af de nye enheder. Se bilag 23 for den samlede kompetenceudviklingsplan.

Implementeringen af den faglige specialisering og teamstruktur er godt på vej i enhederne, om end der fortsat er forskelle enhederne imellem, i forhold til hvor langt man er nået, ligesom der fortsat arbejdes med at organisere et styrket samarbejde. Det vurderes på den baggrund, at der fortsat i 2017 vil være behov for at understøtte den videre implementering og udvikling heraf, særligt med fokus på en videreudvikling af det indholdsmæssige i de faglige roller og implementeringen af et mindshift i mødet med borgerne, ligesom der fortsat arbejdes hen imod at organisere et styrket samarbejde mellem behandlingssenhederne og Enhed for Myndighed og Beskæftigelse.

Den specialiserede organisering

Den faglige specialisering betyder, at arbejdet med borgeren er organiseret ud fra tre hovedsøjler:

- Medicinsk og sundhedsfaglig behandling
- Terapeutisk behandling og
- Social behandling

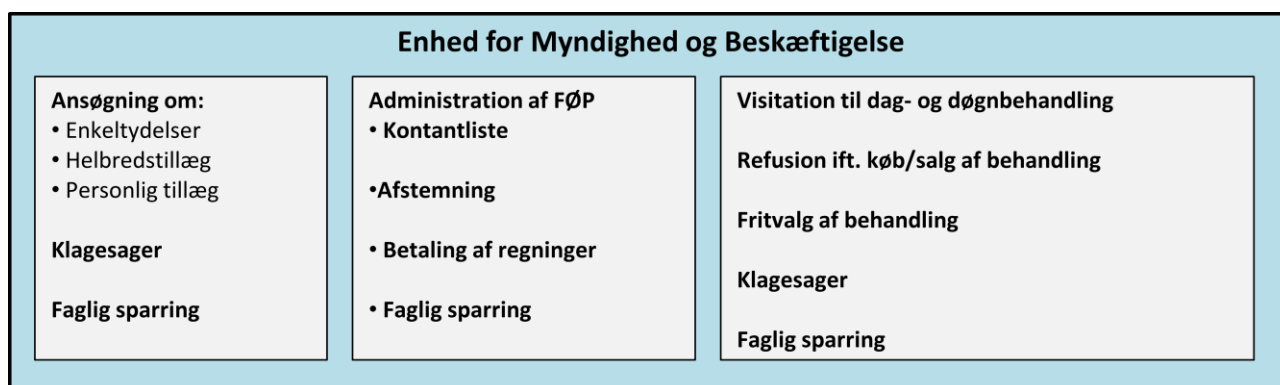
¹⁷ Beskæftigelsesdelen er ikke omfattet af denne evaluering, da der ikke i forbindelse med omlægningen er sket ændringer her.

Sammensætningen og vægtningen af fagsøjlerne i behandlingsindsatsen afhænger af den enkelte borgers samlede situation, ønsker og behov for behandling, hvorfor der på samtlige behandlingenheder både er sundhedsfaglige og terapeutiske behandlere samt kontaktpersoner til varetagelsen af den samlede behandlingsopgave.

Den specialiserede organisering på Enheden for Myndighed og Beskæftigelse

Den tværgående Enhed for Myndighed og Beskæftigelse til varetagelse af myndighedsopgaver forbundet med visitation til dag- og døgnbehandling og ekstern ambulant behandling¹⁸ samt enkeltydelser og pension er organiseret som følgende:

Figur 17: Oversigt over opgaver i Enhed for Myndighed og Beskæftigelse vedrørende myndighedsopgaver



Medarbejderne er organiseret i to teams: Visitationsteamet og Team for enkeltydelser og administration af pension. De to teams har fælles base på Ørnevej, men indsatsen til borgerne forgår fremskudt på de enheder, hvor borgerne modtager deres øvrige behandling. Medarbejderne har således ugentlige kontortider på de øvrige behandlingenheder, hvor de er til rådighed for faglig sparring med kollegerne fra behandlingenhederne og til mødeaktiviteter med borgerne.

Det tværfaglige samarbejde

For at borgerne kan tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i CRK, er det afgørende, at de relevante medarbejdere samarbejder tæt omkring borgeren og borgerens behandlingsplan. Et behandlingsforløb i CRK indbefatter derfor følgende samarbejdsorganisering:

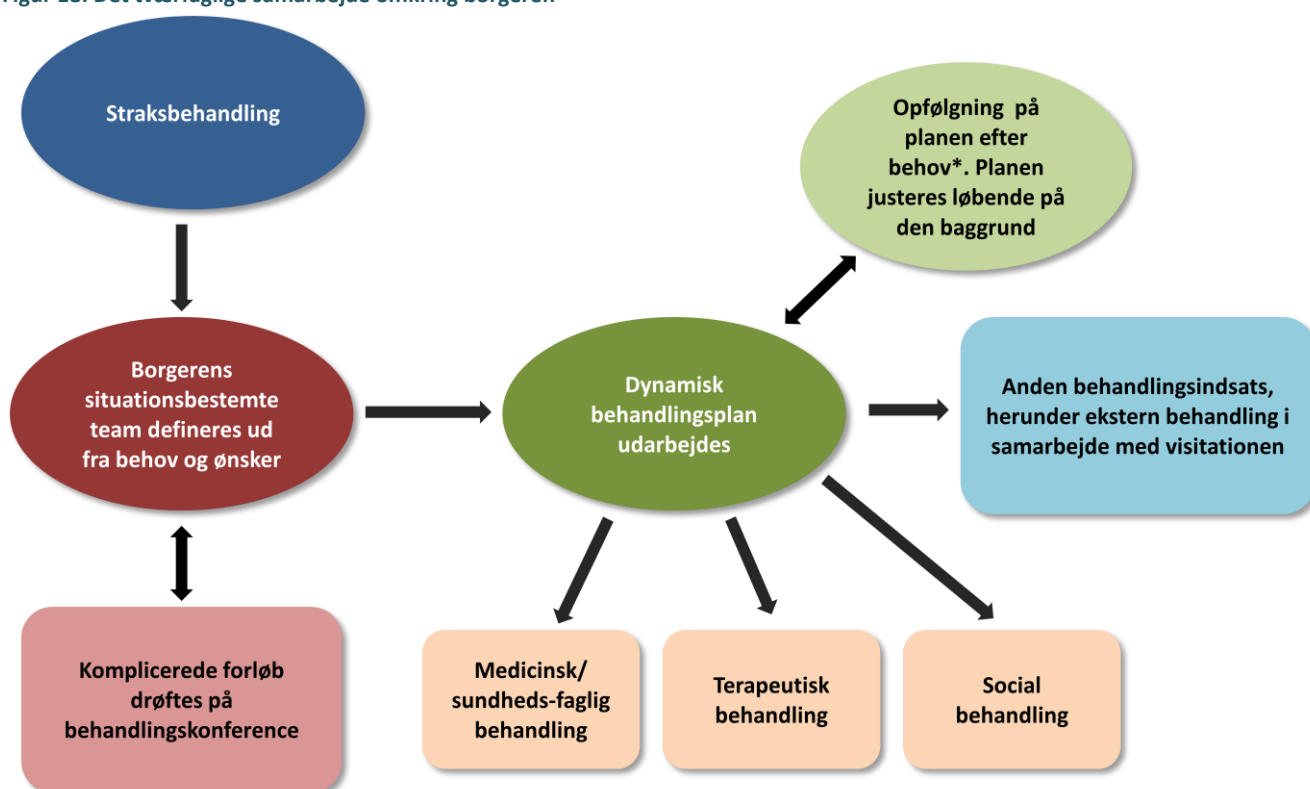
- I forbindelse med straksbehandlingen defineres borgeres behov og ønsker for behandlingen, og der sammensættes på den baggrund et team omkring borgeren (borgerens situationsbestemte team), som fungerer som et tværfagligt fællesskab. Afhængig af borgerens konkrete behov kan teamet fx bestå af kontaktperson, læge, sundhedsfaglig medarbejder, behandler, SKP mv.
- Det situationsbestemte team udarbejder sammen med borgeren en dynamisk behandlingsplan og der foretages løbende opfølgning herpå efter behov og mål, som fastsættes i behandlingsplanen.

¹⁸ Kontaktpersoner på Alkohol og stofenhederne har pr. 1.12.2016 selv kompetence til visitation til al ambulant behandling. For substitutionsenhederne gælder fortsat at Visitationsteamet træffer afgørelse om ekstern ambulant behandling.

- Alle borgere får tilknyttet én kontaktperson, som er gennemgående i hele behandlingsforløbet, og som derfor også fungerer som tovholder for teamet omkring borgeren. Kontaktpersonen samarbejder med og koordinerer borgerens team.
- Ud over det daglige samarbejde i borgerens situationsbestemte team afholdes løbende behandlingskonferencer (nogle steder kaldes dette teammøder), med det formål at sikre tværfaglig belysning og særligt ved komplicerede borgerforløb.
- Samarbejde om borgerens behandlingsplan med Enhed for Myndighed og Beskæftigelse ved behov for visitation til dag- og døgnbehandling. Medarbejderne fra visitations, enkeltydelses- samt pensionsteamet sidder flere dage om ugen på de lokale behandlingsenheder for at sikre det tværfaglige samarbejde med kollegaerne i behandlingsenhederne.

Det tværfaglige samarbejde internt i enhederne er illustreret i nedenstående figur:

Figur 18: Det tværfaglige samarbejde omkring borgeren



*Behandlingsplanenes opfølgningsskema tilpasses de forskellige målgrupper i centret. Det vil sige, at den (vejledende) følges op hver tredje måned for borgere i "rehabiliteringsenheder", hver sjette måned for borgere i "substitutionsenheder" og årligt for borgere i "lavintens substitutionsbehandling". For alle gælder, at sker der ændringer, som kræver ændret behandlingsindsats, så revurderes planen ud fra et vurderet behov og selv sagt ikke ud fra en tidsmæssig ramme (Kilde: *Vejledning til behandlingsplanen, juli 2016, internt dokument*).

Organiseringen af den faglige specialisering er implementeret, og medarbejderne i CRK varetager i dag opgaver specialiseret indenfor hvert deres arbejdsområde (fagsøjle eller myndighed). Teamstrukturen og

mødeorganiseringen er ligeledes godt i gang, om end der er forskelle enhederne imellem, i forhold til hvor langt man er nået. Medarbejderne oplever dermed i forskellig grad behov for at blive yderligere klædt på til at kunne varetage deres faglige roller, ligesom der fortsat er fokus på at sikre den ny samarbejdsorganisering mellem behandlingsenhederne og Enhed for Myndighed og Beskæftigelse.

Status på implementering af den faglige specialisering på behandlingsenhederne

Generelt beskriver medarbejdere fra alkohol og stof enhederne, at der gennem 2016 har været en kontinuerlig udvikling i gang, hvor medarbejdere og ledere har drøftet og tilegnet sig (for nogle) nye faglige roller, samtidig med at man skulle etablere nye strukturer for et øget tværfagligt samarbejde med kollegaer, man også først skulle lære at kende. Kendskabet til hinandens kompetencer fremhæves af medarbejdere som afgørende for en sammenhængende, specialiseret indsats. Flere medarbejdere fremhæver en positiv udvikling, hvor det, i takt med at medarbejderne har lært hinanden og hinandens kompetencer bedre at kende, er blevet mere tydeligt, hos hvilke kollegaer man kan få relevant sparring samt viden om hvad man kan forvente af hinanden, hvilket har bidraget til et mere smidigt og sammenhængende tilbud.

En af de større ændringer, som medarbejderne nævner, er i forhold til opgaverne hos de tidligere casemanager, der i dag er delt ud mellem kontaktpersoner, myndighedsmedarbejdere og til dels de terapeutiske behandlere. Men også flere sundhedsfaglige medarbejdere, der tidligere har varetaget både medicinsk og terapeutisk behandling arbejder, er i dag mere specialiseret indenfor et af områderne. En kontaktperson fortæller om sin nye rolle:

”Jeg skal være den røde tråd. Det er det, der er mit arbejde [...] Det handler om at være så fagligt velfunderet, så man kan sammensætte indsatser, der får folk til at samarbejde på en måde som kan gøre en forskel for mennesket og i samme retning. Det er den største udfordring.(...) At alle går i den samme retning.” (Kontaktperson)

Adspurgt om den nye specialisering fortæller medarbejdere, at denne nye organisering har bidraget til en mere helhedsorienteret indsats for borgerne, ikke mindst med den øgede mulighed for deltagelse i ambulante terapeutiske forløb.

De terapeutiske behandlere fortæller også, at de langt hen ad vejen er landet godt i deres rolle, primært som gruppebehandlere, om end dette for flere har været en ny opgave. Behandlerne fortæller, at det har taget tid at etablere de aktuelle behandlingsgrupper, der tilbydes i dag, og at der vil være et fortløbende arbejde med at sikre fortsat faglig udvikling og kvalitetssikring på området samt at sikre sammenhæng mellem udbud af grupper og efterspørgslen fra borgerne. I forhold til udbuddet af specialiserede terapeutiske gruppetilbud er der en opmærksomhed på borgergrupper, der aktuelt ikke matcher de eksisterende grupper, eksempelvis de mest udsatte unge og de ældre kaoter der i stedet tilbydes individuelle forløb. Der er hertil overvejelser om, hvor mange specialiserede gruppetilbud det er realistisk at tilbyde, som bør indgå i det fortsatte udviklingsarbejde med det terapeutiske tilbud.

Trods en udvikling hvor flere og flere medarbejdere har fundet sig til rette i den nye specialiserede organisering, er der fortsat mange, som beskriver at føle sig usikre på nye specifikke faglige opgaver eller på ledelsesmæssige forventninger til varetagelsen af forskellige funktioner og fremhæver på den baggrund et ønske om mere:

- Ledelsesmæssig retning og prioritering af opgaver og rolle i de nye faglige roller. Dette gælder både kontaktpersoner og sundhedsfaglige medarbejdere:
 - I forhold til de sundhedsfaglige opgaver kan der være en oplevelse af at medicinudlevering og akutte opgaver fylder meget i hverdagen, og det er svært at få tid til den øvrige sundhedsfaglige indsats og udvikling.
 - I forhold til kontaktperson efterlyses forventningsafstemning af, hvad der er muligt hvornår i forhold til oplevelsen af et øget caseload pr. medarbejder.
- Tid til sparring med kollegaer. Eksempelvis fortæller medarbejdere, at planlagt sidemandsoplæring i praksis har været vanskeligt at gennemføre i tilstrækkelig grad sideløbende med den daglige drift.
- Yderligere kompetenceudvikling for alle faggrupper idet det beskrives, at følordninger, fletteplaner og de tilbudte kurser ikke opleves at være tilstrækkelig.

Nedenstående er medarbejdernes specifikke forslag til yderligere kompetenceudvikling på tværs af enhederne:

Boks 16: Forslag til videre kompetenceudvikling

Forslag til yderligere kompetenceudvikling på tværs af enhederne og faggrupper

- Viden om nye stofområder (alle faggrupper)
- Psykiatri, herunder viden om hvordan det påvirker borgerne og hvilke indsatsmuligheder der er til disse borgere (alle faggrupper)
- Viden om unge og deres særlige behandlingsbehov og – muligheder (alle faggrupper)
- Samarbejde med jobcenter og overblik over tilbud på beskæftigelsesområdet (kontaktpersoner)
- Myndighedsopgaven og et skift i mindset til at udarbejde udviklingsorienterede behandlingsplaner (særligt kontaktpersoner på substitutionsenhederne)
- Varetagelse af rolle i forhold til ressourceforløb (særligt kontaktpersoner på substitutionsenhederne)

Sideløbende med denne evaluering har der pågået et arbejde med at konkretisere rollefordelingen mellem kontaktpersonerne i de tre alkohol og stof enheder og visitationen. Der er ligeledes igangsat et tilsvarende arbejde på de tre substitutionsenheder, som forventes igangsat i starten af 2017. Kontaktpersonerne på tværs af stof og alkohol enhederne giver udtryk for, at denne proces har bidraget positivt til en yderligere afklaring af kontaktpersonrollen i forhold til behovet for udredning i forbindelse med visitationsansøgninger, men at der fortsat er behov for at styrke samarbejdet mellem kontaktpersonerne og medarbejderne fra Enhed for Myndighed og Beskæftigelse.

Boks 17: Igangværende indsatser vedrørende fælles fagligt fokus mellem Visitationsteamet og kontaktpersonerne fra behandlingsenhederne

Alkohol og stofenhederne

Der har siden sommeren 2016 pågået en proces, hvor først fundamentet for den faglige specialisering og teamstrukturen er blevet beskrevet af en arbejdsgruppe.

På baggrund af et fælles møde mellem kontaktpersonerne og visitationen, september 2016, har ledelsesgruppen sammen med visitationen arbejdet med en yderligere definerings af rollefordeling mellem kontaktpersonerne og visitationen (se yderlig uddybning i boks 18). Denne rollefordeling er blevet præsenteret og drøftet på møder med kontaktpersonerne fra de tre enheder ultimo november 2016. Gennem præsentation af sagsgange og flow charts vedrørende visitationsprocessen opstartede ny fremgangsmåde den 1. dec. 2016.

Der afholdes i forlængelse heraf fælles møde mellem kontaktpersonerne og visitationen i marts 2017 med fokus på at drøfte den gode behandlingsplan, afgørelser mv.

Substitutionsenhederne

Der er planlagt en temadag primo marts 2017 for kontaktpersoner, socialfaglige koordinatore og ledere i substitutionsenhederne, med fokus på præcisering af kontaktpersonernes rolle i forbindelse med visitation til eksterne ambulante dag- og døgntilbud.

På dagen vil de socialfaglige koordinatore blandt andet præsentere sagsgange og flow charts vedrørende visitationsprocessen, og der vil være en fælles dialog med visitationsenheden om, hvad den gode indstilling er.

Der er på dagen lagt vægt på at sikre videndeling på tværs af enhederne og mellem kontaktpersoner og visitationsteamet.

En tværgående lægeorganisering

På tværs af enhederne opleves et pres på såvel læge og psykiaterressourcer. Der kan derfor med fordel ses på, om ressourcerne her kan udnyttes bedre. Der er dog samtidig med denne evaluering blevet implementeret en ny lægeorganisering i CRK, hvor lægerne i højere grad kan sikre en bedre udnyttelsen af ressourcerne på tværs af enhederne, som endnu ikke har nået at slå igennem fuldt ud.

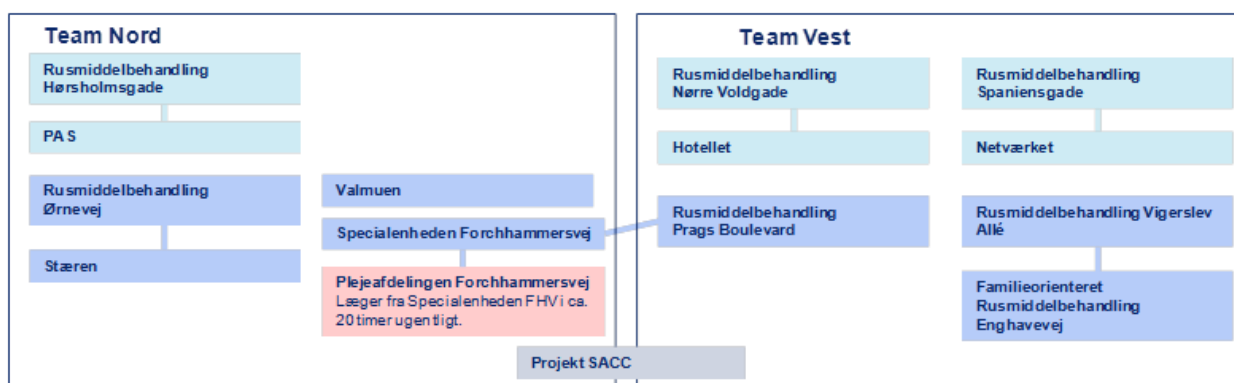
Boks 18: Beskrivelse af ny lægeorganisering i CRK

Ny lægeorganisering i CRK

Med omlægningen er der implementeret en ny lægeorganisering, jf. figuren nedenfor, med henblik på at sikre en bedre og mere ensartet lægedækning på tværs af CRK. Der er etableret en teamstruktur med to overordnede teams og med en teamledelse bestående af de to kliniske overlæger og to enhedsledere fra behandlingsenhederne.

Den daglige dækning af lægebehovet i enhederne, samt lægedækning ved ferier, fridage mv. aftales internt i teamene. Opdelingen i de to teams er foretaget med baggrund i en geografisk og ikke en faglig opdeling, idet der gennem kompetenceudvikling stiles mod en fælles lægefaglighed, hvor lægerne kan dække for hinanden på tværs af behandlingstilbud. Kompetenceudviklingen sker primært på fælles lægemøder med deltagelse af lægeledelsen hver anden uge og ved temamøder hver anden måned.

Med henblik på at sikre integration og sammenhæng med den øvrige del af enhedernes behandlingsmæssige indsats afholdes løbende koordinationsmøder mellem ledelsen og lægen i den enkelte enhed.



Status for implementering af ny teamstruktur og tværfagligt samarbejde

”Det er nogle gode ”kasser” vi har, men det er ret ressourcekrævende, når man går fra den ene kasse til en anden. Det handler om at få skabt den gode overgang. Det er meget krævende at køre det sammenhængende tilbud, men det er samtidigt meget vigtigt.”

Som beskrevet er formålet med teamstrukturen, at den skal understøtte et tværfagligt og helhedsorienteret samarbejde mellem fagpersonerne, således at den enkelte borger får en mere specialiseret indsats målrettet den enkeltes behov.

Det er en generel tilbagemelding fra såvel medarbejdere som ledere, at de oplever, at teamstrukturen bidrager til øget videndeling, faglig sparring og samarbejde mellem faggrupperne om den enkelte borger.

Erfaringerne frem til nu peger ligeledes på, at der foregår meget vigtig og nyttig ad hoc sparring medarbejderne imellem. Samtidig er der en opmærksomhed på, at dette samarbejde udfordres af, at der på nogle enheder endnu ikke er etableret en tilstrækkelig team- og mødestruktur, som sikrer et systematisk og velorganiseret samarbejde faggrupperne imellem. Andre enheder oplever til gengæld, at møderne har fundet en relevant form og at teamstrukturen er begyndt at fungere med en naturlig dannelse af situationsbestemte teams.

Ny kultur tager tid

Erfaringerne fra interviewene i enhederne understreger, at etableringen af et øget og struktureret tværfagligt samarbejde omkring borgerne tager tid. Der er sket meget i 2016 på dette område i alle seks behandlingsenheder, men der er fortsat mange elementer, som ikke har fundet sin endelige form. Der kan på tværs af enhederne være brug for at udveksle erfaringer om hensigtsmæssige måder at udmønte, organisere og strukturere samarbejdet på. Det vurderes, at den faglige specialisering alle steder er implementeret, men at det fortsatte arbejde i høj grad handler om implementering og fortsat udvikling af et nyt mindset i mødet med borgerne, samt finde formen på det rette og gode samarbejde.

Særligt fortæller to af substitutionsenhederne, at det fortsat opleves som en udfordring at få et tilstrækkeligt og systematisk tværfagligt samarbejde omkring borgerne og deres behandlingsplaner. Det betyder blandt andet, at den terapeutiske behandling ikke altid tænkes naturligt ind i borgerens behandlingsplan. En af forklaringerne er, at det kræver tid og overskud at etablere gode rammer omkring det tværfaglige samarbejde. Medarbejdere fra substitutionsenhederne fortæller hertil, at et øget samarbejde også handler om implementering og udvikling af et nyt mindset i en medarbejdergruppe, der i højere grad har været vant til at prioritere og fokusere på stabilisering og vedligehold af borgere ved hjælp af medicinsk behandling. En medarbejder fortæller:

”Vi sidder meget fast i det, vi har været vant til. Og vi skal gøres mere skarpe på de tilbud, vi kan gøre brug af.”(Kontaktperson fra substitutionsenhed)

Fortællingen om at der i substitutionsenhederne har været et primært fokus på medicinsk vedligeholdelse genfindes hos en af borgerne, der fortæller om sine erfaringer med substitutionsbehandling, hvor han oplever, at det har båret præg af at initiativer til forandringer (ned-/udtrækning af medicin) skulle komme fra ham selv:

”(...) Altså der var en periode, hvor jeg ligesom syntes, det var underligt, at jeg bare fik lov til at gå så længe og tage den medicin jeg tog, uden at der ligesom blev, fra stedets side af, taget fat og sagt: Jamen skal vi ikke få dig nedtrappet? og hvordan går det med forløbet? Altså... men igen, er det måske fordi de ikke betragter mig som en person, der har brug for at have 'hands on' på... men der har jeg altså ændret mit syn lidt på det, fordi når jeg så selv har opfordret til det, så fik jeg det som regel... altså de var meget imødekommende, og der var ikke noget problem der...(...) Men jeg vil ikke brokke mig over det, fordi det... altså, jeg vil nok sige, at da jeg først startede, så var det... da følte jeg, at det var ... det som kaldes behandlingsgaranti, det var pillegaranti...” (Borger i substitutionsbehandling på 10. år)

Et andet opmærksomhedspunkt blandt medarbejdere fra substitutionsenhederne er, at det opleves vanskeligt, at motivere nogle borgere til forandring, eksempelvis i form af ned- og på sigt udtrapning af medicin. Medarbejderne håber dog, at de foreløbige positive erfaringer fra de opstartede ambulante gruppetilbud kan bidrage til en proces, hvor også borgerne gensidigt kan inspirere hinanden. Der påhviler ligeledes alle faggrupper at arbejde fælles om at se og tro på udviklingsmuligheder for den enkelte, med en samtidig respekt for at sikre et stabilt og trygt tilbud til de borgere der har brug for en længerevarende stabiliserede og vedligeholdende indsats.

At motivere til forandring påpeges af medarbejdere at være en opgave for alle faggrupper, og at det er vigtigt, at alle faggrupper samarbejder om dette og har en fælles forståelse af, hvad eksempelvis den interne ambulante terapeutiske behandling kan bidrage til i forhold til borgerens behandlingsplan, hvor der tidligere er tænkt mere i medicinsk stabilisering i døgn-/dagbehandling. Behandlere fra forskellige substitutionsenheder påpeger således et behov for, at der allerede fra indskrivningen af en borger og kontinuerligt gennem borgerens indskrivningsperiode tænkes i udviklingsmuligheder og i inddragelse af behandlerne som naturlige sparringspartnere. En behandler siger herom:

”Det handler om at italesætte behandling hele tiden [alle faggrupper, red.], så vi åbner op for forandring (...) Der kan være ting hos kontaktpersonen, der kan være behandling, og hvor behandlerne kunne være en ressource eller lynafleder for kontaktpersonen (...) det handler måske derfor om, at det er en rolle, der er svær at give fra sig eller om hvor går grænsen mellem socialfaglig og terapeutisk behandling.” (Behandler, substitutionsenhed)

Det skal i denne sammenhæng understreges, som det fremgår af kapitel 9 om erfaringerne med gruppebehandling, at der allerede, også på substitutionsenhederne, er gode erfaringer med etableringen af gruppebehandling, men at der fortsat er et betydeligt potentiale i forhold til at få dette tilbud udbredt til endnu flere borgere, i takt med at teamarbejdet om den enkelte borger styrkes.

Flere medarbejdere på tværs af enhederne oplever, at netop et styrket samarbejde faggrupperne imellem betyder, at der er kommet en øget videndeling om de enkelte borgere og at det har bidraget til en større bevidsthed om og oplevelse af, at arbejdet om borgeren er et fælles projekt. En medarbejder fortæller således, at arbejdet med den enkelte borger først kan lykkes, når alle arbejder sammen.

”Hvis man vil skabe forandring, så handler det om teamspirit, og det er det, der er ved at ske her. Før var det individualister, som nu begynder at spille sammen. Når der er modstand, samler man trådende i teams. At den enkelte ikke går ind og tager hvert sit ansvar.” (Behandler fra en substitutionsenhed).

Behandlingskonferencer (teammøder)

Siden omlægningen har der i enhederne været en kontinuerlig drøftelse af, hvordan man får etableret den bedst mulige mødestruktur til at understøtte det tværfaglige samarbejde. Herunder er der på alle enheder indført behandlingskonferencer (teammøder) med deltagerrepræsentanter fra alle faggrupper med henblik på at sikre et tværfagligt rum til drøftelse af borgerne.

På enhederne har man forsøgt sig med forskellig organisering og modeller for afholdelse af behandlingskonferencer (nogle steder kaldes det teammøder). Eksempelvis har man nogle steder afprøvet gennemgang af samtlige nyindskrivninger på behandlingskonferencerne, gennemgang af borgere med fokus på udvalgte temaer (fx unge under 25 år, hjemløse, borgere med børn mv.) og/eller gennemgang af særligt komplekse borgere mv. Formen for behandlingskonferencerne har således været under udvikling siden omlægningen, og der kan konstateres en stor forskel på, hvordan møderne fungerer på de enkelte enheder. Tilbagemeldingerne svinger således fra *"Jeg ved overhovedet ikke, hvad jeg skal bruge konferencerne til"* til *"Der er ved at være godt styr på det."*

En enhed beskriver, at deres behandlingskonferencer har udviklet sig fra overvejende at være af informativ karakter til nu at være faglige møder, hvor de komplekse – og principielle – sager drøftes med tværfaglige input og sparring. Her gives som eksempel, at medarbejderne har drøftet, hvordan man bedst hjælper borgere, hvor både misbrug og psykiatri fylder meget. Hvordan kan borgerne mødes bedst, hvilke muligheder er der i CRK og hvilke samarbejdspartnere kan og bør inddrages. Faggrupperne har forskellige erfaringer hermed, som de alle får mulighed for at bringe i spil på mødet. Denne udvikling har bidraget til, at flere medarbejdere i dag oplever, at møderne nu samlet set styrker teamstrukturen og fagligheden omkring den enkelte borger og generelt styrker det tværfaglige blik i enheden. En medarbejder fortæller:

"Alle går til hinanden i dagligdagen, så konferencerne bliver brugt til sparring og ikke konkrete arbejdsopgaver. Det løser man i det daglige (...) to forskellige former for sparring [situationsbestemt team og konferencer]... Der hvor du har borgeren, der foregår det på gangene. På konferencerne er der ikke en direkte reference til borgeren, men til problematikken. Derfor behøver alle ikke kende borgeren til teamkonferencen."

Flere enheder beskriver således også gode erfaringer med behandlingskonferencerne, hvor de oplever, at de efterhånden har fundet en form, hvor alle fagligheder nu kommer i spil og som understøtter den specialiserede indsats for borgeren. Fx beskriver en enhed, at de arbejder med en struktur, hvor de i et rut systematisk gennemgår udvalgte emner på mødet, som eksempelvis unge, familier med børn, hjemløse eller SACC, og de oplever, at den temabaserede drøftelse bringer alles fagligheder i spil, hvilket fungerer godt. Det er en vigtig skelnen mellem behandlingskonferencerne og de situationsbestemte teams rolle og funktion, som kan være til inspiration på andre enheder, hvor formen på konferencerne endnu ikke er endeligt landet.

Dynamiske behandlingsplaner

Et redskab til at understøtte det tværfaglige samarbejde og fælles ansvar omkring den enkelte borger og sikre borgerperspektivet gennem hele behandlingsforløbet er "dynamiske behandlingsplaner". Den dynamiske behandlingsplan er således et styringsredskab, der skal bidrage til en løbende, struktureret dialog og forventningsafstemning mellem borgeren og borgerens situationsbestemte team og give overblik over borgerens udvikling i behandlingsforløbet i forhold til opstillede mål og ønsker. Kontaktpersonen er tovholder på behandlingsplanen, men hele borgerens situationsbestemte team har en rolle i forhold til at sikre, at status på behandlingsplanen er opdateret og relevant.

Der er forskel på graden af anvendelsen af de *dynamiske* behandlingsplaner som et tværfagligt, struktureret styrings- og dialogredskab faggrupperne imellem, blandt andet fordi der endnu ikke er en fælles forståelse af, hvad man skriver hvornår. På den baggrund blev der i november lavet en justering i behandlingsplanen i CSC, der lægger op til, at alle faggrupper (det situationsbestemte team) kan notere aktuel status og plan i CSC-behandlingsplan. Der er i forbindelse med opfølgningen på enhederne endnu ingen erfaringer i forhold til brugen af den nye skabelon.

Opfølgningen på behandlingsplanen har løbende været drøftet i forhold til ønsket om en dynamisk behandlingsplan. Det har været drøftet hvornår og hvordan den enkelte borger sikres en meningsfuld opfølgning på sin behandlingsplan. Det er fortsat forskelligt, hvordan der følges op både internt på enhederne og enhederne imellem. Den generelle udmelding er dog, at opfølgningen skal være tydeligt defineret af behov og indsatser i behandlingsplanen. Opfølgningen skal således gennemføres med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker til og behov for behandling, og med udgangspunkt i de konkrete aktiviteter og mål, der er sat i behandlingsplanen. Selvfølgelig med fokus på overholdelse af de lovmæssige krav, der er til opfølgning på behandlingsindsatser.

De borgere der som en del af evalueringen er kritiske i forhold til udarbejdelsen af behandlingsplanen, nævner i særlig grad muligheden for, at der tages større individuelle hensyn i tilrettelæggelsen af den medicinske substitutionsbehandling. En borger fremhæver eksempelvis, at han mener, at der burde være mere lempelige regler for borgere, der som ham har været stabile i en lang periode og som næsten er færdigbehandlet og peger på apotekerordning som en foretrukken medicinordning. En anden borger fortæller, at det kan være vanskeligt at få ugen til at hænge sammen i forhold til arbejde og familieliv med to ugentlige udleveringer:

"(...) nu har jeg gået et godt stykke tid og ventet på om jeg kan få lov til at komme én gang om ugen...(..) Det tager meget af min tid og når det tager min tid så tager det også tid fra min kone og fra børnene ik'... Det irriterer os derhjemme ik', og nogen gange har min kone jo også nogen ting hun gerne vil på de tidspunkter og så er hun nødt til at blive hjemme med børnene". (Borger i substitutionsbehandling)

De borgere der har givet udtryk for mere fleksible medicinudleveringer er alle borgere i uddannelse eller i arbejde. En af disse borgere, med en afhængighed af morfin, fremhæver desuden, at hun har oplevet sig stigmatiseret af at skulle hente substitutionsmedicin dagligt med en målgruppe, hun ikke kan identificere sig med og henviser til gruppen af heroinafhængige.

Status på implementering af den faglige specialisering af myndighedsområdet

Medarbejderne fra enhed for Myndig og Beskæftigelse vurderer samlet set, at de har opfyldt de mål, der var med etableringen af omlægningen. Der har siden etableringen af enheden i januar 2016 været fokus på at skabe et fagligt miljø omkring udarbejdelse af afgørelser om visitation til behandling (ekstern-, døgn- og dagbehandling), afgørelser om enkeltydelser samt administration af pension.

Der har som en del af kompetenceudviklingsplanen været afholdt kurser for medarbejderne af Ankestyrelsen og Borgerrådgiveren, hvor medarbejderne er blevet opkvalificeret i deres nye roller. Der har gennem det år, der er gået, ligeledes været fokus på at få skabt gode interne arbejdsgange i enheden, hvor der har været arbejdet for at få skabt de nødvendige rammer for en kontinuerlig lærende dialog mellem medarbejderne, således at der kan sikres ensartethed i afgørelserne. Dette skyldes, at medarbejderne kommer med forskellige baggrunde og dermed forskellige eksisterende kompetencer. Der har derfor været fokus på, at få skabt et fælles sprog omkring arbejdet og med udgangspunkt heri er der udarbejdet forskellige skabeloner og retningslinjer for det interne arbejde.

Et andet opmærksomhedspunkt har dog ligeledes været, at medarbejderne en betydelig del af ugen har arbejdsplads ude i enhederne, hvorfor det at få skabt et rum for faglige drøftelser i enheden har haft stor betydning. Medarbejderne har af samme grund en fælles dag i enheden.

Det er derudover i høj grad lykkedes enheden at få nedbragt sagsbehandlingstiderne vedrørende enkeltydelser.

Enkeltydelser og pensions teamet

Med omlægningen blev behandling af enkeltydelser, §§ 81-85, behandlingen af klagesager samt administrationen af pension samlet i Enhed for Myndighed og Beskæftigelse. Der har med etableringen af enheden været fokus på at sikre en organisering af arbejdet, hvor der er et højt fagligt niveau i afgørelserne og hvor sagsbehandlingsfristerne overholdes. Teamet for enkeltydelser og pension oplever i høj grad, at der er klarhed over, hvad deres rolle og opgave er. Indsatsen skal foregå fremskudt til borgerne på de enhederne de modtager den øvrige behandling og medarbejderne i teamet har ansvaret for sagsbehandlingen fra start til slut.

Der blev i den første tid efter omlægningen sat fokus på at medarbejderne fik undervisning i lovgivning og i at skrive afgørelser. Derudover blev der iværksat en række initiativer for at sikre at understøtte dette arbejde:

- Ugentligt træk fra CSC - detail rapport
- Ugentligt fagligt møde
- Prioriteringer af §§ 81, 83, og 85
- Kontrol af lukkede sager
- Ny organisering
- Samtale med borgeren
- Hjemtaget sager (rød bunke) fra alle enheder til afgørelse
- Afgørelse på det foreliggende grundlag

Med denne indsats er det lykkedes at nedbringe og fastholde et niveau for sagsbehandlingsfristerne, hvor der sker overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i min. 80 % af sagerne, som vurderes at være et succesfuldt niveau. For at mindske sagsbehandlingstiden indhenter teamet altid oplysninger fra borgeren med det samme en sag modtages.

I forhold til enkeltydelsesområdet lyder den generelle tilbagemelding fra kontaktpersonerne i behandlingssenhederne, at de oplever samarbejdet og rollefordelingen som klar. Behandlingsenhederne

oplever det som en klar lettelse i opgaveløsningen for kontaktpersonerne, at behandlingen af enkeltydelser varetages af enkeltydelseteamet og at ekspertisen herom er samlet. Samarbejdet opleves for det meste som problemfrit.

Interviews med medarbejdere tyder dog på, at der er uklarhed om rollefordelingen, i forhold til hvem der varetager råd og vejledning af borgere vedrørende enkeltydelser og mulighederne for at søge fx boligstøtte og § 34. Denne uklarhed kommer blandt andet til udtryk, når medarbejderne fra enkeltydelseteamet oplever, at de får henvendelser fra borgere, som de fortæller burde være håndteret af kontaktpersonerne i enhederne.

Visitationsteamet

Med omlægningen blev der lagt vægt på at sikre et højt fagligt og ensartet niveau i afgørelser om visitation til eksterne behandling og til dag- og døgnbehandling på tværs af CRK. Indsatsen skal også her foregå fremskudt på de enheder, hvor borgerne modtager deres øvrige behandling. Visitationsmøder, herunder møder med såvel borgere og medarbejdere, foregår således på de øvrige rusmiddelbehandlingsenheder.

Ledere og medarbejdere fra både visitationsteamet og rusmiddelbehandlingsenhederne fortæller, at der med den specialiserede indsats i forhold til visitationsarbejdet er kommet en øget kvalitetssikring, der betyder, at behandlingsplanerne har et tværfagligt og helhedsorienteret blik på borgerens aktuelle og fremtidige situation.

Visitationsmedarbejderne oplever deres rolle og opgavefordeling klar og beskriver en organisering med plads til faglig sparring og udvikling internt i enheden.

Særligt kontaktpersonerne fra behandlingsenheder har oplevet en række uklarheder om rollefordeling og udfordringer i samarbejdet, hvorfor der har pågået en løbende proces i forhold til at tydeliggøre rollefordelinger, ansvarsområder og samarbejdsorganisering. På baggrund af medarbejdernes foreløbige erfaringer er der i december 2016 udsendt reviderede retningslinjer for indstilling til dag- og døgnbehandling samt ekstern behandling, og ny rollefordeling mellem visitationen og alkohol og stofenhederne pr. 1.12.2016, jf. nedenstående boks (boks 18).

Boks 19: Rollefordeling mellem kontaktpersoner og Visitationsteamet (alkohol og stof enheder)

Kontaktperson	Visitation
<p>Al ambulant behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitation til ambulant behandling • Udredning og udarbejdelse af behandlingsplan i løbende samarbejde med borger, borgers team og behandlingskonference • Skrive en afgørelse • Koordinering med BIF, SOF og andre relevante samarbejdspartnere • Tilbyde social handleplan • Social behandling/råd og vejledning om enkeltydelser, bolig, forsørgelsesgrundlag mm. 	<p>Ambulant behandling:</p>
<p>Borgers brug af frit valg i eksternt SEL §101 ambulant regi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrakt udarbejdes og vedhæftet behandlingsplanen, sendes til behandlingssted (vurdering af periode) • Kontrakt vedlægges i CSC - Kopi af kontrakt sendes til Visitationen til brug for ajourføring af misbrugspuljen • Tilsynsforpligtelse jf. kontrakt og behandlingsplan • Løbende opfølgning og tilpasning af behandlingsplan • Ved evt. forlængelse, udfærdiges ny kontrakt vedhæftet reviderede behandlingsplan til behandlingssted • Kopi af ny kontrakt sendes til Visitationen til brug for ajourføring af misbrugspuljen • Social behandling/råd og vejledning om enkeltydelser, bolig, forsørgelsesgrundlag mm. 	<p>Ved borgers brug af frit valg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajourføring af misbrugspuljen • Sparringspartner i forhold til udfyldelse af kontrakt
<p>Al anden behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplanen drøftes på behandlingskonference • Indstille til visitation • Opholdsbetalingsbegrening til døgn/bofælleskab (SEL §107) • Udarbejdelse af kontrakt - Kopi af kontrakt sendes til visitationen • Løbende opfølgning og tilpasning af behandlingsplan • Tilsynsforpligtelse • Informere visitation, hvis borger benytter frit valg (stof) • Afgørelse, behandlingsplan og evt. social handleplan sendes til behandlingssted • Social behandling/råd og vejledning om enkeltydelser, bolig, forsørgelsesgrundlag mm. 	<p>Al anden behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ud fra behandlingsplanen vurdere intensitet (ambulant, dag eller døgn), varighed af ophold, behandlingssted • Skrive – og sende afgørelse til borgeren (inkl. information om frit valg og klagemulighed for stofborgere) • Sparringspartner i visitationssager

Der er således foretaget en række tiltag for at lette afklaringen af rollefordelingen. Kontaktpersonerne oplever det som en forbedring og en smidiggørelse af deres arbejde, at de nu har kompetencen til at visitere til al ambulant behandling. Visitationen er særligt i den forbindelse opmærksomme på, at de erfaringer de har i forhold til at udarbejde afgørelser bør bringes videre til kontaktpersonerne. En anden opmærksomhed er behovet for en fælles forståelse af niveauet for udredning og beskrivelse af mål for behandlingen med udgangspunkt i en helhedsorienteret og fremadskuende behandlingsplan, hvilket der aktuelt arbejdes for at sikre. Endelig er der i enhederne en fælles opmærksomhed på, at behandlingsplanen skal sikre en klar opgaveforståelse for eksterne aktører, som sikrer at CRK har mulighed for at vurdere og tage stilling til behandlingsbehovet og for at sikre en løbende opfølgning på økonomien på området.

Opsamling

Implementeringen af den faglige specialisering og teamstrukturen er godt på vej i enhederne, og der er langt hen af vejen skabt sammenhænge mellem de specialiserede indsatser, der tilbydes. Borgere fra alle behandlingenheder fortæller, at de oplever at modtage et relevant, sammenhængende og helhedsorienteret behandlingstilbud, om end nogle kunne ønske mere fleksible medicinordninger.

Det vurderes ligeledes, at det er lykket med implementeringen af de overordnede mål med omlægningen set i forhold til at få etableret en enhed med høj faglighed omkring afgørelserne for visitation og enkelttydelser, hvor der fortsat er fokus på at skabe faglig udvikling på området.

Overordnet set er den faglige specialisering implementeret, og der vil i 2017 fortsat være et arbejde med at lande endeligt i de nye roller og sikre et godt samarbejde på tværs af rollerne. Der er på tværs af de seks enheder forskel på, hvor langt man er i forhold til at sikre det optimale samarbejde mellem de specialiserede indsatser, og det vurderes derfor, at der er behov for fortsat fokus på at sikre systematik i organiseringen. Særligt det tværfaglige samarbejde i situationsbestemte teams opleves som et vigtigt element for at kunne tilbyde bedst mulig behandling og sikre sammenhænge mellem indsatserne, men beskrives samtidigt som vanskeligt at finde tid til. Også behandlingskonferencerne fungerer forskelligt på enhederne, og der efterlyses en struktur, der i højere grad understøtter det daglige og tværfaglige samarbejde.

Arbejdet med de dynamiske behandlingsplaner er ligeledes under implementering i enhederne og særligt på substitutionsenhederne efterlyser nogle medarbejdere inspiration til, hvordan "den gode behandlingsplan" ser ud (fx hvor specifikt den skal beskrives) og hvordan man sikrer en systematisk, udviklingsorienteret og motiverende opfølgning på behandlingsplanerne sammen med borgerne.

Samarbejdet mellem visitationen og behandlingsenhederne har været – og er fortsat – under udvikling i forhold til at finde en organisering, der sikrer et fælles fagligt fokus på den enkelte borgers situation og ønsker for behandling. Ligeledes ønskes en organisering med større mulighed for et fælles fagligt lærings- og udviklingsrum for medarbejderne. Nogle kontaktpersoner oplever sig fortsat nye i opgaven med indstillingsopgaver og dels betyder organiseringen af myndighed adskilt fra behandlingsenhederne, at medarbejderne i dag ikke har samme daglige sparringsmulighed som tidligere.

Boks 20. Udviklingspunkter i det videre arbejde med implementering af teamstruktur

Overordnede anbefalinger: Forsat understøttelse af implementering af den faglige specialisering og teamstruktur, med særlig fokus på erfaringsudveksling mellem enhederne om den daglige organisering.

Udviklingspunkter til den videre implementering

- Strategisk videndeling og læring på tværs af enhederne om gode erfaringer og opmærksomhedspunkter.
- Fortsat fokus på etablering af gode tværfaglige mødeaktiviteter (med klarhed over form og indhold) således, at der er klar sammenhæng mellem konferencer og situationsbestemte teams.
- Fortsat understøttelse af teamstrukturen (særligt i de store enheder), hvor medarbejderne oplever at kunne udfylde deres faglige og relationelle rolle i forhold til kolleger og borgere.
- Fortsat implementering af "dynamiske behandlingsplaner". Herunder tydeliggøre form og indhold, behov for samarbejde faggrupperne imellem samt forventningsafstemning om "den gode behandlingsplan", og hvordan der sikres relevant opfølgning herpå.
- Fortsat fokus på udvikling af de faglige roller, herunder:
 - Kontaktpersonernes myndighedsrolle på substitutionsenhederne og mindshift med øget udviklingsorienteret fokus.
 - Sundhedsfagliges rolle fra primært fokus på medicinudlevering, straksbehandling og akut opståede ting til mere udviklingsorienteret sundhedsindsats (fx sundhedssamtaler og opfølgning)

Boks 21. Udviklingspunkter for det videre samarbejde mellem Enhed for Myndighed og Beskæftigelse og de øvrige behandlingsenheder

Overordnet anbefalinger: Styrke den fælles faglighed mellem Visitationen og de øvrige enheder

Udviklingspunkter til det videre samarbejde vedr.:

Enkeltydelser:

- Afklaring af rollefordeling vedr. råd og vejledning til borgere om enkeltydelser, boligstøtte og § 34 støtte mv., og afklaring af om der er mulighed for mere fleksibilitet i forhold til fremmøde for borgere.

Visitation:

- Et fortsat ledelsesmæssigt fokus og opfølgning på implementeringen af myndighedsrolle og rollefordelingen med visitationen.
- Sikre et fælles fagligt fokus gennem faglige erfaringsudvekslings- og læringsrum mellem kontaktpersoner og medarbejdere Visitationen.

8. OPS-tilbud

Ifølge SUDs beslutning om omlægningen skal det være let for borgerne at gå ind af døren og få umiddelbar, konkret hjælp for sit misbrugsproblem og borgerne skal i højere grad selv kunne vælge, hvilke aktiviteter der matcher deres behov. Formålet hermed er blandt andet at sikre mening, overskuelighed og sammenhæng for den enkelte borger.

Som følge heraf, er der i forbindelse med omlægningen lavet et undervisningstilbud om diverse behandlingsrelevante emner, som borgerne frit kan benytte uafhængig af øvrige aktiviteter. Undervisningstilbuddet kaldes "OPS" med henvisning til, at der er tale om "oplysning" som det primære indhold, om end der i konceptet også er lagt vægt på vigtigheden i at være i dialog med deltagerne om det pågældende emne.

Formålet er at give borgerne en viden om rusmidler og de konsekvenser som indtag af rusmidler kan have, og herigennem bidrage til at motivere borgerne til at nedsætte eller stoppe deres forbrug af rusmidler. OPS tilbuddene er tiltænkt som en del af det samlede tilbud, som borgerne modtager fra man træder ind af døren. Det er også et fleksibelt tilbud, som borgeren frit kan sammensætte efter behov og interesse¹⁹ og hvor man frit kan møde op uden forudgående aftale.

Boks 22. Faktaboks om OPS-tilbud

Siden maj 2016 har der på tværs af enhederne været udbudt 122 manualbaserede OPS sessioner

- Temaerne for disse OPS sessioner har været følgende:
 - Introduktion til behandling
 - Hvad er afhængighed og hvordan kan det påvirke dit liv?
 - Godt at vide om alkohol
 - Godt at vide om hash
 - Godt at vide om kokain og andre centralstimulerende stoffer
 - Godt at vide om heroin, metadon og andre opioider
 - Familie, pårørende og netværk
 - Den ny kontanthjælpsreform

Udover manualbaserede oplysningsforløb har der i samme periode været et åbent tilbud om mindfulness (på én enhed) og gennem flere måneder været et åbent tilbud om NADA (øreakupunktur) (på to af enhederne) som behandlingsunderstøttende tilbud. Både mindfulness og NADA har således på linje med OPS både været et supplerende tilbud til de øvrige straksindsatser samt et tilbud man kunne benytte undervejs i sit indskrivningsforløb.

I alt har 25 personer deltaget i de 128 OPS udbudte sessioner (manualbaserede oplysningsforløb), mens der ikke er indsamlet en registrering af, hvor mange der har deltaget i henholdsvis mindfulness og NADA. Tilbage meldingen fra enhederne er imidlertid, at disse tilbud er velbesøgte hver uge.

¹⁹ En arbejdsgruppe bestående af medarbejdere og ledere med forskellige faglige baggrunde har som grundlag for "OPS" tilbuddet udarbejdet en manual, herunder manualer til gennemgang af sessioner om diverse emner, der lægger sig tæt op ad det, som traditionelt kaldes stofeducation eller psykoeducation.

Implementering af OPS i enhederne

Siden maj 2016 har fem ud af seks behandlingsenheder tilbudt de manualbaserede OPS sessioner. Der er imidlertid stor forskel på, hvor højt OPS har været prioriteret, i forhold til hvad der har været muligt på de forskellige enheder. Således har en enhed haft tilbud om OPS tre gange om ugen, mens andre har haft tilbud om OPS en gang om ugen eller hver 14. dag. Endelig er der en enhed, som endnu ikke tilbyder OPS.

På trods af kontinuerligt udbud af OPS på flere enheder, er det ikke lykket at integrere de manualbaserede OPS sessioner som en naturlig del af en sammenhængende straksbehandling for borgerne, ligesom det heller ikke er lykket, at borgerne på egen hånd benytter sig af tilbuddet som et tilvalg i løbet af deres behandlingsforløb.

På baggrund af det begrænsede antal fremmødte til de udbudte sessioner har tilbagemeldingerne fra medarbejderne været, at de mange ressourcer der er lagt i opgaven langt fra har stået mål med udbyttet og i stedet har skabt en betydelig grad af frustration og desillusion omkring opgaven. Således fortæller en medarbejder om de mange anstrengelser, der er gjort i arbejdet for at få borgerne til at benytte tilbuddet:

”Det kører ikke. Vi har prøvet meget: Forskellige dage, tidspunkter, emner, at reklamere med plakater og foldere. Behandlerne har informeret og kontaktpersonerne har informeret. Vi har også prøvet at placere OPS umiddelbart før et infomøde der er obligatoriske for borgerne, så det hænger sammen. Vi kan ikke finde flere måder at få folk til at møde op.” (Sundhedsfaglig medarbejder om bestræbelserne på opstart af OPS)

Borgernes oplevelse af OPS

Det lave deltagerantal kunne indikere at emnerne ikke opleves som relevante af borgerne, ligesom flere medarbejdere fortæller, at de har talt med borgere, der har meddelt, at de ikke har fundet tilbuddet relevant, fordi de ikke har ment, at medarbejderne kunne lære dem noget nyt om fx hash, heroin og kokain.

Ud af de 25 borgere der har deltaget i en OPS session, har 7 borgere efterfølgende besvaret et evalueringsskema, mens der er blevet spurgt til OPS i forbindelse med nogle af de kvalitative interviews, der er foretaget som en del af opfølgningen. Den kritiske tilgang til OPS tilbuddet genfindes ikke blandt de borgere, der har deltaget i opfølgningen, ligesom der er borgere som under interviewet, når de bliver spurgt om forslag til, hvor behandlingen kan justeres eller gøres bedre, kommer med forslag om netop stof- og psykoedukation.

Manglende kendskab til tilbuddet

Mens mange medarbejdere vurderer, at OPS tilbuddet i sin nuværende form enten ikke er relevant eller at indholdet allerede sikres via andre tilbud, er tilbagemeldingen fra flere af de borgere, der er blevet interviewet, at de ikke kender til OPS tilbuddet. De har oftest ikke lagt mærke til ophængte plakater i enhederne. Som medarbejderne ligeledes vurderer, er der også mange borgere, som ikke kan huske, at det er blevet nævnt for dem i forbindelse med indskrivningen. Generelt vurderes OPS tilbuddene ikke at være

blevet implementeret som en integreret del af borgernes straksbehandling og behandlingsplan, om end der organisatorisk har været kontinuerlige OPS tilbud.

Der er således en umiddelbar forskel på nogle af medarbejderes vurderinger af borgernes interesse for OPS og nogle af borgernes egne vurderinger af OPS. Særligt er der en uoverensstemmelse mellem, hvorvidt borgerne allerede modtager tilstrækkelig viden fra OPS sessionerne i de øvrige tilbud eller i forhold til forklaringen om, at der i forvejen foregår så mange aktiviteter i forbindelse med indskrivningen, at OPS ikke er relevant.

Nogle af tilbagemeldingerne fra borgere kunne tyde på et behov for at kommunikere anderledes eller mere om tilbuddet fremadrettet.

Der er dog også eksempler på, at der er tilbudt sessioner på opfordring af borgere. Fx var der på Ørnevej fra nogle borgere stor interesse for at høre om kontanthjælpsreformen og det blev derfor aftalt at holde dette samlet for borgerne i form af en OPS session. På det aftalte tidspunkt mødte ingen borgere frem, men dog kom senere på dagen og beklagede det manglende fremmøde. Der blev aftalt et nyt tidspunkt, hvor der heller ikke mødte borgere frem. Information, kendskab til og interesse for tilbuddet er således ikke svaret alene.

Modsat har der på både Ørnevej og Hørsholmsgade været afholdt NADA som drop in OPS sessioner. Her har der været stor tilstrømning i antallet af borgere, der gør brug af tilbuddet. Noget kan således tyde på, at der også er noget med måden det udbydes på.

Indhold og form

Både i forhold til form og indhold svarer de borgere, der har deltaget i OPS, og som efterfølgende har besvaret et spørgeskema, at de var meget tilfredse med tilbuddet. I skemaerne er tilføjet følgende supplerende kommentarer til deres oplevelse af indholdet i de pågældende OPS sessioner:

"Godt at behandlingen er tværfaglig; det gir' mig personligt større ro på og tro på forløbet."

"Tilbud, spændende"

"Jeg er meget tilfreds med alle de oplysninger og tilbud I giver og venligheden man møder hos personalet."

(Borgere om "Introduktion til behandling")

"God info 'all-round"

(Borger om "Hash")

"Meget informativt og positivt"

(Borger om "Alkohol")

I et kvalitativt interview fortæller en borger, der har deltaget i to OPS sessioner (om hash og familie), at indholdet var relevant i begge sessioner, selvom han i sessionen om hash vidste "det hele" i forvejen:

”Der vidste jeg sådan det hele i forvejen. Der var sån’ historie om det og om aktive stoffer (...) Det var måske meget godt ik’, fordi det er noget man fortrænger...”. (Borgercitat om deltagelse i OPS session om hash)

Adspurgt om der var noget i indholdet han hellere havde været foruden, svarer han, at det hele var relevant, men at det er nødvendigt at afstemme indholdet i forhold til tiden:

”Man kunne godt mærke, det var nyt for behandlerne. De ville det hele igennem, selvom der ikke var tid til det. Enten længere tid eller mindre indhold.” (Borger om deltagelse i OPS)

Alle borgere, der har svaret på spørgeskema om deres tilfredshed med deltagelse i en OPS session, er alle meget positive, således oplever ingen, at det ikke har været relevant, ligesom der har været en generel positiv tilbagemelding fra borgere, der i forbindelse med de kvalitative interviews har forholdt sig til, hvorvidt de mener, at OPS er et relevant tilbud. Drøftelsen af OPS tilbuddet i de kvalitative interviews var foranlediget af borgere, der i forhold til forslag om justeringer i deres behandlingsforløb kom med forslag, der umiddelbart er tilgængelig i de allerede eksisterende OPS tilbud eller som måske med fordel kan tænkes ind. Nedenfor er en oversigt over forslag til emner, de kunne tænke sig indgik i behandlingstilbuddet – i grupperne eller som OPS:

Boks 23. Borgernes forslag til OPS/gruppe emner

Borgernes forslag til OPS/gruppe emner

- Afhængighed og rusmidlerne, herunder viden der kan motivere til fastholdelse, fx at det først er svært, men bliver lettere over tid
- Sammenhænge mellem brug af rusmidler og søvnbesvær, depression, angst, social fobi/ social ageren
- Risici ved brug af samtidig psykofarmaka og rusmidler
- Hjælp/guidning til socialt netværk (i gruppe eller individuelt)
- Invitere nogle udefra, evt. nogen der selv har været i behandling, til at fortælle om forskellige emner; fx hvordan de er kommet ud af misbrug; om at være pårørende; om sammenhæng mellem psykiske tilstande og brug af rusmidler

Medarbejdernes vurdering af OPS

Er tilbuddet relevant?

På tværs af enhederne er der forskellige bud på forklaringer på den manglende borgerdeltagelse i OPS. Nogle medarbejdere og ledere oplever det ikke som et relevant tilbud, med begrundelse i at indholdet i OPS sessionerne allerede er integreret i de øvrige tilbud, som borgeren får i enheden, fx i forbindelse med samtaler med kontaktperson, sundhedspersonale og via den terapeutiske behandling.

Flere medarbejdere har således en opmærksomhed på, om OPS udbydes på det rette tidspunkt, i forhold til hvad borgerne har behov for. Som strakstilbud vurderer flere medarbejdere, at det ikke er relevant i den nuværende form, dels fordi der i forvejen er så mange andre aktiviteter i forbindelse med opstart og hvor flertallet af borgerne primært er optaget af medicinsk hjælp/abstinensbehandling, dels fordi mange, når de træder ind af døren, i højere grad har brug for, at der bliver skabt ro omkring dem.

Der er dog ikke et entydigt billede af, at OPS ikke er et relevant tilbud. En sundhedsfaglig medarbejder mener eksempelvis, at OPS kunne være en hjælp i forhold til at styrke den oplysende og forebyggende sundhedsfaglige funktion, som vedkommende ikke oplever bliver løftet i enhederne, mens en anden sundhedsfaglig medarbejder fortæller, at det ville give god mening, hvis man fik OPS om heroinbehandling ind i straksbehandlingen. En behandler fortæller, at det ikke er et spørgsmål om, hvorvidt tilbuddet er relevant, men mere handler om at finde den rette form:

”OPS er en skide god ide. Genialt fundet på. Men det skal gøres mere professionelt, i forhold til at strukturere det til selve afhængigheden og ikke til historien om rusmidler. Det er for intellektualiseret. Det skal tale til folket på et plan så alle kan forstå det. Vi skal have det ned i borgerens højde.” (Medarbejdercitater om OPS)

Form og indhold

Erfaringen med OPS frem til nu baserer sig primært på de manualbaserede oplysningssessioner om stof- og psykoedukation, der vurderes som et tilbud, som ikke er realistisk i den form og med det indhold, som manualerne lægger op til. Flere medarbejdere og ledere oplever således, at indholdet i de nuværende manualbaserede session er for svært tilgængelig, og flere omtaler indholdet som en udfordring ikke kun for brugerne men også for medarbejderne. Der er på baggrund af dette en anbefaling om, at indholdet gøres mere pædagogisk og nærværende for borgerne:

”Man kan supplere materialet med egen viden, men det er formen der ikke fungerer. Det er ligesom at lave forelæsning og det er ikke virksomt”.
(Medarbejder om sin erfaring med at undervise i OPS)

På en anden enhed beskrives indholdet som for *”... historisk og højtsvævende”* og i overensstemmelse hermed fortæller en OPS underviser om gode erfaringer med at have gennemført OPS sessioner, hvor dele af indholdet blev omstruktureret med henblik på, at sessionen kunne tage udgangspunkt i borgernes situation, hvorved indholdet i højre grad kunne knyttes til den enkeltes erfaringer.

Tilgængelighed og målgruppeafklaring

En leder problematiserer konceptet for OPS i forhold til hvilke målgrupper, der kunne have brug for det og hvordan tilbuddet er organiseret i enheden:

”Konceptet er forkeert i forhold til hvad forventningerne om hvad borgerne skal kunne. De borgere der kan magte det er i arbejde. De der har brug for det er kaoterne. De magter det ikke.”
(Ledercitat om OPS konceptet)

Vurderingen er, at det hovedsageligt er de velfungerende borgere, der kan møde op til OPS, særligt borgere i arbejde og at OPS typisk er placeret i et tidsrum på dagen, hvor de ikke har mulighed for at møde op. Samme udfordring italesættes også på substitutionsenheder, hvor der beskrives en markant udfordring i at få borgere til at møde op til andet end medicinudlevering. Hertil pointeres også en udfordring i forhold til at få deltagere til OPS initieret af borgerne selv, som det har været tilfældet med OPS om kontanthjælpsreformen på en substitutionsenhed, hvor borgerne ikke dukkede op og hvor det i højre grad gav et billede af utilstrækkeligt fysisk og socialt funktionsniveau end manglende relevans.

Nogle medarbejdere og ledere oplever, at mange borgere, når de møder i enheden, allerede selv har søgt viden om de temaer, som ligger i de nuværende manualer. Det foreslås i den forbindelse at lægge videoklip på hjemmesiden med disse sessioner, så borgerne kan finde dem samtidig med at de søger oplysninger om behandlingssted. Samtidig foreslås det, at OPS i stedet får et mere brugerrettet og brugerdrevet indhold. Fx at borgere fortæller nye borgere i enheden om deres erfaringer med behandlingen.

I opfølgningen peger flere kontaktpersoner også på en udfordring i forhold til overhovedet at sikre borgerne viden om tilbuddet, udover hvad den enkelte selv kan opsøge via plakater og pjecer. Indskrivningssamtalerne er i forvejen så pressede, at man ofte ikke husker at informere borgere om OPS og at der efterfølgende ikke er en systematik, der sikrer samtale med borgerne om, hvorvidt tilbuddet kan være relevant for den enkelte. OPS forløbende vurderes ikke i tilstrækkelig grad at være integreret som en del af det samlede behandlingstilbud til borgerne. Hertil foreslår en behandler, at man måske burde overveje, om man som behandler også fortalte om tilbuddet i forbindelse med fx gruppebehandling.

Håndtering af flere nye tiltag på samme tid

Ud over overvejelser om hvorvidt formen eller indholdet er relevant, mener flere medarbejdere og ledere fortsat, trods den manglende borgerdeltagelse, at tilbuddet i sig selv kan være relevant, men påpeger, at der ikke i tilstrækkelig grad har været tid og rum til at drøfte indhold og formål tilbuddet ordentligt, da der i perioden frem til nu har været for mange andre nye aktiviteter i gang i enhederne, hvor OPS beskrives at have været en "ekstra" indsats og ikke naturligt integreret i et samlet tilbud:

"Det kræver overskud at tænke kreative tanker og skulle lægge en ekstra indsats. Det er hårdt, hvis man ikke ved hvad ens basisopgaver er". (Medarbejder om at implementere nye tiltag i en i forvejen presset hverdag)

Kravet om implementering af OPS, der har været en meget ressourcekrævende opgave, dels i forhold til oplæring i undervisningsmaterialet dels i mandetimer - medarbejdere der har stået til rådighed hver uge, uden at det har fungeret efter hensigten, har skabt en stor modstand og/eller modløshed i forhold til fortsat engagement i fortsat at tilbyde OPS. Derudover at der gradvist er foregået en nedprioritering af tilbuddet på tværs af enhederne.

Med beskrivelserne af at der ikke har været tilstrækkelig tid og overskud til at drøfte OPS tilbuddet internt på enhederne, er det ikke påfaldende, at nogle OPS nøglepersoner fortæller, at de ikke mener, at OPS er blevet betragtet som et fælles ansvar i alle enheder, hvilket måske er nødvendigt for at få skabt fælles fokus og bevidsthed om tilbuddet.

Der er således en opmærksomhed på om udviklingen af OPS har fået den opmærksomhed, der er behov for, for at gøre det relevant for borgerne og som en integreret del af det samlede tilbud i enhederne. Af boksen nedenfor fremgår forslag fra ledere og medarbejdere under interviewene i forhold til en videreudvikling af OPS.

Boks 24. Medarbejdere og lederes forslag til videreudvikling af OPS

Medarbejdere og lederes forslag til udvikling af OPS konceptet:

- Nyt navn, fx åbne tilbud.
- Satse på den stof- og psykoedukative del af OPS i gruppebehandlingen, i et samarbejde med sundhedsmedarbejderne. En enhed fortæller, at de på opfordring fra borgere erstattede en gruppesession med en OPS session, hvilket borgerne havde udtrykt tilfredshed med.
- Integrere OPS indhold i digitale læringsrum på hjemmesiden og på infoskærme. Eksempelvis som en forsmag på, hvad OPS kan være. Videoklip af en medarbejder der underviser i udvalgte emner.
- Inddrage borgere som formidlere, eksempelvis i formidling af introduktion til det at være i behandling.
- Overveje om dele af indholdet skal være en integreret del af behandlingen og ikke et frivilligt tilbud.

Medarbejdere og lederes forslag til nye temaer:

- Borger fortæller borger om behandling.
- Muligheder for hjælp til tandlægebehandling.
- Din ret og din pligt" - både som fx kontanthjælpsmodtager, og som substitutionsbruger, herunder noget om kommunikation, om hvordan man taler til hinanden.
- Hvordan søger man enkeltydelse.
- Sund mad på kontanthjælp (i et samarbejde med en frivillig kok).
- Indkøb - Kost og ernæring.
- Rets hjælp" (med hjælp fra frivillige).
- Sundhedssamtaler.

Opsummering

Overordnet set kan det konkluderes, at det ikke er lykket at implementere OPS i sin nuværende form. Medarbejdere og ledere oplever ikke, at de nuværende manualbaserede sessioner i forhold til navnet, form eller indhold er dækkende for det behov, som borgerne har, når de henvender sig i behandlingen. Omvendt er der gode erfaringer med de ikke manualbaserede oplysningsforløb, som NADA eller tilbuddet om mindfulness.

Såvel medarbejdere og ledere oplever ligeledes, at OPS i sin nuværende form er meget ressourcetung set i forhold til hvor mange (eller få) borgere, der benytter sig af tilbuddet.

Det påpeges i den sammenhæng, at der frem til nu ikke har været den fornødne tid og ressourcer til at tænke indholdet og formen af tilbuddet igennem og få det integreret i det samlede behandlingstilbud til borgerne. Dette sammenholdt med at de få borgere, der frem til nu har fået tilbuddet, har været tilfredse hermed og at andre borgere, som er blevet interviewet som en del af opfølgningen og evalueringen, giver udtryk for at tilbuddet kunne være relevant.

Samlet set tyder erfaringerne frem til nu på, at der kan være behov for at gentænke OPS tilbuddet og samlet se nærmere på, hvorvidt og i givet fald hvad det er for tilbud/indsats, der på nuværende tidspunkt mangler til borgerne. Det er i den forbindelse relevant at afklare, om der er tilbud, som borgerne ikke allerede modtager og som kunne bidrage til at øge eller fastholde motivation for forandring. Eller om der er tilbud, der vil kunne aflaste medarbejdere, som aktuelt leverer en individuel indsats, som måske kunne tilbydes gruppevist.

Boks 25. Udviklingspunkter til videre afklaring af behov for og udvikling af OPS

Overordnet anbefaling: Vurdering af OPS indsatsens fortsatte relevant, indhold og funktion.

Udviklingspunkter til den videre implementering

- Afklaring af behov for OPS som straksindsats og/eller supplerende indsats i enhederne. Hvad er relevant for borgerne og hvad kan aflaste medarbejder på rette måde.
- Videre arbejde med en udvikling af konceptet omkring OPS, herunder:
 - Navn
 - Stillingtagen til konkrete forslag fra borgere og medarbejdere er kommet med kan integreres (jf. bokse i afsnittet)
 - Inddragelse af borgere til formidling af deres erfaringer
- Integrere nuværende OPS-temaer i digitale læringsrum på hjemmeside og infoskærme.
- Såfremt man ønsker at fastholde de manualbaserede oplysningsforløb, bør form og indhold justeres, jf. medarbejdernes oplevelse af indholdets tilgængelighed.

9. Gruppebehandling

Med udviklingen af misbrugsområdet ønskede SUD, som det tidligere er beskrevet, at skabe mulighed for behandling til flere med et mere differentieret og valgfrit behandlingstilbud inden for enhederne. En del af det udvidede behandlingstilbud til flere er implementering af ambulante gruppebehandling på alle behandlingsenheder. Mulighederne for et tilgængeligt og systematisk tilbud om terapeutisk behandling på enhederne blev således styrket med omlægningen.

På baggrund af både opfølgninger med medarbejdere og gennemførte interviews med borgere der har deltaget i gruppebehandling, kan det konstateres, at der er etableret velfungerende gruppetilbud på samtlige enheder og det er således lykket, at implementere større adgang til terapeutisk behandling for borgerne i CRK. Der vil fortsat være behov for at sikre fortsat udvikling og kvalitetssikring af tilbuddet.

Den samlede gruppe af borgere, der har modtaget gruppebehandling, er meget varieret med hensyn til alder, rusmiddelproblematik, misbrugsvarighed, psykisk og socialt funktionsniveau. På tværs af baggrund og erfaringer er alle borgere meget tilfredse med gruppebehandlingen og alle oplever at have fået et udbytte af behandlingen.

Rammer for gruppebehandlingen

Forud for omlægningen har en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere med behandlingserfaring udarbejdet et arbejdskatalog, der danner grundlag for arbejdet med ambulante grupper i CRK målrettet borgere med problematisk forbrug af rusmidler og/eller en afhængighedsproblematik i forhold til rusmidler²⁰. Kataloget tilbyder beskrivelse af rammer for behandling, teoretiske og metodiske tilgange samt specifikke opgaver målrettet forskellige behandlingstemaer. I forbindelse med omlægningen blev der etableret et netværk på tværs af behandlerne i centret med henblik på at fastholde en fortsat videndeling og faglig udvikling med udgangspunkt i arbejdskataloget.

Status

Status pr. november 2016 på antallet af grupper mv. ses i nedenstående oversigt:

Tabel 14: Antal grupper og gruppetyper på behandlingsenhederne

Enhed	Antal grupper i november	Typer af gruppe	Optag	Antal gruppelokaler
* Hørsholmsgade	8***	Forandringsgrp. + Rusmiddelfrigrp.	Løbende	6
Nørre Voldgade	4***	Forandringsgrp. + Rusmiddelfrigrp.	Løbende	1
Spaniensgade	3***	Forandringsgrp. + Rusmiddelfrigrup.	Løbende	1
** Ørnevej	1****	Forandringsgruppe	Løbende	1
Vigerslev Allé	2	Forandringsgrp. +	Pr. 3.	1

²⁰ Arbejdskataloget er tilgængeligt for alle i CRK på fællesdrevet.

Evaluering: Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

		Angstgrp.	måned	
Prags Boulevard	1	Forandringsgrp.	Pr. 3. måned	2

* Alkohol og stof enheder

** Substitutionsenheder

*** Derudover har Nørre Voldgade en pårørende gruppe og mindfulnessgruppe. Spaniensgade har derudover en pårørende gruppe samt en gruppe på Sundholm og Hørsholmsgade har drop in NADA 2 gange ugentligt.

**** Ørnevej tilbyder også drop in NADA 2 gange ugentligt.

Som det ses af oversigten er antallet af grupper i november måned forskelligt fra enhed til enhed.

Medarbejderne peger på følgende, ofte sammenhængende, faktorer, der spiller ind på antallet af grupper:

- Antallet af behandlertimer til rådighed (flere af behandlerne på substitutionsenhederne varetager desuden driftsopgaver i enheden)
- Antallet af tilgængelige gruppe lokaler
- Sikkerhedspolitikken på den enkelte enhed (hvor mange medarbejdere der skal være til stede på samme tid). Dette har eksempelvis praktisk betydning for, at det ofte er vanskeligt tilbyde eftermiddags-/aftengrupper på de fleste enheder, hvilket er en udfordring for borgere i uddannelse eller job.
- Efterspørgslen på gruppebehandling blandt borgeren.

Der har siden omlægningen været en udvikling i enhederne med fortløbende at få etableret flere grupper, så antallet matcher udbuddet i enheden. Ledere fra de tre enheder for alkohol og stoffer oplyser således primo januar 2017, at borgere pt. kan opstarte i gruppebehandling uden ventetid, og på substitutionsenhederne, med færre grupper og nogle steder grupper uden mulighed for løbende optag, opleves det pt. at være muligt at imødekomme antallet af borgere, som ønsker gruppebehandling. Lederne peger dog på, at det fremadrettet skal drøftes, hvordan man forsat kan sikre at udbud og efterspørgsel matcher og forventer en større efterspørgsel på gruppetilbuddet inden for begge behandlingsområder, efterhånden som gruppetilbuddet bliver mere velkendt af borgerne og efterhånden som der udvikles flere gruppetilbud.

Siden omlægningen er de primære aktuelle grupper på behandlingsenhederne "Forandringsgrupper" og "Rusmiddelfri grupper", som er beskrevet i arbejdskataloget. Alle grupper på nær én har fremmøde en gang ugentligt. Borgere der har behov for anden intensitet eller andet indhold, eksempelvis motivation/afklaring eller efterbehandling, visiteres til individuelle tilbud, enten som supplerende til gruppetilbuddet eller udelukkende individuelt. Alternativt visiteres de til et eksternt tilbud. For nogle borgere kombineres et gruppeforløb med et individuelt forløb hos en behandler. Det skal dog fremhæves, at der også er tilbud om gruppebehandling til pårørende samt mindfulnessgrupper og drop in NADA.

I forhold til at tilbyde et mere fleksibelt gruppebehandlingstilbud målrettet flere borgergrupper arbejdes der aktuelt med planlægning af motivationsgrupper på Nørre Vold, mens der på Vigerslev er oprettet en gruppe for borgere med angst, der fungerer som en kombineret angst/motivationsgruppe som forberedelse til forandringsgruppen. Arbejdet med at tilpasse udbuddet af ambulante behandlingsgrupper til borgernes behov er en løbende udviklingsopgave, der foregår i takt med, at behandlerne oplever sig klædt på til opgaven, i takt med tilstrækkelige personale- og lokalemæssige ressourcer. Derudover er

arbejdet afhængig af den interne kommunikation mellem faggrupperne i enhederne om muligheder og behov for terapeutisk behandling, som der vurderes behov for fra et fagligt perspektiv eller som efterlyses af borgere i de forskellige behandlingsplatforme, borgerne optræder på.

Borgerperspektiv på gruppebehandling

"Jeg troede, det var en kamp, jeg skulle tage med mig selv."

(Borgercitat om tankerne inden opstart i behandling i CRK)

Form og struktur

På alle enheder beskrives en fast struktur for gruppesessionerne med en fast dagsorden, som rummer en "runde" siden sidst, et tema/oplæg med øvelser samt planlægning af mål til næste gang.

Nogle borgere fortæller, at runderne kan komme til at fylde det meste af sessionen og at dagsordenen derfor ikke holdes. Nogle borgere giver udtryk for, at de synes, det er ærgerligt, når man kun når runderne, mens andre oplever det som en styrke, at behandlerne giver runderne den tid, der er brug for.

I grupperne deltager borgere på tværs af blandt andet køn, alder og rusmiddelproblematik. Blandt borgere der har deltaget i en gruppe, hvor gruppen har været meget differentieret (eksempelvis i forhold til alder, rusmiddelproblematik, køn eller baggrund), fremhæves netop diversiteten som en ubetinget styrke. Deltagerne beretter, at de trods forskelligheder kan spejle sig i hinanden og kan lære af hinanden, fordi de har forskellige erfaringer og fordi nogen er "nået længere end andre". To forskellige borgere fortæller om fordele ved at deltage i behandling med andre:

"Vi har oplevet forskellige ting, så vi kan altid lære noget af hinanden".

"Behandleren er teori. De andre deltagere er den virkelige verden."

Mens de forskellige historier og baggrunde borgerne kommer med fremhæves som en styrke - nogle udtaler ligefrem "jo større diversitet, jo bedre", fremhæver flere borgere, at det derimod er vigtigt, at deltagerne befinder sig omtrent samme sted motivationsmæssigt i forhold til ønsket om forandring. Det betyder ikke, at alle nødvendigvis skal have samme mål for behandlingen (fx ophør eller reduktion), men alle skal ville en forandring og tage behandlingen seriøst. For nogle borgere, der har deltaget i grupper, hvor diversiteten har været mindre, er der en anden forventning om, at grupperne bør sammensættes, så deltagerne nogenlunde ligner hinanden.

Borgerne, som har deltaget i gruppebehandlingen, sætter forskellige ord på deres oplevelse af deltagelsen. En siger fx: "Her er så hyggeligt. Her er en god stemning, fordi vi er trygge ved hinanden", mens en anden fremhæver betydningen af ikke at være reduceret til "misbruger", men at man i behandlingen bliver mødt som et "menneske":

"Vi kan spejle os i hinanden, for vi er alle sammen mennesker. Du er misbruger, men du er også menneske. Du kommer meget ind og møder mennesket. Smerte, mørke og ensomhed er noget de fleste med misbrug kæmper med."

At gå i behandling med andre fremhæves af alle de interviewede, der har deltaget i gruppebehandling, som en styrke. Nogle fortæller, at de var noget skeptiske inden opstart og at de følte sig utrygge og sårbare ved tanken om at være i behandling med andre, men at deres bekymring ikke viste sig at være relevant efter de erfarede, hvordan det er at være i gruppe.

"Godt at man kan fortælle om sig selv foran alle de mennesker, uden at skamme sig. Tak ☺"
(En borgerkommentar i spørgeskema om gruppebehandling)

Deltagerne beskriver, at gruppedynamikken og den støtte og forpligtigelse der ligger i at være vidne til hinandens udvikling er afgørende. Man glæder sig til at høre, hvordan det går med de andre og man glæder sig til at vise de andre, hvordan man har klaret det gennem ugen. Der er enighed om, at de øvrige deltagere spiller en betydelig rolle for at fastholde egen motivation for at fastholde og gennemføre planlagte/ønskede forandringer (fx i forhold til de ugentlige mål der gennemgås i "runden"). Sådan fortæller to borgere om, hvilken betydning det har at være i behandling med andre:

"At være i en gruppe med andre giver automatisk lyst til at ville kunne komme med en god historie. Hvis man fx har lyst til at drikke om fredagen, gør man det ikke, fordi man gerne vil fortælle den gode historie i gruppen. At man lod være."

"Kemien i gruppen var god, så jeg glædede mig til at mødes med gruppen de to dage om ugen. Det var som en knap, der blev tændt, når jeg mødtes med gruppen. Normalt er jeg ikke glad om morgenen, men når jeg kom i gruppen var det anderledes."

Deltagerne beskriver det også som befriende at møde andre med samme problemer som en selv og den særlige forståelse og rummelighed man mødes med – også når det ikke lykkes at leve op til egne mål. Det giver tryghed til at turde være ærlig og fortælle om det der er svært. En borger beskriver det som et fortroligt rum:

"Der er skabt et fortroligt rum, hvor man kan tale om det, man ikke kan tale med andre om".

Forslag fra borgerne til justeringer af formen

Det pointeres af en borger, at 10 deltagere i en gruppe betyder, at det er svært at nå det hele og at gennemgang af ugentlige mål og oplæg bliver mere overfladisk. Det opleves ærgerligt, fordi det hele er relevant. Nogle borgere peger på seks deltagere, som det mest optimale.

I interviewene fremsættes ønske blandt flere af borgerne om at kunne deltage i gruppe to dage om ugen. Nogle begrundes ønsket med en oplevelse af, at det er svært at nå at arbejde nok med opgaverne, mens andre begrundes ønsket med den motiverende faktor og det at være en del af et socialt fællesskab omkring et emne (misbrug) der er svært, og som man ikke oplever at kunne dele med andre.

I spørgeskemaet er borgerne også blevet spurgt til tilfredshed med intensiteten af gruppebehandlingen (jf. tabel 16 nedenfor). Flertallet af borgerne udtrykker tilfredshed med antallet af fremmøde dage (72 pct. fra

substitutionsenhederne, 90 pct. fra alkohol og stof enhederne²¹). En større andel af de adspurgte borgere fra substitutionsenhederne udtrykker ønske om gruppebehandling flere gange om ugen. Her giver 28 pct. af borgerne udtryk for mindre eller slet ingen tilfredshed med antallet af fremmødedage sammenholdt med borgere fra alkohol og stof enhederne, 9 pct.. Dette kan blandt andet skyldes, at flere borgere på stof og alkohol enhederne er i arbejde og ugen derfor i højere grad er fyldt op. I tabel 16 skitseres borgernes besvarelser på spørgeskemaet om gruppebehandling (udfyldt af borgere i november 2016).

Nogle borgere foreslår, at der i behandlingen skabes en struktur, som skaber kontinuerligt fokus på hvilken udvikling, der er sket for den enkelte deltager og som giver et billede af, hvor man er på vej hen. Specifikt stilles der forslag om at anvende eksempelvis "Rejsen" og "Forandringscirklen" som fast struktur for at følge med i egen personlige udvikling, og som kan understøtte en kontinuerlig brug af de faglige redskaber, der gives undervejs.

Indhold (temaer og opgaver)

Der er en entydig stor tilfredshed med indholdet i de forskellige grupper, uanset hvilken rusmiddelproblematik der er tale om. Både temaer og opgaver fremhæves som relevante, hvilket også bekræftes i borgernes besvarelse af spørgeskemaer om gruppebehandlingen, hvor alle respondenterne, på nær én enkelt, angiver, at det i 'høj' eller i 'nogen grad' er de rigtige emner, der arbejdes med i gruppebehandlingen. To borgere fortæller dog i interviewene, at gennemgangen af et tema om familie og børn ikke blev oplevet relevant for alle deltagere idet fokus var på børn og flere af deltagerne ikke selv havde børn.

På tværs af grupper og enheder fremhæves "Ugentlige mål", "rejsen" og "stoptanker" som særlig effektfulde opgaver, der har motiveret til forandring og/eller fastholdelse af ophør. Herudover fremhæves "Forandringscirklen", "værdikort", "Roller/identitet" og "misbrugsfølgen".

I alle grupperne fremhæves behandlernes faglighed og deres evne til at "skubbe på når der er brug for det". Der beskrives en gennemgående evne blandt behandlerne til at skabe en tilpas forstyrrelse, som betyder at deltagerne udfordres med udgangspunkt i den enkeltes ståsted. En borger fortæller, at behandlerne skaber mulighed for en udvikling, der kan fortsætte efter end behandling:

"De planter nogle frø i os, hvor vi selv skal tage det videre."

Oplevet udbytte af deltagelse i gruppebehandling

Samtlige borgere, der er blevet interviewet om gruppebehandling, oplyser, at de oplever at have nået deres mål med behandlingen. For nogle har det handlet om en reduktion af rusmidler/nedtrapning af substitutionsmedicin, mens det for andre har handlet om ophør af forbrug af rusmidler. Der er pt. ikke data, som kan understøtte dette, men alene borgernes vurdering heraf, er et godt resultat for gruppebehandlingen.

²¹ Substitutionsenhederne: 43 % af de adspurgte svarer "i høj grad", 29 % af de adspurgte svarer "i nogen grad". Alkohol og stof enhederne: 59 % af de adspurgte svarer "i høj grad", 17 % af de adspurgte svarer "i nogen grad".

Herudover beretter flere borgere om, at de har fået mere psykisk overskud og øgede sociale kompetencer efter de er startet i gruppebehandling, der har bidraget til nye samværsformer med familie og venner. En del af denne udvikling tilskrives en større forståelse af sig selv, en øget bevidsthed om egne styrker og udfordringer, og særligt ved hjælp af de ugentlige mål en øget selvtillid og dermed styrket tro på sig selv samt nye muligheder for et liv med afholdenhed eller uden problematisk forbrug af rusmidler:

”Før var jeg meget opfarende, og blev hurtigt vred, men nu er jeg blevet bevidst om den reaktion og har lært at vise følelser på en ny måde. Behandlerne holder fast hver gang, når der er noget svært, der dukker op. Jeg er psykisk blevet ti kilo lettere og har færre konflikter og hverdagen er blevet nemmere. Jeg er også trappet ned i medicin (lykkepiller). Jeg har fået hjælp til selv at tage den rigtige beslutning.” (Borger i substitutions- og gruppebehandling)

I den kvantitative del af undersøgelsen oplyser 97 pct.²² af de adspurgte, at de i høj eller i nogen grad oplever, at gruppebehandlingen kan eller har bidraget til at nå sine mål med behandlingen. 94 pct. oplever i høj eller i nogen grad, at behandlingen bidrager til at tackle udfordringer i hverdagen. 82 pct. oplever at behandlingen i høj eller i nogen grad har bidraget til større/bedre netværk.

Tabel 15. Borgerbesvarelser på spørgeskema om gruppebehandling, november 2016

Borgertilfredsheds med ambulante gruppertilbud i CRK? (69 besvarelser vedr. deltagelse i beh. i november 2016) Antal besvarelser; SUB: 14 besvarelser Alkohol og stof: 55 besvarelser	I høj grad			I nogen grad			I mindre grad			Slet ikke/ikke relevant		
	SUB	Alko- hol & stof	SU M	SUB	Alko- hol & stof	SU M	SUB	Alko- hol & stof	SUM	SUB	Alko- hol & stof	SUM
I Hvilken grad oplever du, at behandlingen bidrager til, at du kan nå/har nået dit/dine mål med behandlingen?	7	43	50	7	10	17		2	2			
Er det de rigtige emner, du/I har arbejdet med i gruppen?	10	34	44	4	20	24		1	1			
Bidrager behandlingen til, at det blevet lettere at tackle udfordringer i hverdagen?	4	30	34	9	22	31	1	3	4			

²² 72 % af de adspurgte svarede ”i høj grad, mens 25 % svarede ”i nogen grad”

Evaluering: Implementeringen af omlægningen på misbrugsområdet

Har behandlingen bidraget til større/bedre netværk?	2	22	24	10	22	32	2	5	7	1 slet ikke relevant	5
Føler du dig generelt hørt, forstået og respekteret i grp.?	11	53	64	2	2	4				1 (slet ikke)	1
Er du tilfreds med antallet af fremmøde dage pr uge?	6	32	38	4	17	21	2	5	7	2 (slet ikke)	2
Er du alt i alt tilfreds med gruppeforløbet?	11	51	62	3	3	6		1	1		

Boks 26. Borgerkommentarer om gruppebehandling i CRK²³

Borgerkommentarer om gruppebehandling i CRK

Borgere der kommenterer på forandringsgrupper (alkohol og stof enheder):

- *"Er blevet bedre til at holde fokus /tænke positivt"*
- *"Fået bedre netværk i forhold til familie/forhold/veninder"*
- *"Gruppen fungerer godt og vejlederne er lydhør, fordomsfri og med stor indsigt i problematikken."*
- *"Vi har to rigtig gode lærere, de er lyttende, virkelig gode til at spørge ind – også når det gør ondt. Tak for dette tilbud."*
- *"Er blevet bedre til at tackle humør, træning, arbejde, børn. Jeg har i nogen grad fået bedre familierelationer og mindre grad bedre netværk. NADA har stor effekt – et kanon tiltag. Gruppebehandlingen er super."*

Borgere der kommenterer på forandringsgrupper (substitutionsenheder):

- *"Synes meget om gruppebehandling. Jeg har rykket mig en del, men jeg har stadig brug for medicin, og vil gerne deltage i mere gruppe."*
- *"Det har sat mange tanker i gang, og derefter handling. Jeg ville gerne have en mødedag mere (...) Vores gruppe fungerer rigtig godt, og går næsten altid hjem med noget godt. Vores "behandlere" gør det rigtig godt. (Forstående, udfordrende, hjælpsomme og følger op på os inden vi går hjem)."*
- *"Flere fysisk aktive gruppeopgaver kunne være et frisk pust. Eksempelvis tillidsprøven hvor man lader sig falde bagover i gruppens arme. Måske en gåtur. Ellers kan tiden nogle gange gå lidt langsomt."*

Borgere der kommenterer på MI/angstgruppe (substitutionsenheder):

- *"Takker for det engagement og professionalisme som behandlerne udviser"*

Borgere der kommenterer på rusmiddelfrigruppe (alkohol og stof enheder):

- *"Godt at man kan fortælle om sig selv foran alle de mennesker, uden at skamme sig. Tak ☺"*
- *"Er blevet bedre til at tackle indre "konflikter", tanker, stemninger. Der er et fantastisk engagement. Det er meget givtigt. Dygtige behandlere. Det ugentlig møde er meget vigtigt og holder en god struktur på afholdenhed. Dejligt."*
- *"Den giver mig en ugentlig kontrakt på at opføre mig ordentligt som altid kan bruges til at forklare sig"*

Dette er blot udvalgte citater fra de interviewede borgere. Alle borgerkommentarer kan findes på eDoc og fællesdrev (Bilag 22).

²³ Bilagene er ikke vedlagt denne rapport, men kan findes på eDoc, sagsnr. 2017-0027943, eller på fællesdrevet i mappen "Endelig evaluering + bilag" ("BCV Stab" → "Område 4" → "Videns- og udviklingsenhed" → "Endelig evaluering + bilag").

Boks 27: Borgerforslag til justering i indhold samt forslag til forbedringer

Borgernes forslag til justeringer i forhold til indhold i gruppebehandling

- At arbejde med hvordan man skaber netværk og/eller selvhjælpsgrupper i gruppeforløbet eller introduktion til eksisterende netværk i behandlingsgrupperne, så man ikke udskrives til ingenting. "Angsten for at stå på egne ben" efter endt behandling gentages af flere borgere.
- Mere struktur for gruppesessionerne gennem tilbagevendende og kontinuerlig (evt. i hver session) inddragelse af fælles værktøjer til struktureret refleksion over, hvor langt den enkelte er i sit behandlingsforløb, og som kan tydeliggøre forandringsprocesserne i forløbet. Der nævnes "Forandringscirklen" og "Rejsen" som eksempler på sådanne værktøjer.
- Opsamling til sidst i forløbet på det der er arbejdet med undervejs.
- Integration af fakta om:
 - afhængighed og rusmidlerne, viden om at når man slipper rusmidler, bliver det lettere over tid
 - sammenhænge mellem brug af rusmidler og søvnbesvær, depression, angst, social fobi (social ageren)
 - Risici ved brug af samtidig psykofarmaka og rusmidler
- Årsagsbehandling som en integreret del af gruppebehandling.

Medarbejderperspektiv på gruppebehandling

Medarbejderne på tværs af enhederne fortæller, at implementeringen af gruppetilbud samlet set har skabt bedre og mere fleksible behandlingsmuligheder for borgerne, om end der er forskellige vilkår på de enkelte enheder, som spiller ind på, hvilke gruppetilbud der er mulige. I overensstemmelse med borgernes beskrivelser har medarbejderne også en oplevelse af, at borgerne er glade for tilbuddet. Behandlerne er også meget tilfredse med, at der er to behandlere til at varetage grupperne, hvilket er tilfældet for alle gruppetilbuddene i CRK.

Visitation til gruppebehandling

Visitation til grupper foregår forskelligt enhederne imellem og i interviewene med medarbejdere og ledere beskrives der forskellige vilkår for at imødekomme behovet for behandlingsgrupper. En enhed har i perioden oplevet, at der kan være ventetid på at opstarte i behandling på grund af manglende lokale- og behandlerressourcer i forhold til en borgergruppe, som er motiveret for behandling. Andre enheder har valgt at have lukkede grupper (hvor der ikke er løbende indtag af borgere) og en af substitutionsenhederne oplever ikke at have behandlerressourcer til at have mere end en gruppe ad gangen, da behandlerne indgår i den samlede drift af enheden. Det betyder ikke, at borgerne ikke modtager ydelser i "ventetiden", men at

borgeren eksempelvis har lægesamtale, får medicin eller individuelle samtaler ved kontaktperson eller behandler.

En enhed oplever, at indskrivningsforløbet hos dem nogen gange går for hurtigt, i forhold til at få lavet relevant udredning/afklaring som baggrund for visitation til gruppetilbuddet og giver udtryk for en forståelse af, at de skal levere det samme udredningsindhold på meget kortere tid. Medarbejderne oplever her en sammenhæng mellem den hurtige visitation og frafald fra grupperne, idet borgeren viser sig enten ikke at være motiveret for gruppebehandling eller at borgeren har for komplekse problemstillinger til at matche kravene i ambulansetrin 1 behandling, der fordrer et vist fysisk, psykisk og socialt funktionsniveau. En medarbejder siger herom:

”Behandlerne skulle også starte op i alt det her. Hen ad vejen er der kommet flere grupper. Vi har erfaret, at det nok er forandringsgruppen, som folk har mest brug for, når de kommer ind af døren. Kunne være godt hvis KP havde mere tid til udredning, så vi ved, hvilke borgere der kommer ind af døren.” (Behandler)

Som eksempel nævnes en opstart af en gruppe med planlagte 12 borgere, hvoraf 3 borgere mødte frem. Det er vurderingen på denne enhed, at yderligere tid til afklaring i forbindelse med indskrivningen vil mindske antallet af fejlvisitationer. Dette billede er dog ikke generelt for alle enheder. En anden enhed fortæller omvendt, at de sjældent oplever fejlvisitationer til gruppeforløb og at kontaktpersonen drøfter tvivlsager med behandler inden pågældende visiteres til gruppebehandling.

Nogle medarbejdere, særligt på substitutionsenhederne, pointerer en udfordring i, at der endnu ikke er et tilstrækkeligt fokus på og blik for udviklingsmuligheder for den enkelte borger i den samlede medarbejdergruppe. Dette betyder, at den medicinske behandling ofte prioriteres uden tilstrækkelig motivation og visitation til øvrig intern terapeutisk behandling. Dette perspektiv udfoldes nærmere i afsnittet om teamstruktur.

Integration af alkohol og stofborgere

Bekymringer før omlægningen omkring integration af borgere i gruppebehandlingen i enhederne for alkohol og stoffer har mod fleres forventninger vist sig ikke gøre sig gældende i forhold til borgernes interaktion med hinanden i grupperne. Tværtimod har integrationen vist sig at fungere rigtig godt. En behandler siger herom:

”Det går overordentligt godt. Den tidligere holdning var, at man ikke kunne sætte alkohol- og stofbrugere sammen. Vores fordomme er manet helt i jorden” (Behandler om integration af alkohol og stoffer)

En generel tilbagemelding fra behandlerne er, at fokus på afhængighed samler borgerne uanset rusmiddeltype. Dog giver nogle behandlere udtryk for, at det kan være en udfordring, hvis der eksempelvis er én borger i en gruppe med en hashproblematik, hvor de øvrige gruppedeltagere har en alkoholproblematik. Denne bekymring genfindes dog ikke i interviewene med borgerne, der har erfaringer fra grupper med stor diversitet.

Behandlerne beskriver, at den største udfordring ikke har været borgerne men integration af fagligheder og kulturer hos medarbejderne. Nedenfor er citater fra to behandlere herom:

”Den primære udfordring har været den sammensatte personalegruppe, fordi der har været forskellige holdninger til, hvordan man kan gå til borgerne” (Behandler)

”At finde det fælles udgangspunkt har ikke været uden konflikter.” (Behandler)

Efterhånden som behandlerne har lært hinanden bedre at kende og efterhånden som der på enhederne er etableret rum til faglige drøftelser, er behandlerne kommet nærmere en fælles faglig forståelse af, hvordan samarbejdet om gruppebehandlingen kan gribes an på trods af forskellige faglige perspektiver på afhængighed og behandlingsmuligheder.

Behov for fortsat kompetenceudvikling

Selvom behandlerne langsomt lærer af hinanden, er der fortsat ønske om kompetenceudvikling på tværs af medarbejdergruppen. Eksempelvis nævnes behov for undervisning i psykoedukation i forhold til forskellige rusmidler og de tidligere stofbehandlere nævner viden om alkohol og behandlingsmetoder målrettet brugere af alkohol, eksempelvis håndtering af antabus i gruppebehandlingen. En behandler siger:

”Vi er ikke gode nok til at være opmærksomme på forskelle og på, hvornår vi skal være opmærksomme på ligheder. Vi skal som gruppeledere være gode til at sikre at begge parter føler sig hørt, fx i forhold til stofproblematikker og i forhold til alkoholproblematikker.” (Behandler)

Udover kompetenceudvikling i forhold til yderligere viden om de forskellige rusmidler, er der blandt behandlerne også ønske om, at der i behandlernetværket på tværs af enhederne prioriteres fokus på faglig erfaringsudveksling og udvikling af behandlermaterialet, herunder at det drøftes, hvilke behandlerkompetencer det forventes, at behandlerne skal besidde i forhold til en samlet, strategisk kompetenceudviklingsplan for den terapeutiske behandling.

Opsamling

På tværs af enhederne må det generelt konkluderes, at gruppebehandling med stor succes er implementeret i alle seks rusmiddelenheder. Såvel medarbejdere og borgere er overordentlig glade for disse tilbud. Det er således med stor succes både på substitutionsenheder og alkohol og stofenheder lykkes at styrke tilgangen til terapeutisk behandling til borgerne.

Borgerne har taget godt imod dette. Eksempelvis fremhæver borgerne, at de har gode erfaringer med at deltage i grupper, hvor man er blandet på tværs af rusmiddelområder og erfaringer. Det vigtigste er ifølge borgerne ikke, om man har et forbrug eller misbrug af alkohol eller stoffer, men om man kan sætte sig i hinandens sted og dele erfaringer om de udfordringer forbruget eller misbruget giver.

Der er dog fortsat forskel på antallet af borgere i gruppebehandling mellem substitutionsenhederne og alkohol og stofenhederne, og ikke mindst på substitutionsenhederne, hvor gruppebehandlingen også for borgerne er meget nyt, er der fortsat et betydeligt potentiale i forhold til at udvide gruppen af borgere,

som modtager dette tilbud. Det handler både om at sikre at der blandt medarbejder er den relevante tværfaglige drøftelse af borgerens behandlingsplan og mulighed for at deltage i gruppebehandling, men der er også et arbejde med at motivere borgere til at tro på, at dette kan være et godt behandlingstilbud for dem. Nogle ledere og medarbejdere vurderer allerede nu, at alene det at der er borgere, som med succes deltager og fortæller om det til andre kan bidrage positivt til denne udvikling. Men blandt såvel behandlere som øvrige faggrupper ligger der også en opgave i forhold til at motivere borgerne til dette.

Integrationen af alkohol og stof er ligeledes her lykkes utrolig godt. Borgerne oplever ikke i grupperne, at der er forskel i rusmiddel og de har stor gavn af at deltage i blandede grupper.

Det er dog fortsat et opmærksomhedspunkt at sikre, at der er balance mellem efterspørgsel og udbud af gruppebehandling og der skal fortsat udvikles på det faglige indhold og kvalitetssikring af tilbuddet.

Boks 28: Udviklingspunkter i den videre implementering af gruppebehandling

Overordnet anbefaling: Strategi for fortsat udvikling og udbredelse af gruppebehandlingen.

Udviklingspunkter til den videre implementering

- Følge udviklingen af borgernes behandlingsbehov med henblik på at sikre et relevant udbud af gruppebehandlingsgrupper der matcher dette behov. Herunder;
 - Overveje om/hvordan gruppebehandling kan bidrage som efterbehandlingstilbud, jf. flere borgeres udtalte bekymringer ved at afslutte i behandlingen
 - Overveje hvordan gruppebehandlingen kan bidrage til at mindske ensomhed (pejlemærke), eksempelvis med etablering af grupper, der har et kombineret samtale-/oplægs-/aktivitetsfora, der kan bidrage som brobygning til øvrige kommunale tilbud/tilbud i psykiatrien.
 - Overveje om gruppestørrelsen bør fastholdes eller mindskes, eller om der evt. kan laves løsninger hvor gruppen kan deles op i forhold til dele af gruppesessionen, idet der er to behandlere til stede.
- Opmærksomhed på om borgerne kan deltage i grupper på tværs af enhederne ved særlige behov eller ønske herom.
- Fastholdelse af netværk på tværs af enhederne som fælles faglige videndeling og læringsrum.
- Fortsat kompetenceudvikling af medarbejdere i viden om de forskellige rusmidler og tilsvarende behandlingsmulighederne.
- Fortsat fokus på det tværfaglige samarbejde i forhold til at sikre rekruttering af borgere til gruppebehandling der ikke umiddelbart søger terapeutisk behandling (primært en udfordring på substitutionsenhederne og fx i forhold til borgere med alkoholproblemer med gentagne tilbagefald).