

Evaluering – ny struktur på misbrugsområdet

September 2007

Konklusioner

- Modtageenhederne er nået langt i udviklingen af imødekomende modtagelser, men der skal stadig arbejdes målrettet på at øge tilgangen til behandling. Enhederne er små og personalemæssigt sårbare. Enten bør serviceniveauet sænkes, enhederne supplere hinanden på tværs eller enhederne slås sammen i én enhed. Desuden kan den aktuelle ASI-registrering gøres mindre omfattende.
- Behandlingsenhederne yder en fin service i forhold til imødekommenhed, medicinudlevering og social service. Udfordringen består i opfølgningen på behandlingsplanerne og udviklingen af den skadesreducerende indsats. Det kræver ressourcer og/eller omprioritering.
- Dagcentrene har gjort en stor indsats i udviklingen af ydelser og tiltrækningen af brugere. Dagcenter Stæren er – af flere årsager – lykkedes bedst. Dagcenter Enghaven skal enten have mere tid, flyttes til en anden bydel eller midlerne bruges til gavn for brugerne i en anden ramme.
- Arbejdstilfredsheden er på gennemsnitligt 2,8 på en skala fra 1-4, hvor 1 er lavest. Tallet dækker over 68 % af medarbejderne, som er tilfredse eller meget tilfredse og 32 % af medarbejderne, som er utilfredse eller meget utilfredse med arbejdet. Medarbejdere på modtageenhederne er gennemsnitligt mest tilfredse.

Formål

Evalueringen har til formål at belyse det overordnede spørgsmål: Er den nye struktur hensigtsmæssig i forhold til målsætningerne for rådgivningscentrenes ydelser? I besvarelsen af spørgsmålet indgår en række fokusområder, som medarbejderne og chefer har rejst i forbindelse med omstruktureringen?

Evalueringen består af 5 afsnit

- Modtageenhederne
- Behandlingsenhederne
- Dagcentrene
- Øvrige spørgsmål
- Metode

Evalueringen bygger på data fra

- Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejderne
- Interview med brugere på to behandlingsenheder og et dagcenter
- 3 Gruppeinterview med medarbejdere på henholdsvis behandlingsenheder, modtageenheder og dagcentre.

- Dataudtræk fra registre
- Undersøgelse af status for modtageenhedernes ambulante behandling ("Baseline").

Særligt om brugerinddragelsen i evalueringen

I forbindelse med evalueringen er der interviewet 17 brugere på to behandlingsenheder og et dagcenter. Brugerne er interviewet på stedet. Det giver erfaringsmæssigt bedre udbytte og "fremmøde" med en uformel opsøgende form, end ved en formel indkaldelse til fokusgruppeinterview.

Brugerinterviewene belyser de generelle punkter, men giver derudover to særlige opmærksomhedspunkter til evalueringen.

For det første lader det til, at dagcentret Stæren – det tidligere ambulatorium Stæren – har udviklet sig til brugernes tilfredshed. Det på trods af brugernes mange klager i omstruktureringen eller måske det netop er *på grund af* brugernes klager. Forstået sådan, at klagerne fik politikerne til at give Stæren særlige forhold, som har bidraget til at skabe stabilitet.

For det andet sætter brugernes vurderinger fokus på forholdet mellem behandlingsarbejdets umiddelbare og langsigtede mål. Brugerne værdsætter den hurtige, nærværende, uformelle service. Brugerne efterlyser ikke så ofte de langsigtede træk som vaccinationer, styr på økonomien og systematisk opfølgning og dokumentation. Brugerinddragelsen highlighter den dobbelte opgave for behandlingsapparatet: At sætte ambitiøse behandlingsmæssige mål, men at huske at få brugerne med.

Der er mere information om metode sidst i evalueringen.

Modtageenhederne

Baggrund

Et overordnet mål med de nye modtageenheder var – og er – at de yder en god service, også for brugere der er i uddannelse eller på arbejdsmarkedet. Modtageenhederne skulle indrettes åbent, lyst og tiltrækkende, og der blev indført lange åbningstider to dage om ugen til kl. 20.00. Alle tiltag rettet mod hele gruppen af brugere men særligt for at sænke tærsklen til behandlingen for nye brugergrupper.

Modtageenhederne skulle foretage en grundig udredning og visitation; have tilsyn med brugere i døgnbehandling og tilbyde korterevarende ambulante behandling (trin 1). For ophold på modtageenhederne blev det besluttet, at der skulle være en tidsgrænse på ambulante behandling på 6 måneder for at sikre fremdrift i behandlingen.

De fysiske rammer

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer 83 % af medarbejderne i modtageenhederne, at de fysiske rammer giver gode vilkår for modtagelsen af brugerne. 91 % vurderer, at de fleste nye brugere

oplever at være velkomne og kun 3 % vurderer, at nye brugere oplever sig stigmatiserede ved henvendelse.

Vurderingerne har en høj grad af troværdighed, for selvom medarbejderne ikke er uhildede i deres vurderinger, er de fagligt kompetente og plejer ikke at have problemer med at påpege, hvis der er problemer med de fysiske forhold.

De fysiske rammer vurderes derfor til at overvejende at være på plads og matche formålet.

Søgning til behandlingen

Data fra registreringsystemet på stofmisbrugsområdet¹ viser, at der på nuværende tidspunkt ikke er sket den tiltænkte rekruttering af nye brugergrupper.

I de fire modtageenheder er hash kun hovedstof for mellem 11 og 35 % af de indskrevne, og kokain/amfetamin kun hovedstof for mellem 5 og 11 %. Endvidere er kun knap en fjerdedel af de indskrevne brugere, som aldrig tidligere har været i behandling. Gennemsnitsalderen ligger med 34-36 år også ret højt.

I et supplerende statistisk materiale² er der dog et par interessante nuancer: Af de 66 nyindskrevne (ikke tidligere kendte) i behandling har over 50 % hash som hovedstof og over 10 % kokain som hovedstof. Desuden kan man identificere en stigning i antallet af indskrivninger i foråret 2007 i forhold til efteråret 2006.

Sammenfattende kan man sige, at modtageenhederne aktuelt ikke er lykkedes helt med at tiltrække nye brugergrupper i overbevisende omfang. Det er dog ikke helt fair at vurdere resultatet ud fra den relativt korte periode fra ny struktur begyndte 1.9.2006 til datamaterialet er opgjort i forsommeren 2007. Slet ikke når man ved, at der har været udfordringer i forhold til ombygninger og manglende ledere.

Lange åbningstider

Modtageenhedernes medarbejdere har siden planerne for omstruktureringen været skeptiske overfor de lange åbningstider og haft en forventning om, at brugerne ikke nødvendigvis vil bruge ydertiderne.

Holdningen har ikke flyttet sig, for i spørgeskemaundersøgelsen svarer 80 % af modtageenhedernes medarbejdere ja til, at de sene åbningstider på alvorlig vis udtynder personaleressourcerne. I forlængelse heraf vurderer 88 % af medarbejderne, at der næsten ingen brugere kommer i de sene åbningstider.

Adspurgt om de sene åbningstider er en god service for brugerne, svarer 55 % dog ja, og 53 % mener at de sene åbningstider kan og bør udnyttes i forhold til de nye brugergrupper.

Kvalitative data fra medarbejderne belyser problematikken yderligere. Heraf fremgår det, at det især er "hærdede brugere", der udnytter de sene åbningstider til at hente medicin; at medarbejderne godt selv kan øge udnyttelsesgraden ved at indkalde folk til samtaler i ydertimerne. Der

¹ Status- forskningssystemet, baseline, dokument nr. 2007-187517

² Status- forskningssystemet, udtræk til evaluering

er forslag om at skære ned til en dag med aftenåbent. Det skulle i så fald være torsdag, som er en kendt "lang tid åben-dag".

Sammenfattende kan man sige, at der aktuelt ikke er en særlig stor udnyttelsesgrad af personaleressourcerne ved at holde længe åbent. At det udtynder personaleressourcerne i de små enheder. Eller set fra brugerperspektivet: Det er en god service, men den bliver ikke brugt.

ASI-registrering

Med den nye struktur blev også indført en ny registrering af brugere: ASI (addiction severity index). Formålet er at kunne identificere resultater på en række parametre for brugerne i behandling. I modtageenhederne er det formålet, at baggrundsskemaet også skal bruges til brug for visitationen. Og i behandlingsenhederne til brug for behandlingsplanerne. Registreringen sker i form af en omfattende registrering i form af et "baggrundsskema" i modtageenhederne. Og siden bliver der fulgt op med det mindre omfattende "opfølgningsskema", når brugeren skifter behandlingssted, når brugeren udskrives og i behandlingsenhederne.

Der er en ret omfattende skepsis overfor ASI-registreringen blandt medarbejderne i modtageenhederne. I spørgeskemaundersøgelsen er der overvægt i ja-besvarelserne til spørgsmålene: Det er for tidskrævende at udfylde (66 % meget enig eller enig), nogle af spørgsmålene er for intimiderende (70 % meget enig eller enig). 44 % svarer ja til, at ASI er et godt dialogredskab. Kun 3 % mener, at ASI giver en "meget god" start på et behandlingsforløb, 35 % mener, det blot giver en "god" start. 18 % mener, at det giver en "meget" besværlig start på et behandlingsforløb, mens 28 % mener, det giver en besværlig start.

Der er stor variation i holdningen til ASI, enhederne imellem. I en af modtageenhederne slår den skeptiske holdning meget stærkt igennem, mens de øvrige tre er mere balancerede. Det kunne tyde på, at kulturelle, lokale forhold har betydning for holdningsdannelsen.

Sammenfattende kan man sige, at medarbejdernes vurdering af ASI baggrundsskema er gennemgående skeptisk. En del af forklaringen kan måske findes i den lokale implementering. Under alle omstændigheder vurderer mange medarbejdere, at det er forholdsmæssig meget tid at bruge på redskabet i forhold til, hvad man umiddelbart får igen.

Trin 1 behandling

Den ambulante behandling i modtageenhederne er organiseret ud fra en trinmodel, hvor modtageenhederne selv varetager trin 1 og har tilsyn med trin 2 og 3 behandling i eksterne institutioner.

Cirka halvdelen af respondenterne har indsigt i trin-tankegangen, vurderer at tankegangen er meningsfuld og vurderer, at trinbehandlingen er implementeret i enheden.

Når man fratrækker de administrative medarbejdere er det noget over 50 % af det behandlende personale, der er konstruktive omkring trinbehandlingen.

Interviewene med medarbejderne nuancerer forholdet. Der er således et udtalt behov for at få en klar fælles definition på trinbehandling og en afgrænsning af de enkelte trin.

En baselineundersøgelse til forberedelse af Hash- og kokainprojektet giver indtryk af, at der er to enheder, som ikke visiterer efter principperne om trin i behandling. Baselineundersøgelsen peger også på en lav behandlingsintensitet i modtageenhederne: "Modtageenhedernes tilbud befinder sig tæt på den nedre grænse for behandlingsintensitet i ambulant behandling, som er 1 samtaletilbud pr. 14. dag jævnfør Center for Rusmiddelforsknings definition".

Endelig viser dataudtræk, at det er under 10 % af brugere, der har været i behandling i modtageenheden, som er udskrevet færdigbehandlet og stoffri. Tallet er lavt og da det kan dække over både ambulant behandlede og folk i døgnbehandling, er det ikke indikation på en høj succesrate i trin 1 behandlingen.

Sammenfattende kan man sige, at der er gode betingelser for en fortsat implementering af principperne for trinbehandling, men at der er et pænt stykke vej endnu, før det er gældende praksis alle steder.

Indskrivningsgrænse på 6 måneder

Ved præsentationen af ny struktur fandt en del ansatte på modtageenhederne, at indskrivningslængden på 6 måneder er for kort. I spørgeskemaundersøgelsen er holdningen nuanceret. 48 % mener, at grænsen er for kort i forhold til mange behandlingsforløb. 60 % mener, at grænsen sikrer fremdrift i behandlingsforløbene, og 63 % at tidsbegrænsningen er nødvendig for at modtageenhederne ikke bliver overbelagte.

Medarbejderne forklarer i interviewet, at tidsbegrænsningen kan være en faglig spændetrøje. På den anden side sikrer grænsen, at man får behandlet borgerens sag, at den ikke bliver syltet. Det er retssikkerhed for borgeren. Desuden kan det fagligt være udmærket, at man bliver tvunget til at skulle tage en behandlingsmæssig beslutning, når tidsgrænsen nærmer sig.

Samtidig viser data, at 28 % af de indskrevne i modtageenhederne har været indskrevet i mere end 6 måneder. Gennemsnittet ligger dog omkring de 3 måneder. Målet er, at max 10 % af brugeren er indskrevet i mere end 6 måneder.

Sammenfattende kan man sige, at der er en relativ positiv holdning til tidsbegrænsningen, selvom den af og til skaber frustration. At den positive holdning både dækker over faglige vurderinger og realistiske vurderinger af tilsandingsproblematikken.

Data afslører dog, at der er et stykke vej fra at nå målet på max 10 % indskrevne i over 6 måneder.

Sundhedspersonale

Medarbejderne vurderer, at der er for få sundhedsfaglige ressourcer i modtageenhederne til, at man kan yde en ordentlig medicinudlevering og sundhedsfaglig udredning.

En del af forklaringen kan findes i den relativt store andel af substitutionsunderstøttede brugere i modtageenhederne (mellem 33 % og 54 %). Tildelingen af sundhedsfaglige ressourcer i den nye struktur

skete ud fra forestillingen om langt færre i substitutionsbehandling i modtageenhederne.

Konklusion og anbefalinger

Modtageenhederne er på kort tid nået langt i forhold til målsætningerne, men der er en række forhold, der skal på plads.

Først og fremmest fremstår modtageenhederne ressourcemæssigt sårbare. Det er svært at holde længe åbent to dage om ugen, det er svært at få personalet til at strække i ferierne. De få læge- og sygeplejersketimer, som er på de enkelte enheder, er ikke tilstrækkeligt. Endelig er de små enheder problematiske i forhold til udvikling af gruppebehandling.

Det bør overvejes, hvordan man kan mindske denne sårbarhed og samtidig fastholde et højt serviceniveau. Alternativt må man sænke service- og ambitionsniveauet.

En mulighed for at undgå et sænket ambitionsniveau kunne være at tænke på tværs af modtageenhederne, så man havde længe åbent på skift og måske specialiserede sig yderligere. En tredje mulighed er at lægge de fire enheder sammen til en stor enhed. Flere medarbejdere har gjort sig tanker om fordelene ved denne løsning, men det vil være yderst problematisk at nedlægge enheder, som netop er ved at begynde at fungere.

Derudover er der brug for at sænke tærsklen til behandling yderligere, og for at kvalificere den ambulante behandling i modtageenhederne. Dette arbejde er allerede i høj grad påbegyndt. Direktionen har således efterlyst en opsporingsplan, der sigter mod at øge tilgangen til behandling, Hash- og kokainprojektet udvikler den ambulante behandling og der er indkaldt til møde med henblik på at definere og præcisere trinbehandling.

Evalueringen understreger vigtigheden af disse initiativer og peger på yderligere et forhold, som bør overvejes: ASI-registreringen som er under skarp kritik for at tage for meget tid i modtageenhederne. Direktion, centralforvaltning og cheferne bør overveje for og imod at nøjes med at bruge opfølgningsskemaerne i modtageenhederne. Det vil imødekomme mange medarbejders kritik af tidsprioritering og være med til at sænke tærsklen til behandling.

Endelig bør center- og modtageteamchefer sikre flow i modtageenhedernes ambulante behandling jævnfør 6- måneders grænsen for indskrivning.

Behandlingsenhederne

Baggrund

Det overordnede mål for behandlingsenhederne er at yde en professionel, serviceminded, skadesreducerende indsats i forhold til gruppen af

brugere på substitutionsmedicin, hvor målet ikke umiddelbart er stoffrihed.

Indgangen til enhederne skal være åbne og attraktive.

Modtagelse og venterum

Følgende vurderinger skal tages med det forbehold, at observationer og brugerinterview kun er foretaget i to behandlingsenheder. Ikke desto mindre er det interessant, at der fremstår to tilgange til modtagelsen.

Fælles for enhederne er, at modtagelse, venterum og medicinudlevering fremstår pæne og indbydende.

I den ene behandlingsenhed (Nord) vægtes en personlig modtagelse af alle brugere. Der er morgenmad, personlig henvendelse til alle brugere og der bliver lagt op til, at brugerne kan blive og tale med hinanden og medarbejdere, som er til stede. Tilgangen giver mulighed for uformelle samtaler og opbygning af relationer. Brugere oplever, at de får en god service og er meget positive i deres vurdering af modtagelsen. Denne prioritering af imødekomende service er ressourcekrævende for de pædagogiske kræfter i enheden.

I den anden behandlingsenhed (Indre) er venterummet mere at sammenligne med et venteværelse i en lægekonsultation. Det er pænt, ordentligt og man kan tage sig en kop kaffe. Der er ikke medarbejdere alene med opgaven at servicere og modtage brugerne. Brugere der kommer fra ambulatorierne synes, at der mangler nærvær fra medarbejderne og muligheden for en uformel snak.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer medarbejderne, at brugerne oplever at være velkomne i behandlingsenheden (65 % meget enig og enig mod 8 % meget uenig og uenig). Medarbejderne på de to enheder har her en samstemmende vurdering. Medarbejderne er selvfølgelig ikke uhildede i denne vurdering.

Medicinudlevering

Med den nye struktur blev medicinudleveringen udvidet, så brugerne kunne hente medicin i hele åbningstiden. Det er en udvidet service for brugerne, som de påskønner i interviewene. Ifølge medarbejderne ligger langt den største afhentning dog stadig tidligt på dagen.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer medarbejderne, at brugerne får en ordentlig service, hvad angår medicinudlevering. 77 % er meget enig eller enig deri, mens 11 % er uenige og ingen er meget uenige.

Der er dog skepsis i forhold til lange åbningstider. Medarbejderne deler sig i to næsten lige store grupper, hvor halvdelen synes åbningstiden er for omfattende, mens den anden halvdel er uenig. I interviewene forklares denne skepsis ikke med uvillighed til at være serviceminded, men i prioriteringen af ressourcer til modtagelse frem for andre opgaver.

Der er dog stor variation i vurderingerne, behandlingsenhederne imellem. Behandlingsenheden der vægter – og dermed ressourcemæssigt prioriterer – den personlige kontakt i modtagelsen, er langt den mest

kritiske overfor de lange åbningstider (71 % skeptiske hvor de øvrige tre behandlingsenheder ligger på 22, 22 og 37 %).

I interviewene fremkom et konkret problem i forbindelse med medicinudleveringen. Det er i tre af enhederne ikke en automatisk optælling af brugere, som ikke har afhentet medicin. Det er en vigtig information fordi det indikerer alvorlige problemer, som der skal handles på.

Sociale ydelser

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer medarbejderne – langt overvejende – at der bliver leveret en ordentlig service, hvad angår de sociale ydelser.

Brugerne giver på den ene behandlingsenhed udtryk for meget stor tilfredshed med en hurtig, fleksibel service fra socialrådgiverne, mens det på den anden behandlingsenhed er ok, men kræver bestilling af tid.

I interviewet fremgår det, at nogle brugere har fået en bedre service end, de fik før den nye struktur, særligt ambulatoriebrugerne er kommet tættere på socialrådgivere med beslutningskompetence.

Der er også adskillige mangler: De sociale handleplaner, ASI registrering, samarbejdet med BIFs ydelsesservice. Sidstnævnte forhold kan forårsage udsmidning af bolig, hvis det glipper med at trække huslejebetalingen fra kontanthjælpen.

Der er forskelle på, hvor serviceorienterede man er på enhederne. Igen er det den serviceorienterede enhed, hvor medarbejderne går ind og er formidler i kontakten til BIF m.fl. og der er andre enheder, hvor man i højere grad fremskaffer kontaktoplysninger og lader brugeren om selv at tage kontakten.

Sundhedsydelser

Der er skarpe tilbagemeldinger fra de sundhedsfaglige medarbejdere til prioriteringen af de sundhedsydelser, der ligger udover medicinudleveringen. Det gælder screeninger, vaccinationer, prævention og komplikationer i form af alkoholmisbrug og psykisk sygdom. Disse opgaver lader der ikke til at være tid til.

Der er – ifølge tilbagemeldingerne – en stærk uoverensstemmelse mellem de mange mål for skadesreduktionen og de afsatte ressourcer. Medicinudleveringen fungerer, fordi den er prioriteret, men der mangler ressourcer til de øvrige sundhedsfaglige indsatser.

Psykosocial behandling

Der lader ikke til at være en fælles forståelse af begrebet psykosocial behandling blandt personalet. I evalueringen er psykosocial behandling forstået som: kontaktpersonordning, rådgivning, terapeutiske samtaler, skriftlige mål for behandlingen, opfølgning på behandlingsplaner og aktiviteter i og ud af huset³.

³ Definitionen er inspireret af Center for Rusmiddelforskning's bog: "Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandlingen", Asmussen og Kolind, 2005.

Der er kontaktpersoner til brugerne; i hvert fald i nogle af centrene. Kontaktfunktionen fungerer ikke optimalt, fordi der er for mange brugere pr. kontaktperson, man kan have 45 brugere.

Ud fra det eksisterende datamateriale er det svært at få systematisk overblik over niveauet for rådgivning, terapeutiske samtaler, skriftlige mål for behandlingen og aktiviteter. De brudstykker, der er, giver indtryk af en sporadisk indsats; typisk i form af rådgivning. Ud fra interview tegner sig en diskrepans mellem ønsker (fx om gruppeforløb, opfølgning på behandlingsplaner og aktiviteter ud af huset) og ressourcer.

Der er ganske givet også skriftlighed og målrettet rådgivning i forskelligt omfang på behandlingsenhederne. Forhold som blot ikke er belyst med data.

Samarbejdet med eksterne parter

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen arbejder man mest sammen med BIF, voksenteam og hospitalerne og mindre med psykiatrien og kriminalforsorgen.

Omkring 70 % af medarbejderne mener, at det er vigtigt eller yderst vigtigt at få et forbedret samarbejde med både kriminalforsorgen, psykiatrien, hospitalerne og voksenteam. Derudover nævnes også politi og boligforeninger.

I interviewet giver medarbejderne udtryk for, at samarbejdet med kriminalforsorgen er blevet væsentligt forringet på det seneste. Det fremgår ikke hvorfor, men det lader til at være en tendens på tværs af enhederne.

Der hvor samarbejdet fungerer godt er blandt andet, hvor man har gode personlige kontakter til andre sektorer.

Desuden er der forskelle på behandlingsenhederne imellem, hvor nogle oplever, at det er et faldende problem med psykotiske brugere, mens en anden enhed oplever problemet som voksende.

Kørselsordning

De sporadiske data, der er til belysning af kørselsordningen, indikerer, at det går udmærket. At det er en ordning brugerne er glade for, og medarbejderne finder fagligt meningsfuld.

ASI

Da interview og spørgeskemaundersøgelsen blev foretaget, var kravene til behandlingsenhedernes brug af ASI endnu ikke konkretiseret for medarbejderne. Det afspejler sig i en stor andel (83 %) som ikke har erfaring med ASI. I forhold til spørgsmålet om uddannelse / oplæring deler medarbejdergruppen sig i to, hvor halvdelen efterlyser yderligere uddannelse.

Til flere af spørgsmålene er der en del "ved ikke" svar, men af de øvrige svar fremgår det, at der er en relativ positiv modtagelse af ASI-registreringen på behandlingsenhederne. Til udsagnet "jeg er alt i alt positiv i forhold til implementeringen af ASI" svarer 41 % således meget enig eller enig, mens kun 11 % er uenig eller meget uenig.

Konklusion og anbefalinger

Behandlingsenhederne er blevet åbne og attraktive og yder en god basal service, hvad angår medicin og socialfaglige grundydelse.

Til gengæld kræver det en omprioritering, hvis kvaliteten af de langsigtede behandlingstiltag skal højnes. Det gælder særligt sundhedsfaglige, skadesreducerende indsats, men også den socialfaglige opfølgning - herunder samarbejdet med eksterne parter - og pædagogiske tiltag.

Det er ikke realistisk at opnå forbedring alene ved at påpege manglerne, der skal også peges på, hvor ressourcerne skal komme fra. Ud fra evalueringen er der ikke entydige svar, men dog følgende forslag:

- I Behandlingsenhed Nord bør man overveje at omdirigere den pædagogiske indsats fra "gulvet" i udleveringstiden til proaktivt pædagogisk arbejde og opfølgning på behandlingsplaner. Vel giver den pædagogiske modtagelse brugertilfredshed og vigtige uformelle informationer, men spørgsmålet er, om denne arbejdsform overhovedet er hensigtsmæssig i behandlingsenhederne. Medarbejderne i medicinudleveringen kan i stedet tage den uformelle samtale, opfange de akutte behov og fungere som formidler mellem bruger og det øvrige personale.
- Brugere med stort behov for omsorg, netværk og opbygning af sociale kompetencer bør mere konsekvent visiteres til dagcentrene.
- En nærmere undersøgelse - evt. en lean-proces - af arbejdsgangene i behandlingsenhederne kunne være interessant, fordi den måske kunne pege på rationaliseringsgevinster, der kunne omlægges til det langsigtede skadesreducerende arbejde.
- Centralforvaltningen skal sikre overensstemmelse mellem ressourcer og målsætninger for det sundhedsfaglige arbejde.

Mere entydigt er det, at cheferne bør sikre, at behandlingsenheden hver dag genererer overblik over de brugere, som ikke har hentet medicin. Hertil procedurer for opfølgning. Inspiration kan evt. hentes hos Amager, som, ifølge medarbejderne, har praksis og procedurer.

Dagcentrene

Baggrund

Dagcentrene er et tilbud rettet mod brugerne med de færreste ressourcer. Det er brugere, som har svært ved at integrere sig i det omgivende samfund, og som skal have omsorg, støtte, netværk i dagcentre (væresteder). Dagcentrene er således et supplerende tilbud til de øvrige behandlingstilbud, som har mål om social integration.

Dagcenter Stæren fik særlige forhold i omstruktureringen, grundet pres fra ikke mindst brugerne. De særlige forhold var en række ydelser, som egentlig ikke var tiltænkt dagcentret, og som Dagcenter Enghaven heller

ikke fik: Udlevering af medicin, sygeplejefaglige ydelser, socialrådgivning og fixe projekt.

Fordelen ved at have organiseret dagcentrene forskelligt er, at det er muligt at holde formerne op mod hinanden og se fordele og ulemper.

Udnyttelse af kapacitet

Der er store forskelle mellem de to dagcentre. Dagcenter Stæren er lykkedes med at omstille sig fra ambulatorium til dagcenter. Der kommer mange brugere, der er styr på medicinen, og der er et velfungerende kostprojekt. Dagcenter Enghaven er derimod ikke lykkedes med at udnytte sin kapacitet. Leder og medarbejdere har gjort sig store anstrengelser for at tiltrække brugere, men uden det store held.

Ifølge dagcentret var der på interviewtidspunktet ca. 25 indskrevne brugere, og de frekventerede ikke centret i længere tid. I modsætning hertil havde Dagcenter Stæren 66 indskrevne og ca. 25 besøgende dagligt; vel at mærke besøgende, som ofte blev i centret hele dagen.

Ud fra materialet er det muligt at komme med begrundede hypoteser til forklaring af de manglende brugere på Enghaven:

- at man får flere ydelser – særligt medicin - på Dagcenter Stæren, hvilket gør det mere attraktivt at komme der
- at der er en fast kerne af brugere på Dagcenter Stæren fra "gamle dage", og Dagcenter Enghaven først skal skabe denne kerne og kultur
- at behandlingsenhederne er for tilbageholdende med at visitere brugere til dagcentrene
- at der er for mange konkurrerende værestedstilbud på Vesterbro
- at Dagcenter Stæren har et attraktivt kost-projekt.

Med det eksisterende materiale er det ikke muligt at afveje hvilken eller hvilke af hypoteserne, der har mest forklaringsværdi.

Omsorg eller behandling

Flere medarbejdere – på tværs af de to dagcentre - peger på, at det ikke er hensigtsmæssigt med "behandlingsfrie zoner", fordi det sætter ambitionsniveauet for lavt og minimerer den pædagogiske udfordring i dagcentrene.

En del af problemet lader til at være, at behandlingsbegrebet ikke er defineret og afgrænset. Dagcentrene giver ydelser, som er med til at reducere skader, øge livskvalitet og give mod og vilje til at kontrollere brugen af rusmidler? Dagcentrene yder ikke rådgivning, terapi eller sundhedsfaglige ydelser specifikt rettet mod misbruget?

Dagcentrene yder ikke misbrugsspecifik behandling, men aktiviteterne har stor betydning for brugernes behandling og stor betydning for opnåelsen af de brede mål med stofmisbrugsbehandlingen i form af livskvalitet og reduktion af skader.

Konklusioner og anbefalinger

Den manglende søgning til Dagcentret Enghavens tilbud er et problem. Der er umiddelbart tre muligheder:

- Mere tid til at motivere brugere og opdrage behandlingsenhederne til at visitere flere brugere til Enghaven
- Enghaven får de samme muligheder som Stæren, særligt hvad angår medicinudlevering
- Ressourcerne til Enghaven bliver brugt på andre måder til gavn for målgruppen (et dagcenter et andet sted i byen, på behandlingsenhederne eller på Dagcenter Stæren).

Det er evaluators opfattelse, at det er risikabelt at smide god tid efter dårlig tid. Det skal forstås sådan, at det sandsynligvis er strukturelle forhold, der gør, at Dagcenter Enghaven ikke fungerer. Den manglende medicin og den omfattende konkurrence på Vesterbro, gør det mere oplagt at tænke i alternative baner til dagcentret.

Med hensyn til medarbejdernes pædagogiske ambitioner, skal man være opmærksom på, at for høje ambitioner på dagcentrets brugeres vegne kan føre til udstødning af de allersvageste, som pludselig ikke er "interessante" i en udviklingspædagogisk sammenhæng.

De pædagogiske udfordringer skal findes indenfor dagcentrenes hverdag og ydelser. Omsorgsarbejdet med denne målgruppe er ikke spor ligetil. Det kræver den allerhøjeste grad af pædagogisk tæft at få fx kostprojekter til at fungere, at få samvær til at fungere, at få det mest lavpraktiske til at fungere. Dette pædagogiske arbejde bør synliggøres og anerkendes. Det kan ske ved, at den daglige leder igangsætter refleksioner i medarbejdergruppen og ved at centerchefen afkræver dagcentret pædagogiske evalueringer og planer.

Medicinudleveringen på Stæren bør fortsætte. Det vil være et vovestykke at ændre på organiseringen, så fx medicinen blev udleveret på behandlingsenhederne. Det er ikke sikkert, dagcentret kunne fungere uden denne ydelse.⁴

Øvrige temaer

Dødsfald

Medarbejdere fra behandlingsenhederne har i interview og andre steder fortalt, at de har oplevet mange dødsfald blandt brugerne. Dødsfald er derfor blevet et opmærksomhedspunkt i evalueringen.

En hypotese er, at en evt. forøget dødelighed kan sættes i umiddelbar sammenhæng med omstruktureringen og / eller med den nye struktur.

⁴ Det skal her indføres, at styringen af medicinen bliver foretaget fra behandlingsenhed Nord, og denne styring har – på positiv vis – givet et mindre fokus på medicindosis i dagligdagen.

Hypotesen er belyst med data. Det er således muligt at sammenligne dødeligheden i den gamle og nye struktur med brug af ledelsesinformationen i SOFdw's link "dødelighed". Det er data over samtlige indskrevne i status-forskningssystemet sammenholdt med data fra folkeregistret.

I ambulatorier og rådgivningscentre døde der i de første 4 måneder af 2006 9 brugere ud af 1165 indskrevne. Det svarer til en årlig dødelighed på 2,3 %. I de sidste 4 måneder af 2006 døde der 9 brugere ud af 1135 indskrevne i behandlings- og modtageenhederne. Det svarer til en årlig dødelighed på 2,4 %.

Månederne op til omstruktureringen kan hypotetisk også have været belastende, så der er også foretaget sammenligning af dødsfald i første halvdel af 2006 med sidste halvdel af 2006. Der er en svag ændring svarende til 2,2 % årlig dødelighed i første halvdel af året og 2,5 % årlig dødelighed i sidste halvdel af året.

I den første halvdel i 2007 er den årlige dødelighed også gjort op til 2,5 % (15 døde brugere af 1186 indskrevne).

Der er procentuelt en svag stigning i dødeligheden i den nye struktur i forhold til den gamle struktur. Tallene er dog så små, at stigningen ikke er signifikant.

Dødsfaldene i sidste halvdel af 2006 er koncentreret i Behandlingsenhed Nord mens dødsfaldene i første halvdel af 2007 er koncentreret i Behandlingsenhed Vest. Koncentrationen af dødsfald kan give en oplevelse af overdødelighed på de pågældende enheder.

Kompetenceudvikling

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det aktuelle billede af medarbejdernes kompetence er, at der er en stor gruppe meget erfarne medarbejdere og en stor gruppe nye medarbejdere. Den mellemliggende gruppe af medarbejdere med mellem 1 og 5 års anciennitet i kommunen er til gengæld relativ lille (29 %).

Der er kun ganske få, som har længerevarende rusmiddelspecifikke og / eller terapeutiske uddannelser. Der er derimod mange, som har kurser indenfor misbrugsbehandling, samtaleteknikker og psykiske lidelser.

Ønskerne til kurser er omfattende og gælder særligt motiverende samtale og stofedukation, men også psykiske lidelser, kognitiv terapi og systemisk teori er der udbredt ønske om at dygtiggøre sig i.

I gruppeinterviewene med medarbejderne var der flere, som ønskede sig klare metodiske anbefalinger fra centralforvaltningen.

Viden fra spørgeskemaundersøgelsen bør indgå i det initiativ centercheferne har taget til samarbejde med MR-kontoret. Tanken er at kompetenceudvikle medarbejderne på hele misbrugsområdet.

Centralforvaltningen bør derudover tage stilling til ønsket om "klare metodiske anbefalinger".

Arbejdstilfredshed

I spørgeskemaet skal medarbejderne vurdere deres tilfredshed med arbejdet på en skala fra 1-4, hvor 1 er mindst tilfreds og 4 er mest tilfreds. De 123 besvarelser fordeler sig således i henholdsvis procent og antal besvarelser:

- 1: 7 % (8)
- 2: 25 % (31)
- 3: 47 % (58)
- 4: 21 % (26)

Tyngden ligger over middel med et gennemsnit på 2,8. For 68 % af medarbejdernes vedkommende er arbejdet tilfredsstillende eller godt, mens en relativ stor gruppe på 32 % ikke er tilfredse eller decideret utilfredse med deres nuværende arbejde.

Der er ikke den store variation mellem de fire rådgivningscentre, som alle har mellem 67 og 71 %, der lægger sig på 3 eller 4.

Der er straks større variation mellem de forskellige enheder. Modtageenhederne lader til at have størst tilfredshed med arbejdet. Hele 88 % scorer 3 eller 4. For behandlingsenhederne er det nede på 60 % og for dagcentre 50 %. Det indikerer, hvor de største udfordringer i forhold til arbejdsmiljøet er.

De kvalitative data fra interview og spørgeskemaet giver fingerpeg, om hvor arbejdsmiljøet er under pres.

Rammerne for fagligheden er under kritik fra adskillige medarbejdere. Ressourcemangel er et generelt problem, men i særdeleshed når kravene til mål er høje. Fx er det frustrerende på sundhedsområdet, når man kan identificere sig med fagligt meningsfulde mål om vaccinationer, psykiatrisk udredning og prævention men ikke har ressourcer til meget andet end at sikre stabil udlevering af medicin.

På det pædagogiske område i behandlingsenhederne er der medarbejdere, som er frustrerede over ikke at lave den grundige opfølgning i forhold til brugerne, fordi arbejdstiden går med at være "på gulvet" i modtagelsen.

For de socialfaglige medarbejdere – og øvrige kontaktpersoner – kan det også være frustrerende ikke at nå i bund med nogle af de mange sager.

Andre peger på administrative opgaver, der fylder uforholdsmæssigt meget. Det er fx registreringsopgaver, der bliver opfattet som kontrol og unødigt brug af arbejdstid. Der bliver også peget på deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper, som en tidsrøver. Særligt hvis resultaterne ikke bliver brugt til noget, kan det være frustrerende.

Hele 47 % af medarbejderne i behandlingsenhederne finder ikke, at de fysiske rammer er gode. Der er her en stor variation mellem behandlingsenhederne, hvor Nord og særligt Amager scorer meget dårligt.

De konkrete problemer, der bliver peget på er: dårlige kontorforhold, langsomt IT og problemer med at udvise diskretion overfor brugerne i modtagelsen.

Fremadrettet bør

- Centralforvaltningen bør afstemme ressourcer og målsætninger.
- Afdelings-samarbejds-udvalgene i behandlingenhederne bør identificere, hvad de fysiske problemer nærmere er og arbejde mod forbedring af de fysiske forhold i særligt behandlingenhederne Amager og Nord, men også modtagelsen på Vest.
- Behandlingenhederne få tid, ro og ressourcer til at udvikle kerneydelserne.

Erfaringer med omstruktureringen

Medarbejderne har forskellige kritikpunkter af selve omstruktureringen. De gengives her med ønsket om at være i hukommelsen, når en ny omstrukturering skubber sig på:

- Inden omstruktureringen begyndte skulle visioner og forventninger til den nye struktur således være beskrevet bedre. Fx skulle centralforvaltningen have meldt ud, hvilke metoder der skulle sættes på.
- Både centralforvaltningen og de lokale ledere skulle have arbejdet mere stringent i implementeringsprocessen.
- De ansvarlige burde have givet bedre rammer for arbejdet med kulturmødet, der opstod ved sammenlægningerne.
- I det hele taget skulle man måske have "rystet posen" meget mere og skabt større ændringer i medarbejdersammensætningen.

Flere medarbejdere peget på, at det har været en opslidende proces at omstrukturere, og man har mistet flere medarbejdere på den konto.

Metode

Datagrundlag

- Spørgeskemaundersøgelse med medarbejderne i rådgivningscentrene. 123 besvarelser og en svarprocent på 78. En del svarer "ved ikke" til flere spørgsmål, hvilket har betydning for de refererede svarprocenter.
- Særligt datatræk fra Status- og forskningssystemet
- SOFdw
- Baselineundersøgelse vedr. modtageenhedernes behandling
- 3 fokusgruppeinterview med medarbejdere fra modtageenheder, dagcentre og behandlingenheder. I alt deltog 19 medarbejdere i interviewene.
- Interview med ca. 12 brugere fra behandlingenhederne Indre og Nord.
- Interview med ca. 5 brugere fra dagcenter Stæren.

Datamangler

Undersøgelsen ville være styrket, hvis der var indsamlet data, der

- Objektivt belyste brugen af åbningstider og tiderne for medicinudlevering
- Inddrog brugere fra flere enheder
- Satte tal på sygefravær og andet fravær
- Belyste hvilke medarbejdere, der er holdt op? Er det fx de tidligere ambulatoriemedarbejdere?

Validitet og repræsentativitet

- Respondenterne til brugerinterviewene er ikke udvalgt efter objektive kriterier men efter tilgængelighed. Det betyder, at der er en vis selektion, for det er brugere, som henter medicin på behandlingsenheden og særligt de brugere, der bliver og "hænger ud".
- Respondenterne til medarbejderinterviewene er blevet valgt på enhederne, så de i høj grad har repræsenteret medarbejderne bredt. Kontakten er sket gennem centercheferne, hvilket også kan have en vis betydning for udvælgelsen.
- Evaluator er forvaltningsansat og har været dybt involveret i omstruktureringen. Evaluator er altså absolut ikke uhildet. Til gengæld har evaluator kendskab til forholdene og anbefalingerne har større muligheder for at blive omsat til resultater. Data er så vidt mulige tilgængelige for chefer og medarbejdere, så produktionen af viden kan kigges i kortene.
- Spørgeskemaundersøgelsen forsøger at validere svarene ved at stille supplerende og konfliktende spørgsmål til centrale temaer. Er du enig i: "tidsbegrænsningen er for kort..."? / "Tidsbegrænsningen er nødvendig"?
- Nogle respondenter stiller relevante spørgsmålstegn ved anonymiteten i spørgeskemaundersøgelsen. Der er godt nok fuld anonymitet, men man ville måske nok kunne identificere nogle medarbejdere ved at krydse svarene.
- Evalueringen henvender sig hovedsageligt til medarbejdere med klientkontakt, så det er mangler i forhold til de administrative medarbejdere!