



14-04-2015

Til høringsparter

Sagsnr.

2015-0078304

Bilag 1. Høringsudkast: Samlet løsning for udvikling af misbrugsområdet

Dokumentnr.

2015-0078304-2

1. Baggrund

D. 26. marts 2014 besluttede Socialudvalget at igangsætte en udvikling af misbrugsområdet i Socialforvaltningen. Baggrunden var, at mange københavnske borgere med et misbrug – ikke mindst alkoholmisbrug – ikke er i behandling. Samtidig er der ændringer i hvilke stoffer borgerne misbruger. En udvikling af misbrugsområdet skulle derfor hjælpe flere i behandling og tilpasse ydelserne til de ændrede behov.

Udviklingsprocessen har været båret af principperne om samskabelse og dialog. Den nedenfor beskrevne løsning er udviklet under inddragelse af perspektiver fra borgere i misbrugsbehandling, deres pårørende, medarbejdere, ledere, faglige organisationer og eksterne interessenter.

Det har også været et ønske, at behandlingssystemet skulle understøtte de såkaldte ”Københavnsmål”. Når vi styrker indsatsene i forhold til stof- og ikke mindst alkoholmisbrug, understøtter vi indirekte målene om social mobilitet, sundhed og beskæftigelse.

Endelig skal udviklingen tage højde for de årlige krav om tilpasning af budgettet.

2. Samskabelse og dialog

Socialudvalget besluttede, at udviklingen skulle ske i en åben og inddragende proces. Socialforvaltningen har inddraget brugere, interesseorganisationer, samarbejdspartner, ansatte og Medudvalg, og konsulteret litteratur og forskere.

Cirka 70 brugere har deltaget i individuelle interview, der har været afholdt 4 workshops, og forvaltningen har talt med repræsentanter for landets 6 største byer og med forskere.

3. Udfordringer identificeret i processen

Den første inddragelsesfase handlede om at indkredse de udfordringer, man oplevede på området og som nødvendigvis skal afspejle sig i den endelige løsning. I alt blev tretten udfordringer identificeret. Socialudvalget godkendte d. 13. august 2014 de 13 udfordringer som udgangspunkt for det videre arbejde:

1. De ydelser Socialforvaltningen tilbyder matcher ikke altid de behov brugerne giver udtryk for (*identificeret af brugere*)
2. Der mangler sammenhæng og helhedsorienteret indsats i behandlingen og i forebyggelsen (*identificeret af brugere*)
3. Der mangler mening og gennemskuelighed i behandling (*identificeret af brugere*)
4. Der er begrænset tilgængelighed til behandling når behovet er der (*identificeret af brugere*)
5. Brugere har behov for hjælp til at erstatte gamle destruktive netværk og aktiviteter med nye konstruktive netværk og aktiviteter (*identificeret af brugere*)
6. Attituden man mødes med er vigtig – og den er ikke altid god (*identificeret af brugere*)
7. Der er for lidt inddragelse af frivillige (*identificeret på workshop for eksterne interessenter*)
8. Vi er ikke gode nok til at hjælpe borgere som har en 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 alkoholmisbrugsbehandling (*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*)

De 13 udfordringer blev opsummeret i 3 hovedudfordringer:

1. Der mangler overblik og gennemskuelighed
2. Vores ydelser matcher ikke altid brugernes behov
3. Der mangler samarbejde generelt og der mangler sammenhæng og mening for brugerne

4. Grundprincipper for løsningen

Gennem inddragelse af brugere, medarbejdere, samarbejdspartnere med flere, blev nedenstående principper udviklet, som grundlaget for den nye organisering og de nye løsninger på området. Principperne modsvarer de 13 identificerede udfordringer oplistet ovenfor. Socialudvalget godkendte principperne d. 3. december 2014.

Behandling på brugernes præmisser

Med afsæt i de udfordringer og løsningsforslag, brugerne har peget på, har man i processen indkredset et centralt grundprincip for det fremtidige misbrugsområde: ”behandling på brugernes præmisser”.

”Behandling på brugernes præmisser” betyder, at brugernes perspektiv skal stå helt centralt i behandlingen fra start til slut, så man som bruger oplever sammenhæng og mening i behandlingen. Brugere ønsker umiddelbar, fleksibel og individuelt tilpasset behandling.

Brugere skal inddrages mere i fastlæggelsen af sin behandling, og brugeren skal have øget valgfrihed. Borgeren skal i højere grad kunne vælge, hvor han/hun skal behandles, hvad behandlingen skal indeholde og fravælge kontaktpersoner, som de ikke fungerer med. Valgfrihed handler om at give en god service til københavnere, men det handler også om at inddrage brugere i højere grad i egen behandling. Som svar på hovedudfordringerne er vi overbeviste om, at øget inddragelse giver øget motivation, ejerskab og sammenhæng, når brugeren i højere grad selv sammensætter og tager ansvar for egen behandling.

Behandling på brugernes præmisser betyder også, at det skal være let at gå ind ad døren og få umiddelbar, konkret hjælp for sit misbrugsproblem. Man kan både søge om egentlig behandling for et erkendt og behandlingskrævende misbrugsproblem, men det skal være lige så let at bede om anonym rådgivning. Det vil gøre det lettere at henvende sig og samtidig se behandlingen an, og for nogle vil få anonyme samtaler være tilstrækkelig hjælp, og dermed virke forebyggende. Det betyder, at ikke alle skal indskrives, hvilket bidrager til princippet om mindre dokumentation og mindre visitationsarbejde.

Behandling på brugernes præmisser adresserer næsten alle udfordringerne, som er udpeget af brugerne (jævnfør de 13 udfordringer ovenfor). Det gælder udfordringerne 1, 2, 3, 4 og delvis 6, for når brugere selv vælger aktiviteter, vil det sikre, at behandlingen matcher deres behov, det vil også sikre mening, overskuelighed og sammenhæng (1,2,3). At have umiddelbar adgang til behandlingen er lig øget tilgængelighed (4), ligesom det er sandsynligt, at behandlingssystemet vil opleves mere imødekommende (6).

For brugeren vil en individuel tilpasset behandling skabe mere mening og tillid til behandlingen. Oplevelsen af mening og tillid vil bidrage til brugerens motivation, fremmøde og til fastholdelse i behandlingen. Netop fastholdelse i behandlingen er en udbredt udfordring i al misbrugsbehandling, fordi brugerens motivation er skrøbelig, hvilket betyder, at mange brugere bliver "svingdørsklienter". En bruger, der ofte falder ud af sin behandling får demotiverende nederlag. De mange frafald er også omkostningsfulde for behandlingssystemet, som alt for ofte skal bruge ressourcer på at indskrive og udskrive. Med behandling på brugernes præmisser er det rimeligt at forvente en øget effekt på netop fastholdelsen. Med øget mening i - og tillid til - behandlingen vil flere brugere blive i behandlingen.

Udover dette centrale brugerrettede princip, er der en række yderligere principper:

Integration af alkohol- og stofbehandling

Integrationen af alkohol- og stofbehandling giver sammenhæng for brugere med blandingsmisbrug. Integrationen vil også skabe et ensartet serviceniveau for de to områder. I dag er enhedsprisen i alkoholbehandlingen betydelig lavere end i stofbehandlingen – dvs. at der er færre ressourcer til det enkelte behandlingsforløb på alkoholområdet end der er på stofområdet. Integrationen af alkohol- og stofmisbrugere skal ske i rehabiliteringsenhederne, som vil have behandlingstilbud målrettet borgere med alkohol, hash og kokainmisbrug (svar på udfordring nr. 11).

Øget samspil mellem socialpsykiatri, misbrug og hjemløse

Der skal være mere fremskudt indsats, hvor vi mere aktivt opsøger målgrupper med misbrugsproblemer. Det gælder ikke mindst beboere på de psykiatriske botilbud og på herbergerne. (Svar på udfordring nr. 8).

Kvalitetsforbedring af substitutionsbehandlingen

Der er en række mangler ved den nuværende substitutionsbehandling, som forvaltningen skal reagere på. Det handler grundlæggende om en sikker substitutionsbehandling herunder at implementere Sundhedsstyrelsens vejledning på området og have løbende opmærksomhed omkring metadondoser og administration af medicin. (svar på udfordring nr. 9).

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi har brug for større og mere robuste behandlingssenheder, som er bæredygtige arbejdspladser og som hver især kan tilbyde en bred vifte af behandlingstilbud.

De færre enheder og sammenlægning af administrationer giver endvidere et økonomisk råderum. Råderummet kommer af behovet for

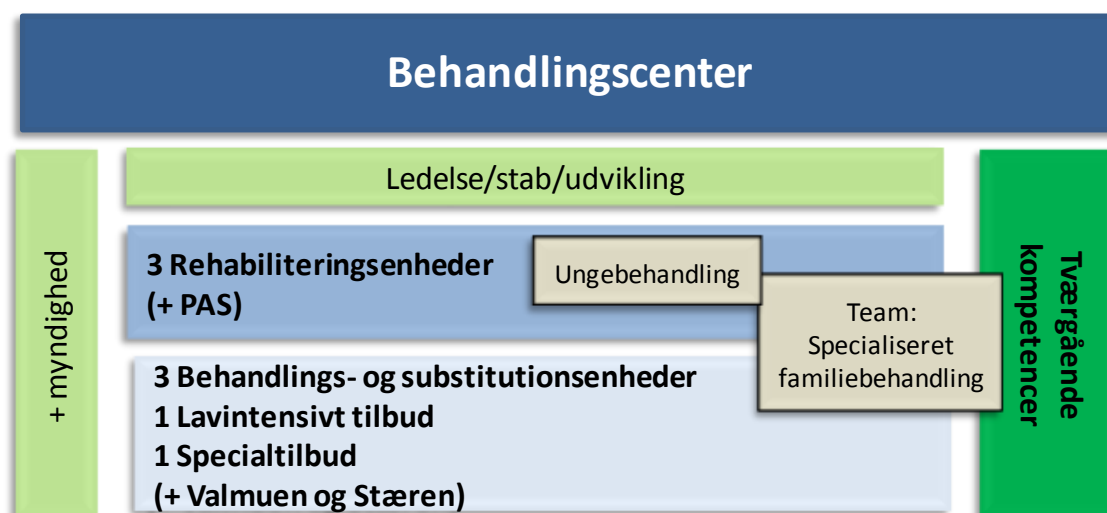
færre ledere til de færre enheder og sammenlægning af administrative funktioner. Råderummet bidrager til at indfri besparelsen til budgettet, men råderummet skal også bruges til at finansiere den fremskudte indsats.

Effektiv ressourceudnyttelse handler også om at udnytte de eksisterende specialkompetencer bedre og på tværs af tilbuddene. (Svar på udfordringerne nr. 11 og 12).

Herudover vil det nye Behandlingscenter skulle arbejde videre med de 13 udfordringer (herunder ex. øget brug af frivillige (udfordring nr. 7)

5. Det nye Behandlingscenter

Ovenstående principper har dannet grundlag for et udkast til en løsning, som er blevet til på baggrund af den fortsatte inddragelsesproces af brugere, medarbejdere med flere. Udkastet til løsning har været drøftet i Socialudvalg over fire møder afholdt d. 25. februar, d. 11. marts og d. 25. marts 2015. På baggrund af drøftelserne er et endeligt forslag til samlet løsning blevet forelagt Socialudvalget d. 22. april 2015. Det er på baggrund af denne proces, at nedenstående beskrivelse af et nyt behandlingscenter sendes i høring. Figuren bliver foldet ud i afsnittene nedenfor.



5.1 Rehabiliteringssøjlen

Der skal være tre rehabiliteringsenheder, der bistår borgerne til at reducere eller stoppe deres misbrug af både alkohol og stoffer. De 3 rehabiliteringsenheder vil i gennemsnit have indskrevet små 500 brugere og - over et år - behandle over 1.000 brugere hver. Enhederne vil være fordelt geografisk rundt i byen, så borgerne – fortsat - har let adgang til at søge behandling. Enhederne vil med deres størrelse og

samarbejde på tværs have mulighed for – og vil have ambitioner om – at være landets førende behandlingssted for behandling af alkohol- og stofmisbrug. Udgangspunktet er at samtænke den indsats der i dag sker i de 4 modtageenheder, de 4 alkoholenheder og Ambulanten. Det skal endvidere ske ved at realisere principperne om straksbehandling og øget valgfrihed for borgeren. Enhederne skal udvikle og styrke behandlingstilbuddene med afsæt i – og på tværs af – de mange erfaringer, rutiner og tilbud, som socialforvaltningen har. I samarbejde med Behandlingscentrets udviklingsenhed skal rehabiliteringsenhederne løbende integrere evidens, retningslinjer og anbefalinger fra forskning og de statslige styrelser, så behandlingen mest effektivt understøtter den enkelte borgers mål med behandlingen og de overordnede pejlemærker vedtaget af Socialudvalget.

Der har været diskussioner om, hvad der skal til for at sikre en hensigtsmæssig integration af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen herunder, at alle borgere med et misbrugsproblem finder Behandlingscentrets tilbud relevante og attraktive. Konklusionen er, at integrationen af alkohol- og stofmisbrugsbehandling giver større og mere robuste enheder, som igen giver mulighed for faglig sparring og flere behandlingstilbud og dermed en mere differentieret behandling inden for enhederne. En del af denne differentiering kan fx være at oprette gruppebehandling, der er målrettet kokain eller alkohol, hvis borgernes præferencer tilsiger det. Netop at oprette differentierede tilbud kan være med til at imødekomme den bekymring medarbejdere og brugere kan have for integrationen. En integration som skal ske kulturfølsomt og fleksibelt for at opnå fordelene uden at skubbe nogle væk.

Projekt Anonym Stofmisbrugsbehandling (PAS) vil i øvrigt fortsætte som selvstændigt tilbud men formentlig samlokaliseret med andet tilbud. Det er en kommunal pligt at tilbyde anonym stofmisbrugsbehandling.

5.2 Substitutionssøjlen

Substitutionssøjlen foreslås at bestå af 3 behandlings- og substitutionsenheder, et lavintensivt tilbud, et specialtilbud til svage borgere, Stæren og Valmuen.

Substitutionssøjlen skal samtænke den indsats der i dag sker i de 4 behandlingsenheder, Forchhammersvej, Thuresensgade (lægeklinik), Valmuen (heroinbehandling), Stæren (visiteret værested) og ambulatoriet i Classensgade. I substitutionssøjlen skal man arbejde for reduktion af skaderne ved et misbrug, det være sig ved at reducere, ophøre eller kontrollere misbruget.

De tre behandlings- og substitutionsenheder

Der skal være tre behandlings- og substitutionsenheder, der arbejder for at bistå borgere i forhold til deres misbrug, og hvor der er behov

for substitutionsmedicin. Enhederne vil i gennemsnit have små 500 brugere indskrevet. I behandlings- og substitutionsenhederne har man dem i behandling, der får substitutionsmedicin som en af indsatserne til at nå behandlingsmålene. For at nå målene tilbydes borgerne psykosocial behandling i form af terapeutiske tilbud, familiebehandling, kontaktsamtaler m.m.. Erfaringsmæssigt har en større del af borgerne i substitutionsbehandling problemer med helbredet, så supplerende sundhedsydelse og brobygning til sundhedsvæsenet er også en vigtig opgave i substitutionssøjlen. Erfaringsmæssigt er det for nogle brugere også vigtigt at behandlingen kan ydes fremskudt i eget hjem.

De faglige kompetencer i behandlings- og substitutionsenhederne vil hovedsageligt bestå af læger, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer og pædagogisk personale.

De relativt store enheder gør det muligt at give differentierede tilbud internt i enhederne og et nært samarbejde internt i søjlen vil kunne løfte Københavns substitutionsunderstøttede behandling til at være den mest kvalificerede i landet.

Et lavintensivt tilbud

Udover tre centrale enheder, skal der i substitutionssøjlen være et lavintensivt tilbud til at varetage afpasset behandling til de mest velfungerende brugere. Det lavintensive tilbud skal yde behandling til de brugere, som før var indskrevet i lægeklinikkerne og dele af de bedre fungerende brugere der er i de nuværende behandlingsenheder i RCK, og som blandt andet er kommet fra den udfasede lægeklinik Broen. Det vil sige de brugere, som er mere selvhjulpne og har mindre brug for lægefaglig, sygeplejefaglig og social opfølgning. Det er brugere som nu typisk går i lægeklinikken Turesensgade men også i de nuværende behandlingsenheder i RCK. I Turesensgade er tilknyttet cirka 230 brugere, som – ifølge en tidligere undersøgelse af lægeklinikkerne – er kendetegnet ved at være relativt gamle (96 % er over 40 år), have været lang tid i behandling (67 % har været i behandling over 10 år) og være uden for arbejdsmarkedet (83 % er enten på kontanthjælp, førtidspension, dagpenge eller sygedagpenge).

Socialforvaltningen og lægerne i Thuresensgade er enige om, at lægeklinikken ikke er gearret til at løfte de opgaver, som fagligt forventes af en nutidig og fremtidige substitutionsbehandling. Der er derfor enighed mellem Socialforvaltningen og lægerne i Thuresensgade om, at klinikken skal udfases, og at det lavintensive tilbud skal overtage behandlingsopgaven. Der er imidlertid ikke opnået enighed om, hvor lang tid udfasningen skal vare. Opsigelsesfristen af samarbejdsaftalen med Thuresensgade er 1 år, som derfor er det umiddelbare minimum for udfasningen. Det er Socialforvaltningens overbevisning, at det fagligt er påtrængende at give brugerne et andet tilbud end det, som lægeklinikkerne tilbyder

idag. Med henblik på at sikre de nuværende brugere i lægeklinikken en tryk overgang foreslås afviklingen af lægeklinikken dog at ske over 2 år.

Et specialtilbud til de svage brugere

Der er mange ældre og syge stofmisbrugere i alle de nuværende brugere i substitutionsbehandlingstilbud. En del af brugerne er visiteret til tilbuddet Forchhammersvej, som har særlige resurser til sundhedsfaglige ydelser, kontaktpersonfunktionen og aktiviteter. Der er 80 pladser på Forchhammersvej. Andre er visiteret til Classensgade, som har en værestedsfunktion. Der er 60 pladser i Classensgade. På de nuværende fire behandlingsenheder er der indskrevet cirka 1000 brugere, og forvaltningen vurderer, at 300 af dem har samme behov som brugere indskrevet på Forchhammersvej og Classensgade.

Det har været et stående spørgsmål i processen, hvordan kvalitet og resurser bedst kunne fordeles på tværs af enhederne, så de kunne komme flest mulig af brugerne til gavn. Aktuelt er årspladsprisen på hhv. Forchhammersvejs ambulante tilbud, Classensgades og behandlingsenhederne 150.000 kr., 53.000 kr. og 52.000 kr.

Socialforvaltningen anbefaler på baggrund af inddragelsesprocessen at supplere de tre substitutionsenheder og det lavintensive tilbud med et nyt specialiseret skadesreducerende tilbud til brugere med særlige somatiske og sociale vanskeligheder. Det nye specialiserede tilbud vil være en fusion af de to tilbud Forchhammersvej og Classensgade. Ved en fusion bevares en del af specialkompetencerne ift. omsorg og sundhed, som over tid er blevet oparbejdet i de to ambulatorier. Tilbuddet kan formentlig ligge på Forchhammersvej. Målgruppen for det nye tilbud vil være de somatisk, psykisk og socialt mest udfordrede substitutionsbrugere. Indsatsen i tilbuddet vil omfatte behandling, som skal sikre kontinuitet og stabilitet for brugerne og samtidig i videst mulig omfang få hjulpet brugerne videre, så flest mulige kan få gavn af specialtilbuddet.

5.3 Ungebehandling

Der har været flere scenarier i spil for, hvordan behandlingen af unge bedst skulle tilrettelægges. På baggrund af inddragelsesprocessen er udkastet til løsning blevet at have to tilbud om behandling til unge mellem 18 og 25 år. De to tilbud skal ligge i henholdsvis det nye behandlingscenter og i det eksisterende Center for Unge og Misbrug (CUMI). Løsningen giver de unge mulighed for at vælge mellem de to centres forskellige tilgange til misbrugsbehandling.

Det er i inddragelsesprocessen også blevet klart, at der er potentialer i et tæt samarbejde mellem behandlingen i de to centre. Det betyder, at der i implementeringen af Behandlingscentret skal samarbejdes med

CUMI med henblik på, at de unge får lige præcis den behandling, der er bedst for dem gennem:

- Henvisninger af unge, centrene imellem
- Øget udnyttelse på tværs af kompetencer indenfor metode, psykiatri m.m.
- Samarbejde om myndighedsopgaver

Der vil også være en arbejdsdeling de to centre imellem. CUMI vil således have ansvaret for forvaltningens forebyggende indsatser og for behandling af unge under 18 år. Behandlingscentret vil have ansvaret for myndighedsopgaver for unge fra 18 år og op (undtaget unge på efterværn, som vil være tilknyttet Borgercenter Børn og Unge). De få unge mellem 18 år og 25, som har brug for substitutionsmedicin, bliver også tilknyttet Behandlingscentret.

For at dække målgruppens mange og forskelligartede behov, laves et opgavesnit, der giver begge tilbud mulighed for at specialisere deres indsatser. Specialiseringen skaber en bred palet med indsatser til alle i målgruppen og sikrer, at vi fastholder og styrker fokus på både forebyggelse/tidlig indsats og på indsatserne til unge, der f.eks. har brug for døgn- eller substitutionsbehandling.

Opgavesnittet skal fastlægges i et samarbejde imellem behandlingscentrets ungebehandling og CUMI, når omstillingen er faldet på plads.

Et tæt samarbejde imellem behandlingscentrets ungebehandling og CUMI, på både ledelses- og behandlerniveau, vil også skabe en synergi, som kommer unge, deres pårørende og behandlere til gode, med glidende og sammenhængende overgange imellem systemerne og tæt samarbejde omkring de unges forløb.

5.4 Familiebehandling

Indtil nu har borgere med misbrug med børn (hjemmeboende eller samvær) og gravide borgere med misbrug haft et særligt, specialiseret behandlingstilbud i form af et familieambulatorium. Der er imidlertid mange borgere med børn, som ikke er indskrevet i Familieambulatoriet og dermed ikke får gavn af de kompetencer, man har her. Det har betydet, at der ikke altid har været det nødvendige fokus på børnene af borgere i misbrugsbehandling.

Med det nye Behandlingscenter er det ønsket at kunne hjælpe flere forældre og udnytte resurserne bedre. Fremover vil familiebehandlingen derfor ikke være organiseret som et selvstændigt tilbud men som et team, der er integreret og samlokalisert med en behandlingsenhed. Allerhelst skal teamet være samlokalisert med både en substitutionsenhed og en rehabiliteringsenhed. Dermed kan brugeren være tilknyttet behandlingen som alle andre og – i perioder – blive understøttet af familieteamet. Familieteamet skal have selvstændige lokaler, der er egnede til, at brugerne kan medbringe

deres børn, og at de kan føle sig trygge. Behandlingscentret skal fremadrettet se på mulighederne for, at teamet supplerer den almindelige familiebehandling i de øvrige enheder ved at være udgående.

Teamet skal endvidere i samspil med Borgercenter børn og unge se på hvordan der kan ske en optimering af samspillet mellem misbrugsbehandlingen i Behandlingscentret og børne-familieindsatsen i Borgercenter børn og unge.

5.5 Kontaktperson, myndighed og beskæftigelse

Centralt i inddragelsesprocessen stod brugernes ønske om sammenhæng og helhed i deres relation til behandlingen. Den samme anbefaling af sammenhæng og helhed går i øvrigt igen i vidensbaserede vejledninger. Socialforvaltningen anbefaler i forlængelse heraf en model for myndighedsarbejdet, hvor de fleste myndighedsopgaver er integreret i Behandlingscentret for dermed at skabe sammenhæng for borgeren, der søger behandling.

Omdrejningspunktet i modellen er en kontaktperson, som er den umiddelbare relation til Behandlingscentret for de indskrevne borgere. Behandlings- og kontaktopgaverne består i - sammen med borgeren – at:

- Udforme og tilbagevendende evaluere behandlingsplanen
- Indstille til andre behandlingsformer end ambulante behandling
- Foretage personrettet tilsyn, hvis borgeren er i anden behandling
- Give individuelle, motiverende behandlingssamtaler
- Sikre koordination og sammenhæng på tværs af behandlingen og den sociale sag

Kontaktpersonen er derudover bemyndiget til at foretage:

- Udredning (registrering i databaser)
- Visitation til den ambulante behandling
- Evt. at udarbejde en social handleplan
- Evt. at udarbejde en udredning efter VoksenUdredningsMetoden (VUM)
- At gennemføre kontaktsamtaler ift. beskæftigelse (koncentreret på nogle kontaktpersoner)

Afgørelser og specialiserede myndighedsopgaver varetages af medarbejdere med særlige kompetencer inden for lovgivningen. Det gælder afgørelser i forhold til enkelttydelser, personligt tillæg, helbredstillæg, visitation til dag- og døgnbehandling udenfor behandlingsenheden og pensionsadministration. Det er opgaver som enten kræver specialiseret viden for at foretage korrekte

afgørelser eller det er opgaver, som af effektivitetshensyn kan samles på færre hænder.

Medarbejderne der varetager de specialiserede myndighedsopgaver vil arbejde i den lokale behandlingsenhed, men vil organisatorisk være tilknyttet en myndighedsenhed i Behandlingscentret. Dermed fastholder man både myndighedsekspertisen og nærheden til borgeren. Man sikrer også en adskillelse mellem den medarbejder som indstiller og den medarbejder som afgør, hvilket både giver retssikkerhed og den kvalitet i dokumentationen, som formidling til en anden part er med til at skabe.

Medarbejderne med særlige kompetencer inden for myndighedsområdet rådgiver kontaktpersonerne om indhold og formalitetskrav til indstillinger.

Enkelte afgørelser som kræver særlig ekspertise eller lovgivningsoverblik kan løses i Borgercenter for Voksne. Det gælder bl.a. afgørelser i forhold til boligindstillinger.

5.6 Antal brugere og antal medarbejdere

Der er på en givet dag indskrevet omkring 2900 brugere i behandling. De fordeler sig på cirka 1500 i substitutionsunderstøttet behandling og cirka 1400 i behandling uden substitutionsmedicin. Det betyder, at der på et givet tidspunkt vil være indskrevet knap 500 i hver af de tre rehabiliteringsenheder og knap 500 i hver af de tre Behandlings- og substitutionsenheder (da nogle vil være indskrevet i det lavintensive tilbud og specialtilbuddet). 500 indskrevne er ikke så massivt, som det lyder, for brugerne kommer ikke samtidig men er fordelt ud på ugen og dagen. Med de større enheder er det desuden muligt at tænke i mere eftermiddags- og aftenåbent.

I det kommende Behandlingscenter vil der være ca. 330 medarbejdere. De fordeler sig i dag med ca. 1/3 på de enheder og tilbud, der umiddelbart tænkes at indgå i de kommende Rehabiliteringsenheder, og knap 2/3 på de enheder og tilbud, der forventes at ville indgå i Behandlings- og Substitutionsenhederne.

For at indfri mål om tidlig indsats, ungebehandling, fremskudt behandling og opprioritering af alkoholbehandlingen er målet, at der kommer en mere ligelig fordeling af medarbejdere de to områder imellem. Det betyder, at der i implementeringsfasen vil blive fordelt medarbejdere til enhederne ud fra behov og funktioner og ikke ud fra, hvordan fordelingen har været hidtil.

5.7 Organisation og ledelse

Behandlingscentret vil indgå i det kommende Borgercenter Voksne. Den ledelsesmæssige struktur vil blive fastlagt straks efter den politiske beslutning om den fremtidige struktur.

5.8 Udviklingsenhed

For at sikre, at behandlingen hele tiden bliver udviklet til gavn for borgerne, skal der være en udviklingsenhed. Udviklingsenheden skal løbende sikre, at den seneste viden og evidens bliver formidlet og omsat til handling til gavn for brugerne i Behandlingscentret. Udviklingsenheden skal aktivt inddrage brugerne og sikre at deres feed-back benyttes systematisk.

5.9 Tværgående kompetencer

Samlingen af behandlingstilbud i ét center, betyder også samling af en række specialkompetencer. Disse kompetencer vil fremadrettet kunne komme flere borgere til gavn. Det gælder for eksempel psykiatri- og psykologkompetencer. Men det gælder også en frivilligkoordinator, som udvikler efterbehandlingstilbud sammen med brugerne. Og det gælder lægernes kompetencer, som fremadrettet vil få en bedre udnyttelse, når man ikke er opdelt.

5.10 Fremskudt behandling

Et af målene med det opdaterede behandlingstilbud er at yde mere fremskudt behandling. I Substitutions- og behandlingssenhederne er det i høj grad fremskudt behandling i brugernes hjem, når de er forhindrede i at møde frem, eller når der skal foretages en mere omfattende rehabiliterende indsats, hvis de er ude i en alvorlig social deroute.

I rehabiliteringssenhederne er den fremskudte indsats mere tænkt i sammenhæng med de socialpsykiatriske bosteder. Her skal behandlere yde rådgivning og motiverende samtaler til borgere med både en psykisk lidelse og et misbrug – borgere som ikke formår selv at opsøge behandlingen.

Det vil kræve ekstra resurser at få udviklet en fremskudt behandling på de socialpsykiatriske bosteder. Ressurcerne er tænkt frigjort ved den samlede omlægning.

5.11 Psykiatri

Behandlingscentret vil med sin større kapacitet og samlede behandlingsansvar skulle skabe helhed for borgere med både misbrug og psykiske lidelser. Det sker med afsæt i en række konkrete tiltag:

- Rehabiliteringssenhederne skal yde fremskudt behandling på socialpsykiatriske bosteder og dermed skabe sammenhæng for borgere, der både har misbrug og psykiske lidelser.
- Behandlingscentret skal bidrage til et aktuelt projekt, hvor Socialforvaltningen sammen med Region Hovedstadens Psykiatri sammensætter et tværfagligt team, som skal sikre helhedsbehandling af både

misbrug og psykiske lidelser for borgere på et socialpsykiatrisk center.

- Behandlingscentret skal ansætte en psykiater, der kan støtte brugerne i misbrugsbehandlingen med at håndtere deres psykiske lidelser og hjælpe med at brobygge til psykiatrien.

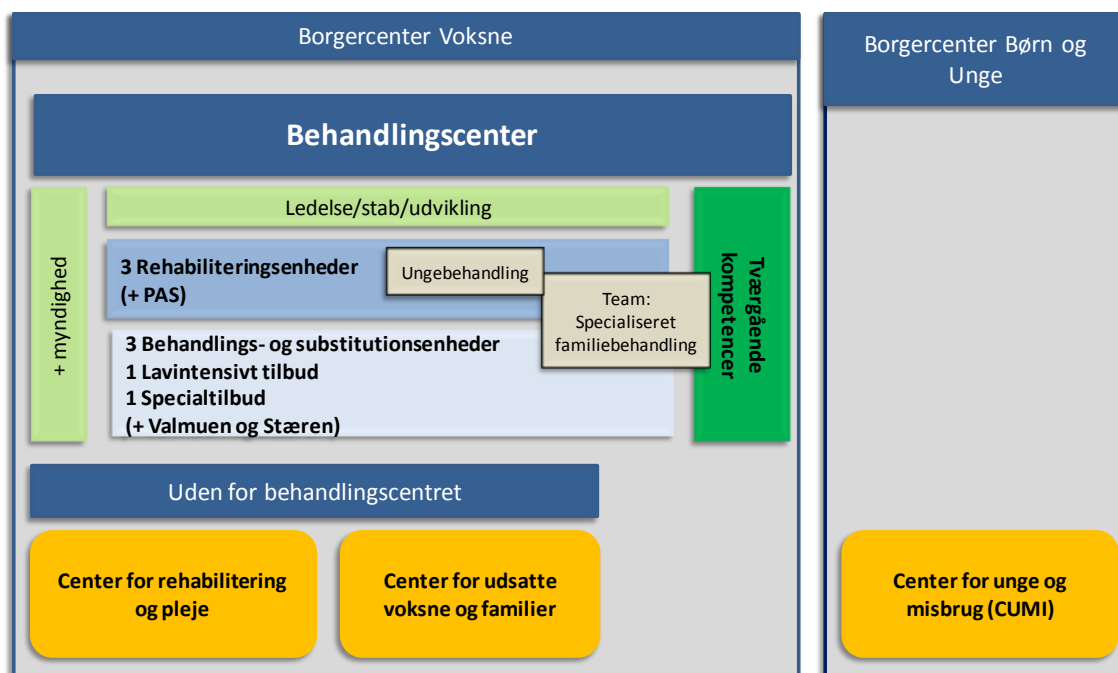
6. Tilbud som ikke er en del af centret

Grundmodellen for omlægning af misbrugsområdet lægger op til en skarp behandlingsprofil for det kommende Behandlingscenter. Tilbud, som ikke er direkte behandlingsrelateret skal derfor forankres organisatorisk andet steds og oplystes herunder. Der er alene tale om en organisatorisk omplacering og ikke indholdsmæssige ændringer af tilbuddene (tilbuddets nuværende centertilknøytning fremgår i parentes):

- Lundtoftegade (Rådgivningscenter København)
- Plejekollektiverne (Center for Misbrugsbehandling og Pleje)
- Fristedet (Center for Misbrugsbehandling og Pleje)
- E-Huset (Center for Misbrugsbehandling og Pleje)
- Flinterupgård (Center for Misbrugsbehandling og Pleje)
- Forchammersvej (baghuset, plejeafdelingen, Fixelance) (Center for Misbrugsbehandling og Pleje)
- Kollektivet (Center for Misbrugsbehandling og Pleje).

På baggrund af inddragelsen forankres de mere pleje og omsorgsmæssige tilbud i to centre på voksenområdet: Et nyt Center for Rehabilitering og Pleje og det eksisterende Center for Udsatte Voksne og Familier.

Dermed ser det samlede billede for det omlagte misbrugsområde således ud:



Opfølgning

Forvaltningen ønsker at fastholde fokus på de ønskede effekter af omlægningen. Konkret foreslår forvaltningen at vende tilbage med en opfølgning til udvalget 1½ år efter udvalgets endelige beslutning.

Fokus for opfølgningen er umiddelbart tænkt at være:

- Effekten på de politiske, faglige og brugermål for omlægningen:
 - o Pejlemærker
 - Misbrugspejlemærket: Ophør / reduktion i alkohol- og stofbrug (m.fl.)
 - Brugertilfredshed
 - Livskvalitet
 - o Effektiv resurseudnyttelse
 - o Udfordringer fra inddragelsesprocessen: Mening, sammenhæng og helhed for brugeren, medarbejdere og samarbejdsparter
- Fokuspunkterne i processen:
 - o Synergi mellem de to ungebehandlinger
 - o Resultatet af integration af alkohol- og stofbehandling
 - o Udvikling af en kvalitativ og sikker substitutionsbehandling
 - o De svageste brugeres udbytte og adgang til behandlingen
 - o Konstruktionen af familiebehandlingen
- Særlige tiltag:
 - o Fremskudt behandling

- Udviklingsenhed

Opfølgningen vil blandt andet bygge på data fra

- Indikatorer for pejlemærket på misbrugsområdet: stoffrihed, reduktion m.m.
- Aktivitetstal: Hvor mange er i behandling og nyder godt af de forskellige indsatser
- Brugertilfredshedsundersøgelser