

Misbrugsplan

Københavns Kommune, 2011-2014

Indhold

s. 2	Indledning
s. 2	Fokus i Misbrugsplanen
s. 3	Pejlemærker
s. 5	Fokusområder
s. 5	1. Tidlig indsats
s. 7	2. Unge
s. 8	3. Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed
s. 10	4. Familier med misbrug
s. 11	5. Mindske gener for omgivelserne
S. 13	Implementering

Indledning

Socialudvalget har besluttet, at der skal udarbejdes en Misbrugsplan, en plan for behandlingen af misbrug i Københavns Kommune. Planen skal sætte rammen om indsatsen i perioden 2011 til 2014.

Formålet med planen er at håndtere de ændrede betingelser for misbrugsbehandlingen, som vi efterhånden har kendt i en årrække: Der er bl.a. kommet nye typer af misbrug til og der er en stigende erkendelse af behovet for flere ressourcer til behandling af alkoholmisbrug.

Misbrugsbehandlingen i Københavns Kommune

Københavns Kommunes Socialforvaltning har ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrug. Opgaven løftes af en række borgerrettede tilbud:



Til sammen yder tilbudene behandling til årligt ca. 2.800 borgere med stofmisbrug og godt 2.000 borgere med alkoholmisbrug. Det samlede kommunale budget til misbrugsbehandling er på 203 mill. kr. fordelt på 165 mill. kr. på stofmisbrug og 38 mill. kr. på alkoholmisbrug.

Som landets største by – og med storbyens tiltrækning af udsatte – har København den største behandlingsopgave i landet og dertil det største behandlingsapparat. Det har givet mulighed for at differentiere tilbudene, så de retter sig mod forskellige målgrupper: Alkohol/stofmisbrug, unge, syge, familier og hjemløse.

Fokus i Misbrugsplanen

Mange af kommunens behandlingstilbud er målrettet Socialforvaltningens klassiske målgrupper, men der er en generel forpligtelse til at hjælpe *alle* byens borgere som *søger* hjælp for et misbrug. Denne forpligtelse kræver *øget* opmærksomhed i takt med et *øget* misbrug af hash og kokain og med ansvaret for alkoholbehandlingen, som kommunen overtog med kommunalreformen i 2007. I behandlingen for hash, kokain og alkohol er en lang række borgere med et misbrug, men uden en social sag.

En yderligere forskel fra "den gamle stofmisbrugsbehandling" er også, at der ikke er substitutionsmuligheder for hash, kokain og alkohol. Et faktum der har drejet det behandlingsmæssige fokus fra substitutionsmedicin til terapi, psykiske lidelser og gruppebehandling. Fraværet af substitutionsmedicin afkræver også, at de andre behandlingselementer vedholdende er attraktive og relevante, når det ikke mere er medicinen, der skaber behandlingsmotivation.

"Udredning af misbrugsområdet" - planens fundament

De fortsat ændrede betingelser kræver en grundig udredning, for at behandlingen kan tilpasse sig vilkårene. Forvaltningen har foretaget en sådan udredning i 2010: "Udredning af misbrugsområdet" og i tilgift hertil foretaget evalueringer af henholdsvis stof- og alkoholområdet.

Konklusionen er, at behandlingsapparatet - på de overordnede linjer - er tilfredsstillende: Der er en stor vifte af tilbud og kompetencer, der afspejler de forskellige behandlingsbehov, behandlingsgarantien bliver opfyldt, og resultaterne af behandlingen er langt hen ad vejen tilfredsstillende.

Det er dog en fortsat opgave at optimere behandlingsapparatet, så det er tidssvarende og effektivt. Med hjælp fra medarbejdere, ledere, forskning, brugere og samarbejdspartnere er der i Udredningen indkredset 5 fokusområder, hvor der kan ske optimering:

Fokusområder
Tidlig indsats
Unge
Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed
Familier med misbrug
Mindske gener for omgivelserne

I udredningen er der forslag til aktiviteter, der kan udvikle og/eller effektivisere behandlingen. Misbrugsplanen følger op på aktiviteterne i de fem fokusområder. Hvor Udredningen var en bred analyse og et idékatalog, er Misbrugsplanen en operationel sammenfatning. Det er således i planen, der lægges op til prioritering og implementering af aktiviteter, i forlængelse af de politiske pejlemærker.

Pejlemærker for Misbrugsplanen

Aktiviteter og prioriteringer skal understøtte de overordnede mål for området. Her er Socialudvalgets pejlemærker centrale:

- Flere borgere med misbrug kommer i behandling
- Flere borgere med misbrug får en tidlig indsats

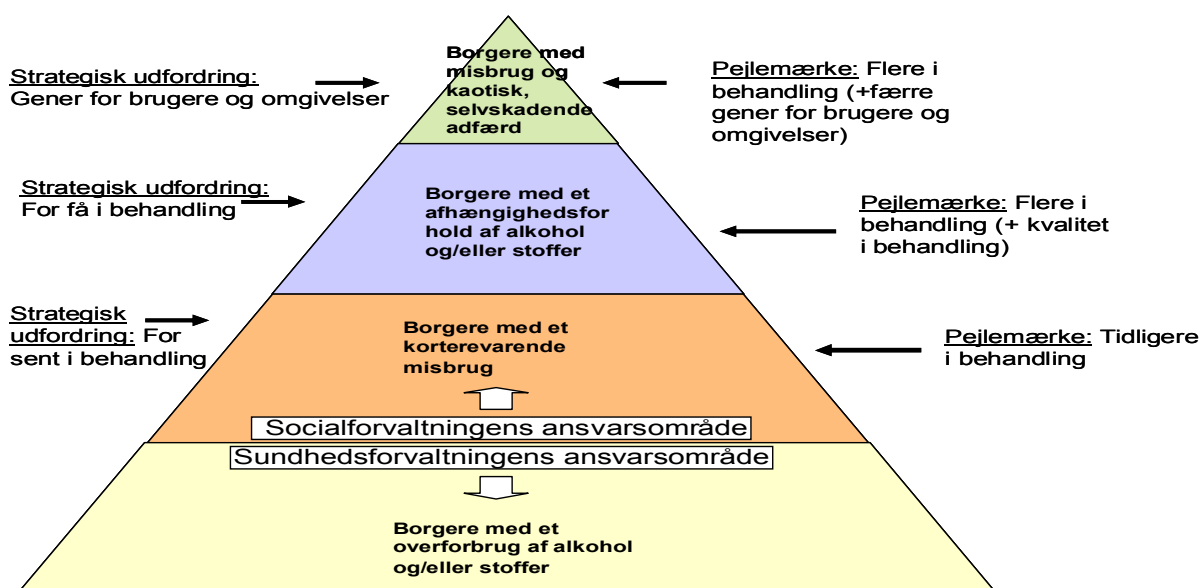
Pejlemærkerne afspejler to overordnede strategiske udfordringer:

- Der er en stor gruppe af borgere med misbrug, der ikke er i behandling. Under halvdelen af de formodede borgere med et stofmisbrug er årligt i behandling, og kun godt 1 ud af 10 af borgerne med alkoholmisbrug er årligt i behandling. Pejlemærket skal målrette aktiviteterne, så en større del af borgerne med misbrug får hjælp til stoffrihed / afholdenhed.

- De borgere som går i behandling har som regel haft et misbrug i mange år. Der går ofte 10-15 år fra et misbrug er etableret, til borgeren søger behandling. I det tidsrum er misbruget cementeret ved afhængighed, netværk og social deroute. Pejlemærket skal målrette aktiviteterne, så flere borgere søger behandling og får hjælp til stoffrihed / afholdenhed.

Som det også fremgår ovenfor, skal pejlemærkerne sikre, at flest mulig københavnere med et misbrug bliver afholdende / stoffrie. Da al viden på området viser, at det ikke er realistisk for alle, sigter en række aktiviteter i Misbrugsplanen på at understøtte Udredningens supplerende målsætninger om mindskede gener for den enkelte, de pårørende og/eller omgivelserne. Skadesreduktion er således stadig en vigtig hjørnesteen i misbrugsbehandlingen.

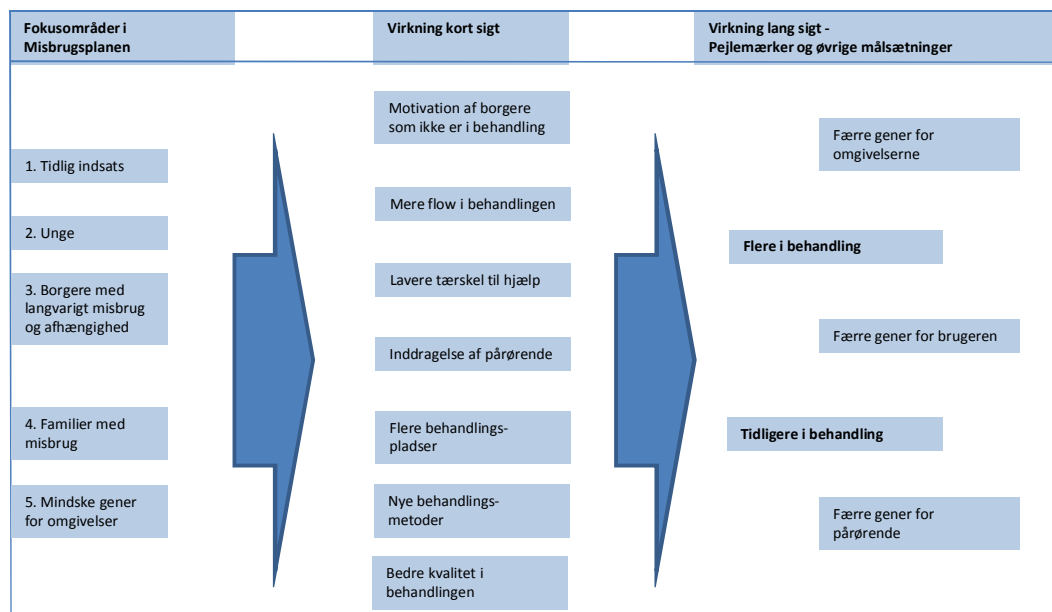
De strategiske udfordringer og pejlemærkerne illustreres i pyramidefiguren nedenfor i relation til målgrupperne for Misbrugsplanen. I figuren er målgruppen øverst i pyramiden den kvantitativt mindste, men den mest belastede med de mest komplekse behandlingsbehov. Omvendt er de nederste lag i pyramiden mindre belastede til gengæld er grupperne kvantitativt større. Den helt store gruppe af overforbrugere – det nederste lag i figuren - er ikke Socialforvaltningens målgruppe, mens de øvrige grupper enten er i behandling eller kunne potentielt være det. De strategiske udfordringer er forskellige for de forskellige grupper. For de aller mest belastede (øverst) kan det være et ambitiøst mål overhovedet at komme i kontakt med dem, hjælpe dem og mindske deres skader - skadesreducere. For borgere med et mindre omfattende misbrug (næstnederst) er ambitionen, at de opnår afholdenhed / stoffrihed.



Aktiviteter og pejlemærker

Sammenhængen mellem aktiviteter og pejlemærker (og øvrige målsætninger) kan illustreres i en forandringsteori. Det vil sige en skematisk sammenkædning af årsag / virkning mellem aktiviteterne og de ønskede resultater. Sammenkædningerne bygger på viden i form af evidens

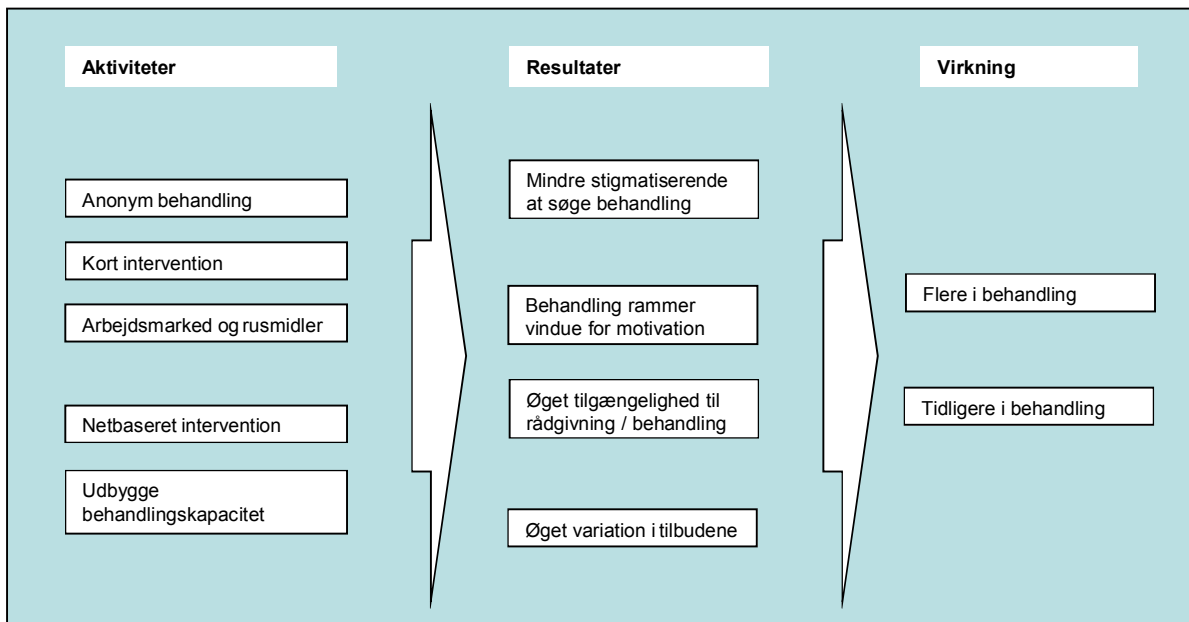
og/eller erfaring fra praksis. Den overordnede forandringsteori for Misbrugsplanen gengives umiddelbart nedenfor. Under de enkelte fokusområder er der mere specifikke forandringsteorier, hvor aktiviteterne indgår, og til sidst er en samlet oversigt.



Fokusområder

Fokusområde 1: Tidlig indsats

Behandlingsapparatet er til for at hjælpe dem, der aktivt søger hjælp for deres misbrug. Men der er mange med misbrugsproblemer der ikke søger hjælp, fordi den enkeltes forhold til rusmidlet er ambivalent: På den ene side, er misbruget et problem, men på den anden side, er rusmidlet med til at "løse" problemerne. Faktum er, at der som regel går mange år – 5, 10, 15 år - med et aktivt misbrug, før borgeren søger hjælp. Forskning peger på, at resultater med rådgivning og behandling er lettere at opnå, des tidligere man kommer ind i misbrugsforløbet. Samtidig er "tidlig indsats" ikke et vidundermiddel, for dels er der mange, der stopper misbruget selv – uden hjælp – og dels kan det være ressourcekrævende at nå i en behandlingsmæssig kontakt med målgruppe. Med Socialudvalgets pejlemærke: Tidlig indsats, er den store potentielle målgruppe for behandling og rådgivning kommet i fokus. Nedenfor er de aktiviteter, som Udredningen er nået frem til, giver bedst mening og effekt.



Aktiviteter

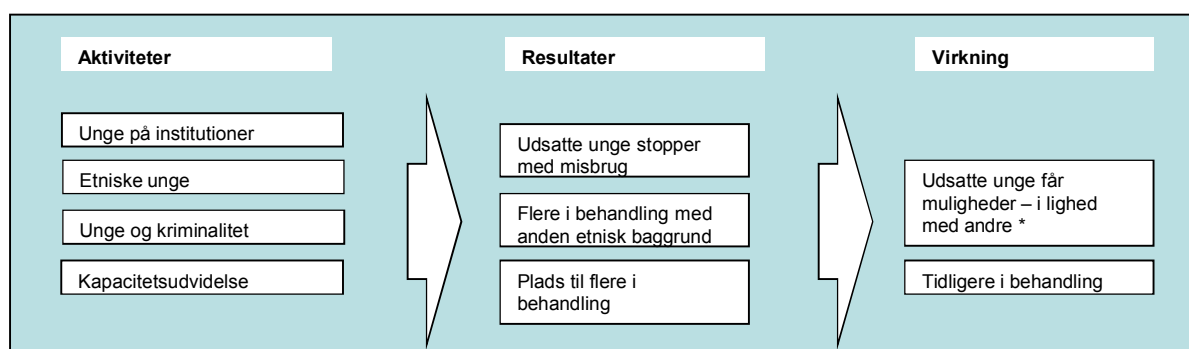
- **Anonym behandling.** Undersøgelser har vist, at bekymring for registrering og angst for stigmatisering er væsentlige hindringer for at søge behandling. Anonym behandling er en måde at omgå disse barrierer. Rådgivningscenter København har primo 2011 startet et projekt med anonym behandling. Projektet er finansieret af Servicestyrelsen.
- **Kort intervention.** Forskning viser gode resultater med at ændre forbruget af rusmidler ved brug af korte interventioner, når borgeren ikke har for lang en misbrugshistorie. Forvaltningen arbejder i forvejen målrettet med at afpasse intensiteten i behandlingen, og "korte interventioner" vil være et nyt, lavintensivt tilbud.
- **Arbejdsmarked og rusmidler.** Motivation for ændring af misbrugsadfærd kommer ofte i forbindelse med risiko for tab af enten partner eller arbejde. En indsats der målrettes borgere, som er i farezonen for at miste arbejdet vil både være et plus for den enkelte og for arbejdspladserne. Indsatsen skal målrettes personer, der skal til at modtage syge-dagpenge og medarbejdere, der er ved at blive fyret fra deres arbejdsplads. Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen er positivt indstillet på et samarbejde ved Jobcenter Baldersgade, der varetager opgaver i forhold til bl.a. syge-dagpenge. Samarbejdet forudsætter, at der kan findes finansiering. En fælles strategi på tværs af tre kommunale forvaltninger¹ kan også være rammen for denne aktivitet. Der er således planlagt undervisning af medarbejdere i Beskæftigelsesforvaltningen om blandt andet misbrug.

¹ "BIF-SOF-SUF-strategi"

- Netbaseret intervention. På nettet er det muligt at udvikle værktøjer, hvor borgeren kan teste sig selv for misbrugets sværhedsgrad og søge selvhjælp. Der er en del erfaringer både nationalt og internationalt, mens der kun er begrænset evidens for effekten. Dansk forskning peger på, at der er effekt af den netbaserede intervention, når den kombineres med en opfølgningssamtale.
- Udbygget behandlingskapacitet. En af de simpleste måder at øge antallet af borgere i behandling er at øge tilgængeligheden til behandling. Erfaringen viser, at der er en stærk effekt. Særligt alkoholrådets store gruppe uden for behandling kræver øget kapacitet. For at man skal kunne tale om tidlig indsats, skal udbyggelsen kombineres med tiltag, der sænker tærsklen for de yngre.

Fokusområde 2: Unge

Københavns Kommune er lykkedes med at rådgive og behandle unge med et misbrug. Center for Unge og Misbrug har således etableret en reel "tidlig indsats", hvor man når de unge, inden de har gået alt for mange år med et misbrug. I Udredningen er det nærmere beskrevet, hvilke udfordringer ungeområdet står overfor. I nedenstående forandringsteori er de mest lovende udviklingsaktiviteter samlet.



* Mål for Børne- og Ungeområdet.

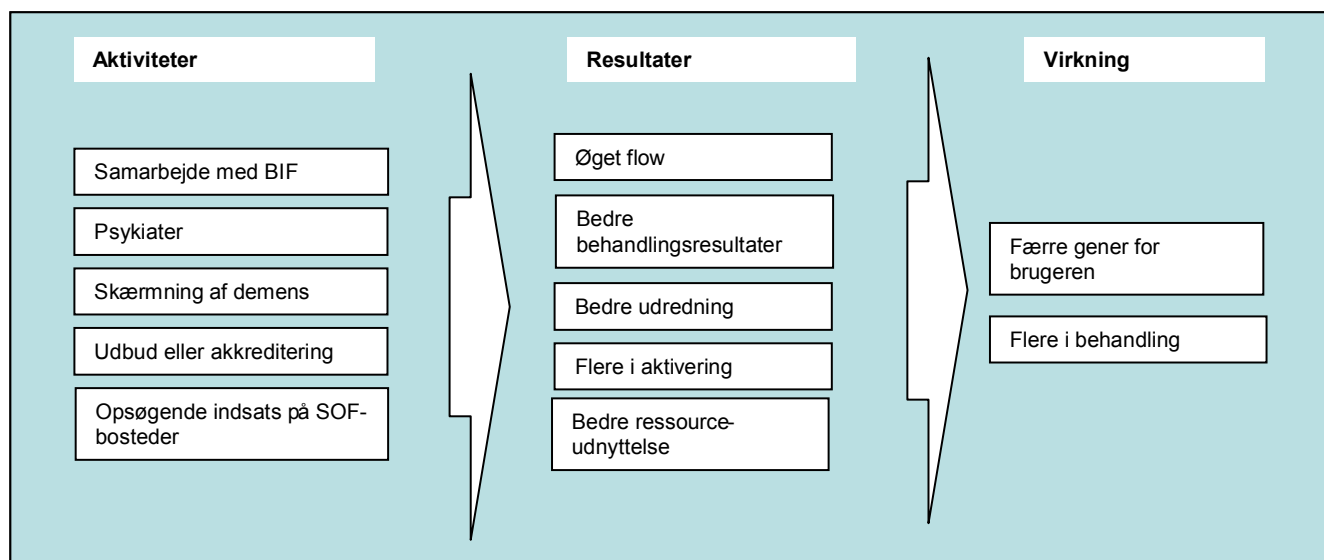
Aktiviteter

- Unge på institutioner. En undersøgelse har vist, hvad der i forvejen var en begrundet hypotese omkring: At de unge på Socialforvaltningens bosteder har - eller har risiko for at udvikle - et misbrug. Kompetencen i misbrugsbehandlingen kan her komme i spil og understøtte det arbejde, der i øvrigt foregår i forhold til de unge. Rådgivning af de unge, supervision af medarbejdere og bidrag til udvikling af rusmiddelpolitik er de konkrete aktiviteter.
- Etniske unge. Unge med anden etnisk baggrund er overrepræsenteret, hvad angår sociale problemer, men der er relativt få af dem i misbrugsbehandling. Det giver anledning til hypoteser om behandlingssystemets manglende evner til at komme i dialog med denne gruppe. Aktiviteten vil være en fremskudt indsats i de miljøer, hvor målgruppen befinder sig. Aktiviteten vil være kombineret med grundig evaluering, så metodeudviklingen kan systematiseres.

- Unge og kriminalitet. Misbrug og kriminalitet er afvigende adfærd, som gensidigt betinger og forstærker hinanden. Fokus på unge og kriminalitet i +18 indsatser, bør følges op af fokus på de kriminelle unges misbrug. Aktiviteten bør være en fremskudt indsats i samspil med andre indsatser målrettet gruppen af kriminelle unge.
- Kapacitetsudvidelse. Succesen med at få de unge i rådgivning og behandling har betydet, at kapaciteten er udnyttet. En kapacitetsudvidelse vil bygge videre på en eksisterende velfungerende praksis og vil kunne følge op på de ovenstående indsatser, som må formodes at rekruttere flere til rådgivning og behandling.
- Unge på ungdomsuddannelser. U-turn har gode erfaringer med hash-grupper på produktionsskoler. Erfaringer som kan udvikles på andre uddannelsesinstitutioner – fx med inddragelse af studievejledere - hvis der viser sig finansieringsmuligheder. Området grænser op til generel unge-rådgivning og forebyggelse, så i det omfang området udvikles, skal der være et tæt samarbejde med KFF og SUF, så der ikke sker opgaveglidning.
- "Velfungerende" unge med misbrugsproblemer. Behandlingssystemet skal også være til for unge, som ikke har sociale problemer i øvrigt. Et medie, som kan være særlig relevant her, er internettet. Regeringens handlingsplan: Kampen mod Narko lægger op til et sats-puljestøttet projekt baseret på netrådgivning. Socialforvaltningen vil arbejde for, at U-turn får en central rolle i projektet.

Fokusområde 3: Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed

Gennemsnitsalderen for brugere i substitutionsbehandling (metadon m.m.) er 47 år. Næsten 50 % af alkoholmisbrugerne er over 50 år gamle. Disse grupper har som regel ikke blot et langt misbrugsforløb bag sig, men også et langt behandlingsforløb. Udfordringen for behandlingssystemet bliver at håndtere det øgede antal følgelidelser – herunder at håndtere misbrugere som også har psykiske lidelser. Kort sagt at skadesreducere. Samtidig er udfordringen også at understøtte motivationen for afholdenhed/kontrol, når der ind i mellem er et vindue for forandring. Behandlingssystemet har gode erfaringer med Støtte- og Kontaktpersoner, der varetager en opsøgende og vedholdende indsats. Disse "SKP'ere" vil også spille en rolle fremadrettet – fx opsøgende for at afdække "vinduer for forandring" hos ældre misbrugere, som det også er beskrevet i Udredningen.



Aktiviteter

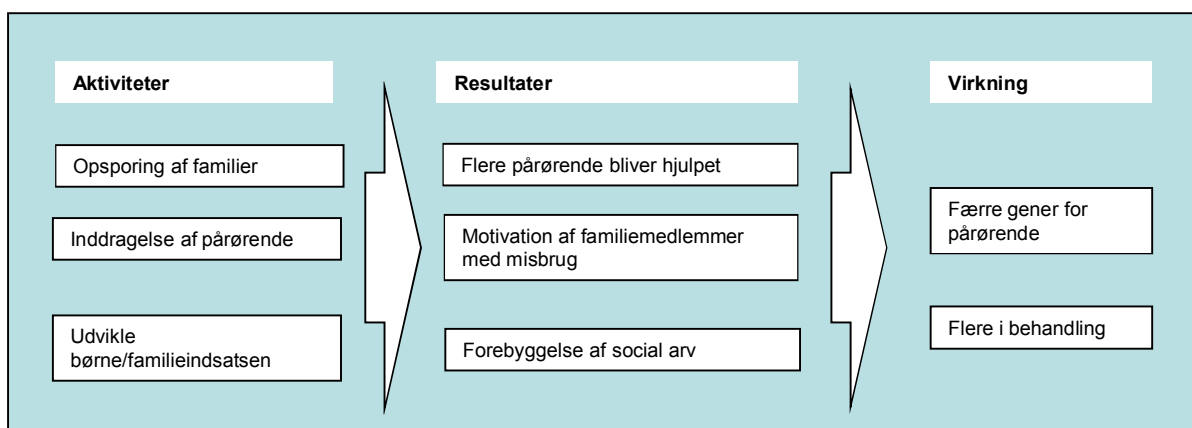
- Samarbejde med BIF. Som led i BIF-SOF samarbejdet om de fælles målgrupper, skal det fremskudte og koordinerende arbejde med de mest udsatte borger med et stofmisbrug, styrkes. Det indebærer fremskudt BIF-indsats i SOF-regi: Kontaktsamtaler og fastholdelse af kontanthjælp i fx herberger; og fremskudt SOF-indsats i BIF-regi: De eksisterende misbrugsaktiviteter i BIF udvikles af SOF-kompetencer, ligesom SOF kan bidrage til at styrke behandlingsmotivationen for borgere i BIF-regi.
- Indsatsen skal suppleres med en særlig indsats i forhold til fællesborgere med misbrug udmøntes.
- Psykiater. Ansættelse af minimum en psykiater vil kunne give et løft til udredningen og behandlingen af de mange med et misbrug, som også har psykiske lidelser. Der er allerede ansat en psykiater i alkoholbehandlingen, og erfaringerne herfra taler for, at der også bliver ansat en i stofmisbrugsbehandlingen. Opgaverne vil være at systematisere udredningen til også at omfatte psykiske lidelser, supervision af behandlere og brobygning til behandlingspsykiatrien. Brobygningen eksisterer på flere områder (aftale med regionen, lokale samarbejder, fælles visitationsudvalg) men vil kunne kvalificeres med en "misbrugspsykiater".
- Skærmning af demens. En mindre del af borgerne i behandling har demens eller er på anden måde særligt sårbare. Der er brug for en særlig indsats, der skærmer dem og sikrer, at de nødvendige hensyn bliver taget, og de nødvendige indsatser bliver givet.
- Udbud eller akkreditering. Der kan med fordel blive set på, hvordan man bedre kan udnytte pladskøb hos private behandlingsinstitutioner. Klarere definitioner af formål (omsorg eller behandling) og døgnbehandlingens rolle i det samlede behandlingsforløb kan skærpes gennem udbud eller akkreditering af området. Et udbud kræver, at forvaltningen bliver undtaget "det frie valg", som gælder på behandlingsområdet. Forvaltningen vil foreslå at indsende en ansøgning til Indenrigs- og

Sundhedsministeriet om en sådan undtagelse ("Udfordringsretten"). Med et udbud vil forvaltningen mere systematisk kunne konkretisere kravene til de eksterne behandlingstilbud. Hvis Ministeriet ikke giver en undtagelse, vil de samme intentioner kanaliseres over i en akkreditering af de eksterne behandlingstilbud, som kan formås at indgå i en sådan.

- Opsøgende indsats på SOF-bosteder. Der er massive misbrugsproblemer på bostederne, og selvom der er tilknyttet behandlingspsykiatri, er der brug for kompetencerne fra misbrugsområdet.
- Skærmede pladser. Erfaringen fra plejepladser til ældre stofmisbrugere er, at selv meget svage brugere kan opnå en forbedret tilstand, og evt. bliver i stand til at begå sig i et ikke-misbrugende miljø. Dermed er det ikke mere sikkert, at en plejeplads i fx E-huset er det adækvate tilbud for borgeren. Socialforvaltningen vil da arbejde for, at borgere i den situation får en skærmet plads i form af en plejeplads i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regi.

Fokusområde 4: Familier med misbrug

En stor gruppe børn, unge og andre pårørende i misbrugsfamilier er indirekte belastet af et familiemedlems misbrug. En belastning der ofte står på i årevis. Behovet for rådgivning af pårørende er massivt og imødekommes i et vist omfang af behandlingssystemet men også af private tilbud. Kerneydelsen for behandlingssystemet er behandling af borgeren med misbrug. I forhold til pårørende betyder det, at det er de pårørende til borgere i behandling, man yder rådgivning. Det styrker også effekten af behandlingen. En øget indsats overfor pårørende kræver nye aktiviteter finansieret enten ved nye midler eller ved en ændring af prioriteringen. Sidstnævnte er ikke på tale i denne plan. De begrænsede midler skal som udgangspunkt fortsat gå til kerneydelsen misbrugsbehandling. Det skal dog nævnes, at rådgivning til pårørende bredt, kan være en indirekte måde at rekruttere til behandlingen og dermed være en aktivitet, der har som afledt effekt at få flere i behandling.

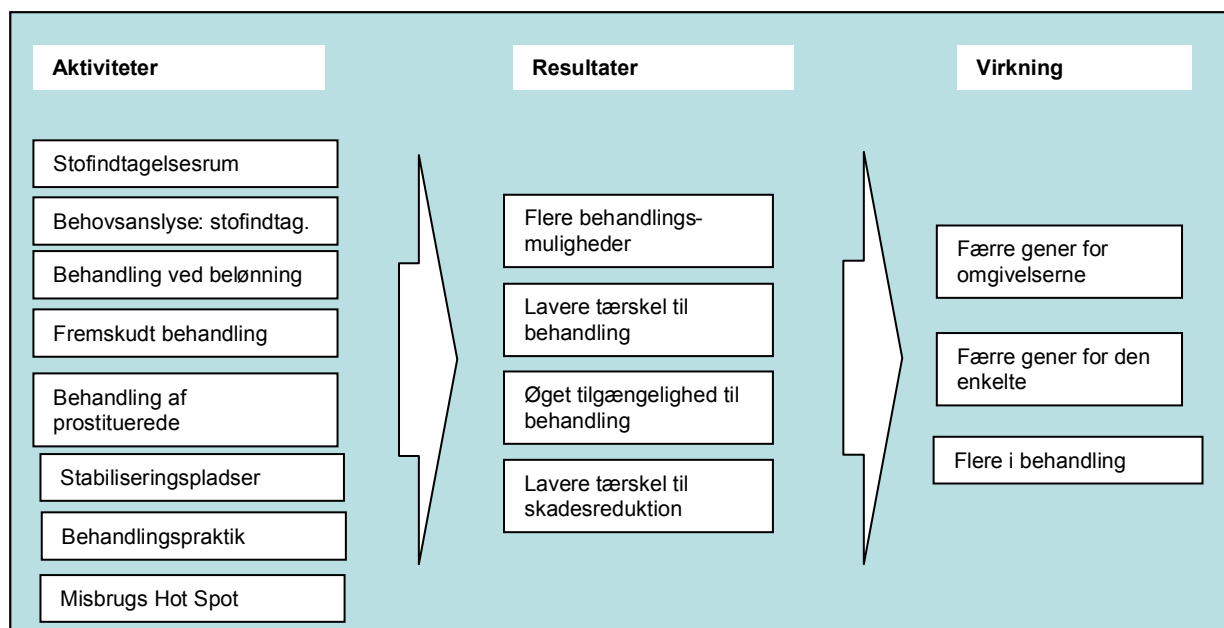


Aktiviteter

- Opsporing af familier. En form for tidlig indsats er at hjælpe børn og unge i familier med misbrug. En offensiv kommunikationsindsats målrettet forældre, skal motivere denne gruppe til at søge behandling. Et samarbejde med Børne- og ungdomsforvaltningen, Sundhedsforvaltningen og de praktiserende læger skal være en del af denne indsats.
- Inddragelse af pårørende. Allerede nu tilbydes pårørende - til borgere i behandling - ofte rådgivning. Dette tilbud skal systematiseres og erfaring mellem de forskellige behandlingssteder skal deles og kombineres med andres erfaring og forskning.
- Udvikle børne/familieindsatsen. Samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og børne-familieteams'ne skal styrkes ved muligheden for alkoholbehandlers ad-hoc rådgivning af sagsbehandlere og ved alkoholbehandlers deltagelse i §50 møder (udredning af børnesager i Socialforvaltningens regi).

Fokusområde 5: Mindske gener for omgivelserne

Dette fokusområde er aktualiseret af den åbne stofscene på Vesterbro, hvor lokalområdet har været generet af åbenlyst stofindtag, stofsalg, affald med mere. Fokusområdet er samtidig et kerneområde i den forstand, at meget behandling altid har den afledte effekt, at gener for omgivelserne mindskes. Det gælder mindre kriminalitet, færre indlæggelser på sygehus og forbedret tilknytning til arbejdsmarkedet. Situationen på Vesterbro har imidlertid afkrævet Socialforvaltningen nogle nye initiativer, der kan dæmme op for problemerne. Initiativerne er beskrevet i en særskilt "Samlet plan for Vesterbro". Denne plan har et stort overlap med aktiviteterne i dette fokusområde. Hjemløsestrategien har ligeledes et vist overlap med dette fokusområde. I nedenstående – reviderede – oversigt over aktiviteter er det hovedsageligt de misbrugsspecifikke aktiviteter, som er beskrevet. Der er dog stadig et overlap med både Vesterbroplanen og Hjemløsestrategien, hvilket ikke er så mærkeligt, når man tænker på målgruppens flerdimensionelle problemer. Det skal understreges, at nedenstående aktiviteter har en særlig aktualitet i forhold til Vesterbro, men det er alene fordi det er her den "åbne stofscene" er i dag. I det omfang problematikken flytter eller opstår i andre bydele, vil indsatserne selvfølgelig skulle tilbydes der. Faktisk vil nogle af tilbudene skulle tilbydes andre steder for overhovedet at mindske koncentrationen af problemer på Vesterbro.



Aktiviteter

- Stofindtagelsesrum. Der er aktuelt ikke lovgivningsmæssig mulighed for at oprette stofindtagelsesrum, men internationalt har det vist sig at være et vigtigt instrument – blandt flere – til at nå resultater med denne svære målgruppe. Resultater i form af mindsket sygelighed og overdødelighed og resultater i forhold til mindskede gener for lokalområdet. Stofindtagelsesrum i en københavnsk udgave vil have integreret rådgivning, stabilisering og behandlingsambitioner. At reducere sygelighed og give øget værdighed er værdifulde mål, men tilbudet må ikke reduceres til det alene. Derfor vil der altid være kontaktskabelse, forsøg på motivation og tilbud om rådgivning så der kan blive fulgt op på selv det mindste ønske om forandring hos brugeren af stofindtagelsesrummet.
- Behovsanalyse. Der bør være en behovsanalyse + konceptudvikling forud for projektering af stofindtagelsesrum, så kapacitet og indretning er bedst muligt forudset.
- Behandling ved belønning. Et tiltag i forhold til de mest kaotiske blandingsmisbrugere kunne være metodeudvikling i form af et belønningsforsøg. Det går i al sin enkelthed ud på at belønne deltagerne for hver dag, de er stoffri. Belønningen kan være i form af for eksempel et mindre gavekort. Det virker kontroversielt at bruge belønning her, men hvis det virker, kan det være et område, hvor man skal gå fordomsfrit til værks, for at opnå et tiltag, der kan hjælpe denne svære målgruppe. Den internationale forskning på metoden (som på engelsk hedder Contingency Management) er ikke entydig. Der er resultater, der peger på, at virkningen ophører, når belønningerne ophører, mens anden nylig forskning (præsenteret på et internationalt seminar i 2010) er mere optimistisk. København ville kunne støtte sig til forskningen i udviklingen af et forsøg, som i øvrigt skulle evalueres tæt.

- Fremskudt behandling. En måde at øge tilgængeligheden til behandlingen på er at lade behandlere virke opsøgende i de miljøer, hvor borgerne med misbrug befinder sig. Der er gode erfaringer med at gøre det i regi af en fælles forvaltnings indsats². Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen er interesseret i at fortsætte dette arbejde forudsat, at der kan findes finansiering. Københavns Praktiserende Læger har også gode erfaringer med fremskudt rådgivning³.
- Behandling af stofmisbrugende prostituerede kvinder. Der er bevilliget statslige projektmidler til oprettelse af et kombineret være-, behandling og overnatningssted for prostituerede med behandlingsbehov.
- Stabiliseringspladser. Der har gennem længere tid været projekteret med et sted, hvor de mest udsatte fra blandt andet Vesterbro kunne komme hen og overnatte, falde ned og blive stabiliseret. Projektet har i en periode gået under det foreløbige navn Mandely, men da det også er rettet til kvinder, hedder det nu Hellestedet. Der er aktuelt forhandlinger i gang med Socialministeriet om at kanalisere midler til dette projekt.
- Behandlingspraktik. Mange af de mest udsatte har svært ved at gøre sig gældende i forhold til døgnbehandling. Det kræver motivation i form af fremmøde og deltagelse i udredning og visitation. Man kan sænke tærsklen til behandling ved hurtigere at kunne visitere til ganske korte døgnophold, der kan afgøre, om denne behandlingsform reelt er en mulighed for borgeren.
- Misbrugs-Hot Spot indsats. En målrettet, håndholdt, vedholdende og opfølgende indsats i forhold til den enkelte udsatte. En indsats der giver overblik over individerne i gruppen, og arbejder for, at hver enkelt kommer videre (i behandling, på herberg, til hjemkommune, til hjemland...). Misbrugs-hot spotten er placeret, hvor problemerne er koncentreret og kan flytte sig rundt, hvis problemerne flytter sig.

Implementering

Prioritering

I prioriteringen af aktiviteter er Socialudvalgets pejlemærker afgørende. Det betyder, at forvaltningen særligt vil fremme aktiviteter, der understøtter pejlemærkerne. Det gælder initiativer som budgetforslag, spare/investeringsforslag og ansøgning om puljemidler.

Udover pejlemærkerne lægger forvaltningen - i prioriteringen - til grund, at alkoholområdet er underfinansieret i forhold til stofområdet. En mere ligelig finansiering er meningsfuld i forhold

² Samarbejde mellem Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Socialforvaltningen i projektet "Fælles Ansvar 2"

³ Projektet "Socialrådgiver på Hjul" sammen med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen

til både en rimelighedsbetragtning og en effekttankegang. Det er rimeligt, at borgere med et alkoholmisbrug får samme service, som borgere med et stofmisbrug. Dertil er den ambulante alkoholbehandling relativt billig, og der er potentielt mange borgere, der vil kunne profitere af behandlingen.

Et område hvor der er blevet omprioriteret meget er døgnbehandlingen. Meget døgnbehandling er omlagt til dag- eller ambulante behandling. Det har været en effektivisering af behandlingen, men det er nu tidspunkt at stoppe op og vurdere, om grænsen er nået. I forhold til de svageste borgere med et misbrug, skal der være døgnbehandlingsmuligheden. I stedet for at nedprioritere døgnbehandlingen, bør de næste år gå med at udvikle den: Kvalitetsudvikle (fx som allerede nævnt gennem udbud), udvikle "behandlingspraktik" for de mest udsatte og i det hele taget se på samspillet mellem døgn, dag- og ambulante behandling.

Omlægninger

Forvaltningen vil ikke forlade sig på, at der kommer nye midler til de prioriterede områder. Med planens vedtagelse, vil forvaltningen se på mulighederne for omlægninger, der understøtter prioriteterne. For eksempel bør ansættelse af en psykiater være en overskuelig øvelse at gøre inden for det eksisterende budget. Da alkoholområdet skal opprioriteres vil det hovedsageligt være stofområdet, der er i fokus for effektivisering. Afsættet for effektiviseringer vil blandt andet være analyser af belægning og effekt på tilbudene til de ældre stofmisbrugere, analyser af flow fra og mellem tilbud til stofmisbrugere og analyser af samspillet mellem myndighedsarbejde og behandling. Der er ingen lette løsninger, for alle de nuværende tilbud er meningsfulde for medarbejdere og brugere. Det bliver en fælles opgave på tværs af forvaltningen at se på den samlede brugergruppes - herunder dem som ikke er i behandling - behov og den bedste udnyttelse af behandlingsressourcerne i forlængelse heraf.

Frivillige som ressourcer

Der ligger også ressourcer i inddragelse af brugere, pårørende, frivillige og organisationer. Det er ressourcer, som behandlingssystemet skal være bedre til at inddrage. Der er allerede erfaringer at bygge på. Fx har Brugforeningen (af aktive stofbrugere) været inspirationskilde og motor i udviklingen af skadesreducerende tiltag i samarbejde med kommunen. I Projekt anonym Behandling planlægger man arbejde med selvhjælpsgrupper. Og på alkoholområdet er der i flere regi selvhjælps- og brugergrupper. Ud fra erfaringerne lader det til, at frivillighedsdimensionen i første omgang er særligt relevant i en "efterværns-tanke". Det er så opgaven at sikre, at inddragelsen sker i forlængelse af - og supplerende til - et professionelt behandlingsapparat og ikke i stedet for. Dette bliver et udviklingsområde for behandlingsapparatet, som skal kunne differentiere opgaverne, så evidens og effekt fremover skal gå i samspil med involvering og frivillighed.

Styring og opfølgning

Forvaltningen har nedsat en styregruppe, der varetager implementeringen. Styregruppen vil igangsætte analyser, igangsætte omlægninger og fremme projektforslag. Mere omfattende initiativer vil blive fremlagt for Socialudvalget. Vedtagne aktiviteter vil styregruppen følge op på og sikre fremdrift for.

Da implementeringen af Misbrugsplanen er tæt knyttet til pejlemærkerne, får Socialudvalget status for planen i takt med Socialudvalgets temadrøftelser om pejlemærkerne (eller den frekvens, der i øvrigt måtte vedtages for rapportering fra forvaltningens strategier).

Styregruppen vil også have ansvar for igangsætte strategiske initiativer i forhold til samarbejdspartnere. Samarbejdet med Regionen om behandlingspsykiatrien, samarbejdet med de praktiserende læger, samarbejdet med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og med departementer og styrelser. Kravet om effektivitet giver afledte krav om klar arbejdsdeling i kombination med meningsfuld brobygning mellem parterne.

Status for Misbrugsplanens aktiviteter

Nedenfor er et overblik over aktiviteterne fra fokusområderne. I figuren er supplerende informationer, der synliggør hvad der skal til for at implementere aktiviteten. Nogle aktiviteter er lettere at implementere end andre. Farvekoden grøn, gul og rød angiver hvor i implementeringen, aktiviteten befinder sig.

Grøn betyder, at aktiviteten er i gang eller er lige ved, og alle forudsætninger er så godt som på plads.

Gul betyder, at aktiviteten kræver mere forberedelse at implementere. Aktiviteten kan fortsat kræve planlægning, interne ressourcer, samarbejdspartnere og/eller en politisk beslutning. Aktiviteter, der umiddelbart kan klares med interne omlægninger/omprioriteringer, er et eksempel på "gule" aktiviteter.

Rød betyder, at der mangler væsentlige forudsætninger for at aktiviteten igangsættes. Det er typisk manglende finansiering, men kan også være fravær af lovhjemmel (jævnfør stofindtagelsesrum) eller mangel på egnede lokaliteter.

Fokusområde	Problem	Aktivitet	Årlige udgifter (mill.)	Etablering	Finansiering	Forventet effekt	Antal borgere omfattet af indsatsen*	Implementeringsforudsætninger	Anbefalet start
Tidlig indsats	Borgere med misbrug kommer for sent i behandling med risiko for øget afhængighed og social deroute	Anonym behandling	3	2	Sats-pulje midler - Finansieret	Mindsket misbrug / flere i behandling	70	Tilbudet er startet primo 2011	2011
		Kort intervention	1,6	0	Budgettilførsel	Effektive indsatser, flere i behandling	400	Metodeudvikling og budgettilførsel	2013
		Arbejds-marked og rusmidler	1,1	0	Budgettilførsel	Fastholdelse på arb. marked og forebyg. af social deroute	100	Samarbejde med BIF og virksomheder + budgettilførsel	2012
		Netbaseret intervention	0,6	0,4	Budgettilførsel	Borgere kommer tidligere i behandling	200	Budgettilførsel	2012
		Udbygge kapacitet - Alkohol	10	3,5	Budgettilførsel	Flere borgere øger kontrollen med misbrug	750	Egnede lokaliteter + budgettilførsel	2012
Unge	Forskellige ungegrupper har misbrugsproblemer, men får ikke hjælp	Unge på institutioner	1	0	Omlægning	Understøttelse af målene for de unge på bostederne	30	Samarbejde med bosteder + budgettilførsel / omlægning	2012
		Etniske Unge	1,7	0	Budgettilførsel	Motivation for behandling, udvikling af behandlingen	30	Samarbejde med opsøgende unge-medarbejdere + budgettilførsel	2012
		Unge og kriminalitet	1	0,2	Budgettilførsel	Forbedre exit fra kriminalitet	30	Samarbejde med opsøgende unge-medarbejdere + budgettilførsel	2013
		Udvidet kapacitet på U-turn	1	0,2	Budgettilførsel	Flere øger kontrollen med deres misbrug	15	Lokaliteter i U-turn + budgettilførsel	2012
		Unge på uddannelses.-institutioner	0	0	Satspulje-midler	Tidlig indsats og mindre frafald	50	Sats-puljemidler, samarbejde med inst.	2012
		"Almindelige unge" – internetiltag	0	0	Satspulje-midler	Tidlig indsats	200	SATS-puljemidler	2012

Fokusområde	Problem	Aktivitet	Arlige udgifter (mill.)	Etablering	Finansiering	Forventet effekt	Antal borgere omfattet af indsatsen*	Implementeringsforudsætninger	Anbefalet start
Borgere med langvarigt misbrug og afhængighed	Målgruppen bliver svagere og mere syg; de bliver ikke motiveret for selvhjulpethed	Samarbejde med BIF	2	0	Budgettilførsel	Flere i behandling og færre sociale derouter		Budgettilførsel	2013
		Psykiater	1,1	0	Omlægninger inden for rammen	Bedre udredning, mere flow, bedre behandlingsresultater		Rekruttering af psykiater med relevante kompetencer er en udfordring	2011
		Skærning af demens	0,3	0	Omlægninger inden for rammen	Færre gener for den enkelte svage misbruger	10	Prioritering, omlægning og metodeudvikling	2013
		Udbud eller akkreditering	0,6	0	Omlægning (1 år)	Bedre kvalitet / flere ophører med at misbruge		Kommunen skal med udfordringsretten få lov til at udbyde på trods af frit valg	2012
		Opsøgende indsats på SOF bosteder	1	0	Omlægninger inden for rammen	Øget kontrol med misbrug og bedre resultater på bosteder	50	Prioritering, omlægning og metodeudvikling	2012
		Skærmede pladser	0,5	0	Budgettilførsel	Mindske misbrug hos svært belastede	5	Budgettilførsel	2013
		Familier med misbrug	Pårørende - herunder børn - lider under misbruget	Opsporing af familier	0,5	0	Budgettilførsel	Forebygge i en tidlig alder, flere i behandling	
		Inddragelse af pårørende	1	0	Budgettilførsel	Øget livskvalitet og flere i behandling	100	Budgettilførsel	2014
		Udvikle børnefamilie indsatsen	1	0	Budgettilførsel	Forebygge i en tidlig alder		Budgettilførsel	2014

Fokusområde	Problem	Aktivitet	Årlige udgifter (mill.)	Etablering	Finansiering	Forventet effekt	Antal borgere omfattet af indsatsen*	Implementeringsforudsætninger	Anbefalet start
Mindske gener for omgivelserne	De mest udsatte og kaotiske borgere med misbrug skader sig selv og omgivelserne	3 Stofindtagelsesrum	51	15	Budgettilførsel / omlægning Der forventes statslig økonomisk kompensation for en ny kommunal opgave, hvis man indfører lovhjemmel for etablering af stofindtagelsesrum. Den beskrevne model for stofindtagelsesrum i København rummer dog også elementer, som kommunen må forvente selv at skulle finansiere.	Reduceret sygelighed, øget værdighed, færre gener for omgivelser	500	Egnede lokaliteter + budgettilførsel + lovgivning + inddragelse af lokalområde	2013
		Behovs-analyse	1	0	Tilvejebringes midler	Viden om kapacitetsbehov til brug for planlægning		Budgettilførsel	2012
		Behandling ved belønning	2,5	0,5	Budgettilførsel	En kaotisk gruppe får effektiv behandling	50	Budgettilførsel	2013
		Fremskudt behandling	1	0	Budgettilførsel	En kaotisk gruppe får effektiv behandling	100	Budgettilførsel	2014
		Behandling af stofmisbrugende prostituerede kvinder	8,6	3	Sats-pulje midler - Finansieret	En ny gruppe får behandling	40	Praktiske spørgsmål	2011
		Stabiliseringspladser	8,4	0,5	Sats-pulje midler - Afventer afklaring	En kaotisk gruppe får færre gener	100	Afklaring om sats-puljemidler og praktisk implementering	2012
		Behandlings-praktik	1	0	Omlægning	Meget udsatte borgere behandles og får kontrol med misbrug	30	Udvikle koncept for visitation + evt. budgettilførsel	2012
		Hot Spot	3,9		Budgettilførsel	Meget udsatte borgere bliver bragt videre	150	Udvikle koncept for visitation + evt.	2012
			106,4	25,3					

* "Antal borgere omfattet af indsatsen" er anslåede tal med varierende usikkerhed.