



Stofmisbrugsområdet i kommunerne

**- muligheder og barrierer efter
kommunalreformen**

Juni 2008

**Flemming Jakobsen, Jonas Markus Lindstad
Marianne Malmgren og Finn Kenneth Hansen**



Stofmisbrugsområdet i kommunerne

**- muligheder og barrierer efter
kommunalreformen**

Juni 2008

**Flemming Jakobsen, Jonas Markus Lindstad
Marianne Malmgren og Finn Kenneth Hansen**

Stofmisbrugsområdet i kommunerne
- muligheder og barrierer efter kommunalreformen

© CASA, Juni 2008

ISBN 978-87-92384-00-3

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-92384-01-0

Forord

Denne rapport sætter fokus på stofmisbrugsområdet i kommunerne. Der er tale om en kortlægning, der belyser, hvordan stofmisbrugsområdet er organiseret i kommunerne efter kommunalreformen. Derudover belyser den indsatsen i kommunerne på stofmisbrugsområdet. Der peges på muligheder og barrierer i udviklingen af sammenhængende tilbud både organisatorisk og i forhold til de enkelte stofmisbrugere.

Kortlægningen bygger primært på data fra Tilbudsportalen, som hører under Servicestyrelsen. Data fra Tilbudsportalen er suppleret med data indhentet via telefonopringninger til kommunerne og kommunernes hjemmesider samt andet relevant datamateriale til belysning af udviklingen.

Indsatsen i kommunerne er baseret på kvalitative interview med forskellige aktører på stofmisbrugsområdet i kommunerne. Der er indsamlet data fra 9 udvalgte kommuner som eksempler på 5 forskellige organiseringer efter kommunalreformen. Der er derudover afholdt 2 dialogmøder med en række forskellige aktører på stofmisbrugsområdet. Yderligere 9 kommuner har været repræsenteret på dialogmøderne.

I undersøgelsen foretages en tværgående beskrivelse af stofmisbrugsindsatsen i kommunerne, hvad angår samarbejde, handleplaner, behandlingsgaranti, sundhedsfremmende tiltag mm.

Der er supplerende foretaget en beskrivelse af stofmisbrugsområdet i 5 kommuner, som har indgået som case-kommuner i undersøgelsen. Beskrivelsen af forholdene i de enkelte kommuner indgår som bilag.

Dataindsamlingen er foregået i perioden februar-april 2008.

Undersøgelsen er bestilt af KABS i Glostrup Kommune med henblik på den årlige konference – Stofmisbrug 2008, som blev afholdt på Axelborg i april.

KABS har finansieret undersøgelsen.

Undersøgelsen er foretaget af Marianne Malmgren, Jonas Markus Lindstad Flemming Jakobsen og Finn Kenneth Hansen, CASA.

CASA
Juni 2008

Indholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Resumé og sammenfatning | 3 |
| 2 | Kortlægning af stofmisbrugsområdet..... | 11 |
| 2.1 | Datagrundlag | 11 |
| 2.2 | Misbrugscentre | 13 |
| 2.3 | Regionale niveau | 14 |
| 2.3.1 | Pladser på de regionale tilbud | 16 |
| 2.4 | Det kommunale niveau | 16 |
| 2.4.1 | Kvalitetsstandard..... | 18 |
| 3 | Pladser på de kommunale misbrugscentre | 21 |
| 3.1 | Karakteren af de kommunale tilbud | 22 |
| 3.1.1 | Pladser – alle kommuner minus de 4 store | 23 |
| 3.1.2 | Pladser – de 4 store kommuner | 25 |
| 3.2 | Sammenfatning | 26 |
| 4 | Personalesammensætningen på misbrugscentrene | 29 |
| 4.1 | Personalesammensætning – alle kommuner minus de 4 store | 29 |
| 4.2 | Ansatte i alt – professionelt personale..... | 30 |
| 4.3 | Typer af centre | 34 |
| 4.4 | Personalesammensætning – de 4 store kommuner..... | 35 |
| 4.5 | Sammenfatning | 38 |
| 5 | Kommunernes økonomi og budgetter på stofmisbrugsområdet..... | 39 |
| 6 | Metoder og værdier på de kommunale misbrugscentre | 43 |
| 6.1 | Metoder | 43 |
| 6.2 | Værdier..... | 43 |
| 6.2.1 | Menneskelighed/individet i centrum..... | 44 |
| 6.2.2 | Helhedsorientering og sociale kompetencer | 44 |
| 6.2.3 | Organisering/samarbejde og ledelse | 45 |
| 7 | Stofmisbrugsområdet i kommunerne | 47 |
| 7.1 | Indledning | 47 |
| 7.2 | Misbrugsmønstret..... | 48 |
| 7.3 | Samarbejdet i kommunerne..... | 49 |
| 7.3.1 | Det interne samarbejde i kommunen | 49 |
| 7.3.2 | Samarbejdet mellem behandling og jobcentre | 50 |
| 7.3.3 | Motivering af misbrugere | 51 |
| 7.3.4 | Samarbejdet mellem psykiatri og behandling..... | 51 |
| 7.4 | Handleplaner | 52 |
| 7.5 | Behandlingsgarantien | 53 |
| 7.6 | Efterbehandling | 54 |
| 7.7 | Sundhedsfremmende tiltag..... | 55 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 7.8 | Stofmisbrugsgrupper med særligt fokus..... | 55 |
| 7.8.1 | Børn og unge med misbrug | 55 |
| 7.8.2 | De dobbeltbelastede | 56 |
| 7.8.3 | Misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk | 57 |
| 7.8.4 | De gamle misbrugere..... | 57 |
| 7.9 | Sammenfatning – erfaringer og perspektiver | 58 |
| Bilag | | 59 |
| Bilag 1 | – Oversigt over kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet efter kommunalreformen | |
| Bilag 2 | – Beskrivelse af de 5 case-kommuner | |

1 Resumé og sammenfatning

Denne rapport sætter fokus på stofmisbrugsområdet i kommunerne. Med kommunalreformen overgik myndighedsansvaret for stofmisbrugsområdet til kommunerne, og formålet med denne rapport er at give en belysning af, hvordan kommunerne har organiseret sig i forhold til varetagelsen af denne opgave, og give et billede af, hvordan selve indsatsen varetages og fungerer i forhold til de borgere, som har et stofmisbrugsproblem.

Undersøgelsen består af 3 dele. En kortlægning der belyser, hvordan kommunerne har organiseret sig, og belyser kapaciteten og ressourcerne i de enkelte misbrugscentre. En anden del, der belyser samarbejdet og barrierer og muligheder for indsatsen i kommunerne. Som en tredje del peges der her i sammenfatningen fremadrettet på en række opmærksomhedspunkter og udfordringer for kommunerne.

Kommunerne organiserer sig forskelligt

Kortlægningen viser, at kommunerne har organiseret sig forskelligt. Cirka halvdelen af kommunerne driver deres eget kommunale tilbud i form af et misbrugscenter. Der er enkelte kommuner, som også driver andre kommunale tilbud, typisk forbehandlingsinstitutioner og pensionater.

Den anden halvdel af kommunerne har enten indgået en samarbejdsaftale med et kommunalt tilbud i en nabokommune eller har en samarbejdsaftale med et tilbud, som drives af den region, hvori kommunen er beliggende. Halvdelen af landets kommuner har således ikke deres eget kommunale tilbud til borgerne, men har indgået aftale med et regionstilbud eller et kommunalt tilbud i nabokommunen om varetagelse af opgaven.

Opdelt efter indbyggertal viser det sig, at det i høj grad er de store kommuner, som har et misbrugscenter i kommunen, mens det primært er de små kommuner, der har en samarbejdsaftale enten med en nabokommune eller med et regionalt tilbud.

Hvad angår de kommunale tilbud – de kommunale misbrugscentre – er der store forskelle, når vi ser på kapacitet og ressourcer. For sammenlignelige misbrugscentre er der store forskelle med hensyn til fx antal ambulante pladser pr. indbygger. Det samme gælder, når vi ser på ansættelsen af professionelt personale. Stort set alle misbrugscentre har ansat en socialrådgiver og en socialarbejder, men der er store forskelle med hensyn til ansættelse og anvendelse af læger og psykologer. Derudover er forholdet mellem antallet af professionelt ansatte og antallet af pladser meget forskelligt i kommunerne. Der er således store forskelle med hensyn til kvalitet i tilbudene til borgere med misbrugsproblemer.

Der er større tilgængelighed, men ulige behandlingsmuligheder

Kortlægningen viser, at der overordnet set er blevet en større tilgængelighed, idet stofmisbrugere rundt i landet efter kommunalreformen som helhed har bedre og nemmere adgang til et at få rådgivning, hjælp og støtte i forhold til deres misbrug.

På trods af den større tilgængelighed er der dog tale om meget forskellige muligheder for borgere med stofmisbrugsproblemer alt afhængig af, om man bor i fx København, Frederikshavn eller i Maribo. Kapaciteten og kvaliteten i tilbuddene er meget forskellig. Der er for borgere med stofmisbrugsproblemer tale om en lige adgang til behandling, men behandlingsmulighederne og behandlingstilbuddene er meget forskellige i kommunerne.

Samarbejdet er blevet lettere og mere tydeligt

Med kommunalreformen var der en klar forventning om, at mulighederne for samarbejde om indsatsen i forhold til stofmisbrugerne ville blive bedre. I mange kommuner er meldingerne da også, at mulighederne er blevet bedre, fordi man er kommet tættere på hinanden, og at det er blevet lettere at koordinere arbejds gange. Stofmisbrugsområdet fylder i dag mere i kommunerne, og forvaltning og behandling er kommet tættere på hinanden.

Kommuner, der har hjemtaget misbrugsbehandlingen, herunder substitutionsbehandlingen, oplever, at det er blevet lettere at koordinere indsatsen i forhold til at udarbejde handleplaner og behandlingsplaner. Etableringen af tværgående netværksmøder virker gennemgående som et værktøj, der gøres brug af i disse kommuner.

Helt generelt er der i det første år efter kommunalreformen anvendt tid, energi og ressourcer på organisatorisk at fastlægge målsætninger for misbrugsarbejdet og at få sags gange, kultur og værdigrundlag til at spille sammen. Der er anvendt ressourcer på at etablere forskellige samarbejdsformer mellem de forskellige forvaltninger og centre. Det gælder særlig i forhold til socialforvaltningen, familieafdelingen, jobcentret og psykiatrien. Der er fx etableret formelle samarbejdsfora på lederplan mellem forskellige forvaltninger – chefmøder – og i en kommune er der udarbejdet et såkaldt snitfladepapir, som præciserer opgavefordelingen mellem jobcenter og socialafdelingen.

Hvad angår kommuner, som ikke har behandlingstilbud, er samarbejdet med fx det regionale misbrugscenter styret af rammeaftaler. Kendskabet til disse samarbejdsaftaler er dog ikke lige udbredt i alle kommuner.

Samarbejdet mellem kommunerne og de regionale tilbud foregår i store træk som tidligere. Nogle kommuner har tillid til de regionale tilbud, andre kommuner er mere fokuseret på økonomien i tilbuddene og ønsker at være inddraget uden altid at have den tilstrækkelige faglighed eller medarbejdere til at varetage involveringen.

- men ikke nødvendigvis blevet nemmere.

Misbrugscentrene oplever, at mulighederne for samarbejde i kommunerne er blevet lettere, om end der fortsat er problemer. Selvom mulighederne for samarbejde er blevet lettere, er det ikke nødvendigvis blevet nemmere at samarbejde og koordinere indsatserne.

Forskellig praksis, arbejdsgange og kultur er stadig barrierer for samarbejde og koordinering af sammenhæng i tilbuddene til misbrugerne. Der kan være vanskeligheder med at koordinere de relevante aktører i stofmisbrugsbehandlingen samt at præcisere opgavefordelingen. Derudover er der forvaltningsmæssige barrierer for samarbejde internt i kommunerne i forhold til indsatsen over for fx unge misbrugere, kontanthjælpsmodtagere, der står overfor at skulle aktiveres, og som har misbrugsproblemer, og ældre substitutionsmisbrugere uden relevante tilbud.

I mange kommuner arbejdes der på at forbedre samarbejdet, og der peges på, at det tager tid. Der er stadig mange vanskeligheder. Det gælder mange steder i forholdet mellem misbrugsdelen og den sociale del med hensyn til bolig, sundhed, omsorg og netværk, og mellem misbrugsdelen og jobcenterne omkring den arbejdsmarkedsrettede del, og generelt gælder det for samarbejdet i forhold til psykiatrien. Formål med samarbejdet er at skabe sammenhængende tilbud både organisatorisk og i forhold til den enkelte misbruger.

Handleplaner og behandlingsgaranti

I forhold til koordinering og udarbejdelsen af handleplaner for den enkelte misbruger, er der store forskelle mellem kommunerne. Undersøgelser af kommunernes praksis viser, at det ikke er alle, der får udarbejdet handleplaner. Det er ofte de mest marginaliserede, der ikke foreligger handleplaner for. Det konstateres da også, at der er stofmisbrugere, som ikke har en handleplan.

Hensigten med handleplanerne er at inddrage misbrugerne og opstille en sammenhængende plan for den enkelte. Navnlig det sidstnævnte stiller store krav til samarbejdet i kommunerne. Der er kommuner, der har udarbejdet et såkaldt snitfladepapir, der præciserer opgavefordelingen mellem jobcenter, behandling og socialafdeling etc.

Det optimale i forhold til den enkelte misbruger er udarbejdelsen af en handleplan. Der er eksempel på en kommune, som arbejder ud fra mottoet:

”en klient – en handleplan”. Der afholdes netværksmøder med de instanser, som er involveret i den enkelte sag, og det aftales, hvilken instans der er den ansvarlige ankermand i forhold til indsatsen over for den enkelte misbruger.

Det er udmeldingen fra kommunerne, at behandlingsgarantien overholdes, og at der ikke er problemer med at overholde tidsfristen. Når det alligevel ikke altid er tilfældet, henføres der til administrative eller personalemæssige årsager som fx forsinkelser i sagsbehandlingen, tidspres, øget tilstrømning til området, manglende medarbejderressourcer i forbindelse med sygdom mm. Dertil kommer, at der skal være plads på det ønskede tilbud, før en behandling kan finde sted. For at sætte noget andet i stedet for behandling tilbydes såkaldte motiverende og afklarende samtaler.

Det er oplevelsen, at misbrugerne grundlæggende ikke er opmærksomme på, at der er en behandlingsgaranti. De er derimod mere optaget af at komme i behandling hurtigst muligt, da deres sociale deroute på henvendelsestidspunktet som regel er så alvorlig, at et par dage fra eller til ikke er deres største problem.

Udvikling af tilbud til bestemte målgrupper

Med henblik på udvikling af tilbud i forhold til bestemte brugergrupper kan man sammenfattende sige, at der fælles i kommunerne peges på nødvendigheden af følgende forhold:

- Der peges på behovet for en bedre koordinering og et samarbejde i forhold til børn og unge misbrugere i overgangen fra de er under 18 år til de bliver over 18 år.
- Der efterlyses tilbud til de nye ungegrupper af misbrugere. Tilbud der kombinerer indsatser i forhold til deres sociale problemer og misbruget.
- Der er behov for botilbud til gruppen af stofmisbrugere.
- Der er behov for omsorgs- og sundhedstilbud til de ældre stofmisbrugere.
- Der er generelt behov for sundhedsfremmende indsatser i forhold til stofmisbrugerne.
- Der peges på opmærksomhed og indsatser i forhold til stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk.

Udfordringer i organiseringen af tilbud

I organiseringen af tilbud står man generelt med to udfordringer.

Det ene er, hvordan man matcher tilbud til en brugergruppe med komplekse problemstillinger, som ud over stofmisbruget er karakteriseret ved psykiatriske problemstillinger og mange andre sociale problemer.

Det andet er, om organiseringen af tilbud skal ske inden for misbrugscenrets egne rammer, eller skal tilvejebringes gennem et samarbejde med de øvrige forvaltninger og centre. I kommunerne kan man opleve begge udvik-

lingstendenser, som synes at være påvirket af det enkelte misbrugscenters faglige kapacitet, erfaringer på området og ressourcer.

Udfordringer for stofmisbrugsområdet

På baggrund af analysen af stofmisbrugsområdet kan man pege på en række opmærksomhedspunkter eller udfordringer for stofmisbrugsområdet. Det gælder forhold som:

- Fremtidig struktur og organisering.
- Helhed og faglighed.
- Parallelsamfund eller integration.
- Brandslukning eller brandsikring.
- Rekruttering og uddannelse.
- Målsætninger og myter.

Fremtidig struktur og organisering

Med kommunalreformen er der flere kommuner, som selv har overtaget ansvaret på stofmisbrugsområdet enten ved, at kommunen har hjemtaget det tidligere amtslige tilbud beliggende i kommunen eller ved, at kommunen selv har etableret et misbrugscenter. For over halvdelen af kommunerne er det dog stadig sådan, at de på nuværende tidspunkt har aftaler med nabokommuner eller med regionens tilbud om varetagelse af opgaverne i forhold til borgere med stofmisbrugsproblemer.

Med henblik på fremtiden ser det ud til, at flere af de regionale misbrugscentre vil blive hjemtaget af hjemkommunerne, og at der samtidig er flere kommuner, som overvejer selv at ville påtage sig opgaven i forhold til borgerne i kommunen, som har stofmisbrugsproblemer. Med tiden er der således udsigt til, at de regionale tilbud vil forsvinde, og at flere kommuner selv vil være udførende på stofmisbrugsområdet.

Helhed og faglighed – og udvikling

Der arbejdes i de enkelte kommuner med at opbygge relationer til samarbejdspartnere og udvikle samarbejdet på tværs i kommunen. Det er blevet lettere, fordi man er rykket tættere på, men det er ikke blevet nemmere.

Der er således fokus på en udvikling med henblik på at arbejde mere helhedsorienteret og samtidig præstere en fortsat faglighed i misbrugsbehandlingen. Meget af den faglige udvikling er sket gennem udvikling af specialiserede tilbud i amterne og gennem faglige netværk. Med kommunalreformen er der sket en afvikling af etablerede faglige netværk, men samtidig opstået nye faglige netværk. I de enkelte regioner og områder af landet er der eksempler på nye faglige netværk med udveksling af erfaringer og ideer. Spørgsmålet er, om disse nye faglige netværk kan løfte arven og være bærere af udvikling af faglige og mere specialiserede tilbud, som kan løfte stofmisbrugsområdet.

Integration eller parallelsamfund

Der synes at være modsatrettede tendenser i udviklingen af de kommunale tilbud til stofmisbrugerne.

I nogle af de kommunale misbrugscentre lægger man vægt på samarbejde med det lokale jobcenter, socialforvaltningen og sundhedsområdet med henblik på at skabe helhed i tilbuddene til stofmisbrugerne. En samarbejdsform, hvor stofmisbrugere indgår som en integreret del af samfundet.

I andre kommunale tilbud udvikler man helheden ved at iværksætte projekter og tilbud inden for misbrugscentrets rammer. Man prøver så at sige at løse de komplekse problemer i egne rækker i en erkendelse af, at samarbejdet med andre områder går trægt og er vanskeligt. Med henblik på at bevare en helhedsorientering i arbejdet udvikles fx egne aktiverings- og sundheds-tilbud med henblik på at indrette og tilpasse tilbud i forhold til målgruppen. Risikoen ved en sådan udvikling er, at man udvikler en form for parallelsamfund.

Efterbehandling – sikring af integration

En ikke ny, men fortsat udfordring er efterbehandlingen. Efterbehandlings-tilbud og det at have noget at komme hjem til er væsentligt for en vellykket behandling og for den enkelte misbrugers hverdagsliv. En fremadrettet efterbehandling drejer sig i høj grad om integration til beskæftigelsesområdet og det at komme i bolig efter endt behandlingsindsats.

I nogle kommuner er der oprettet efterbehandlingshuse, hvor ideen er at tage misbrugerne hjem tidligere fra døgninstitutionerne og give dem et døgntilbud i kommunalt regi og videreføre behandlingen i dagtilbud og samtidig få tilkøbt en beskæftigelsesindsats – kort sagt at sikre udslusningen i samfundet.

Der mangler en samlet indsats til brugerne, når de kommer tilbage fra behandling.

Bedre samarbejde med psykiatrien

En tilbagevendende problemstilling er samarbejdet med psykiatrien. Der arbejdes i de enkelte kommuner med samarbejdsformer og -aftaler, men som situationen er lige nu, er samarbejdet påvirket af de velkendte problemer; psykiatrien kan ikke handle på den psykiske del, så længe der er tale om et misbrug. Der er dog mange eksempler på, at samarbejdet fungerer omkring enkelt-sager.

Psykiatrien indgår ikke i visitationen af misbrugerne til centret, hvilket kunne være en løsning på nogle af de typiske uoverensstemmelser, der er mellem de 2 felter. Der efterlyses også et samarbejde med psykiatrien un-

dervejs i behandlingen, da der oftest er et behov herfor for de dobbeltbelastede og i forhold til en mere tværgående udredning/visitation.

I en række kommuner er tidligere samarbejdsaftaler gældende gående ud på, at den instans, der modtager klienten, samtidig er handleansvarlig i forhold til at indkalde til møde mv. I andre kommuner er der blevet afholdt møder for at forbedre samarbejdet, men praksis er stort set uændret.

Der er en række misbrugscentre, som er i gang med at udarbejde samarbejdsaftaler med psykiatrien, som i korte træk går ud på, at hvis en misbruger kommer fra psykiatrien, slipper psykiatrien først sagen i det øjeblik, der har været afholdt et fællesmøde med centret og repræsentanter fra psykiatrien – og omvendt.

Brandslukning eller brandsikring

Det er opfattelsen, at stofmisbrugsområdet på trods af flere ressourcer og en fornuftig faglig udvikling har været præget af mere brandslukning end brandsikring. Udfordringen er at bevæge sig mere i retning af brandsikring. Det vil sige lægge vægt på tilgængelighed, rummelighed og en bred vifte af sammenhængende tilbud.

De komplekse problemer, misbrugerne står med, kræver bedre samarbejde imellem forskellige forvaltninger og aktører på området. I den forbindelse er der i organiseringen af tilbud peget på den vanskelige balance mellem at være et specialisterområde og samtidig løse de komplekse problemer, som misbrugerne har.

Spørgsmålet er, om man skal udvikle en bredde i tilgang og tilbud i misbrugscentret, eller om man skal udvikle et udrednings- og misbrugsarbejde i et samarbejde med de øvrige systemer. Hvad angår den arbejdsmarkedsrettede indsats, er der eksempler på begge udviklingsretninger. I nogle kommuner forsøger man at få et samarbejde i gang med jobcentret, mens man i andre har draget den konsekvens at udvikle arbejdstilbud i centret – der er tale om tiltag først og fremmest rettet mod de unge.

Rekruttering og uddannelse

Der er til stadighed brug for uddannelse og kvalificering af medarbejdere. Fokus på uddannelse og efteruddannelser er noget af det mest centrale for at bevare fagligheden og give området et løft. Det er gammelkendt, at misbrug ikke indgår meget i de forskellige professionelle grunduddannelser, det gælder for socialrådgiverne, pædagogerne og lægerne. Det er et problem, der fylder i hverdagen. Der er behov for en systematisk efteruddannelse.

Der mangler uddannelse i forhold til de nye brugergrupper – specielt de unge, som adskiller sig fra de traditionelle heroinbrugere og hele substitutionsbehandlingen. Der mangler kvalificering af medarbejderne til håndtering

af de problemstillinger, som karakteriserer nye unge hash- og kokainbrugere.

Lokalt i de enkelte kommuner og behandlingscentre står man overfor et problem omkring rekruttering af medarbejdere og kvalificeret personale til at håndtere afhængighedsproblematikken.

Målsætninger på stofmisbrugsområdet

I og med at stofmisbrugsområdet fylder mere i de enkelte kommuner, bliver det mere og mere åbenlyst, at man står over for et forklaringsproblem. Der er stor forskel på befolkningens og politikernes opfattelse af muligheder på området, og hvordan der rent faktisk fagligt og realistisk arbejdes på området. Det gælder ikke mindst i opfattelse af behandling, og hvad der er behandling, og hvad behandling kan?

Det er en grundlæggende opfattelse i befolkningen og blandt politikere, at behandling betyder, at så bliver man stoffri, og så er problemerne løst – man kan så at sige behandle sig ud af problemer.

Det er langt fra opfattelsen på området, hvor den udbredte opfattelse er, at man først og fremmest kan begrænse de skadelige virkninger og skabe rimelige anstændige vilkår for misbrugerne, og det er en succes, når der kommer folk ud af misbrug, og de bliver selvforsørgende.

Det er en udfordring at få større klarhed på de realistiske målsætninger for arbejdet på stofmisbrugsområdet.

2 Kortlægning af stofmisbrugsområdet

Med kommunalreformen overgik ansvaret for behandlingen af stofmisbrugere til de 98 nye kommuner, som dermed fik overdraget det fulde ansvar for stofmisbrugere. Tidligere lå selve behandlingsdelen hos amterne. Efter den såkaldte finansieringsreform fra 2002 blev udgifterne til ambulansbehandling afholdt af amterne, mens kommunerne betalte en del af udgifterne til døgnbehandling i form af den såkaldte grundtakst.

I forbindelse med kommunalreformen fik kommunerne mulighed for at hjemtage de tidligere amtslige behandlingsinstitutioner. Den mulighed benyttede en lang række af de nye 98 kommuner sig af. De tidligere amtslige institutioner, som kommunerne ikke hjemtog i forbindelse med kommunalreformen, drives i dag af regionerne.

2.1 Datagrundlag

Som datagrundlag til denne kortlægning er valgt Tilbudsportalen. Formålet med Tilbudsportalen er ifølge servicelovens § 14 at samle og formidle oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud i en landsdækkende oversigt, herunder tilbud om behandling af stofmisbrugere i henhold til servicelovens § 101. Kun tilbud, som er registreret i Tilbudsportalen, kan indgå i den kommunale forsyning.

Til brug for analyserne er anvendt de indberettede data, som er taget for gode varer.

Tilbudsportalen indeholder bl.a. oplysninger om det enkelte tilbuds målgruppe, ejerform, antal pladser, værdigrundlag og antal ansatte, herunder de ansattes uddannelsesbaggrund og ugentlige timetal. Oplysningerne i Tilbudsportalen opdateres løbende. Dermed kan Tilbudsportalen give et øjebliksbillede over udbuddet af tilbud rettet mod stofmisbrugere.

Det viser sig, at ikke alle oplysninger i Tilbudsportalen er fuldt opdaterede, og enkelte kommuner mangler stadig at indberette deres tilbud til Tilbudsportalen. Det er særligt oplysninger om kapacitet samt personaleressourcer, der for nogle af tilbuddene er mangelfuldt indberettet, og disse er derfor ikke medtaget i analyserne. Der er indhentet oplysninger via telefonopringninger i de tilfælde, hvor det ikke har været muligt at fastslå, hvilken forankring kommunens tilbud til stofmisbrugere har. Det drejer sig om i alt 6 kommuner, og disse 6 kommuner er alle blevet kontaktet.

Endvidere er telefonopringninger og Internettet brugt til at indhente oplysninger om, hvorvidt kommunerne har en kvalitetsstandard, som er tilgængelig via kommunens hjemmeside.

Endelig er der i et enkelt tilfælde rettet henvendelse til et misbrugscenter, fordi de indberettede oplysninger om antallet af behandlingspladser viste sig at være helt skæve.

Tilbudsportalen omfatter i alt 98 tilbud rettet mod stofmisbrugere. Ejerformen for disse tilbud er vist i nedenstående tabel.

Tabel 1: Ejerform for tilbud rettet mod stofmisbrugere efter SEL § 101

| Ejerform | Antal tilbud |
|---|--------------|
| Regionstilbud..... | 9 |
| Kommunalt tilbud (herunder er 41 misbrugscentre*) | 57 |
| Fond/selvejende institution..... | 19 |
| Anpartsselskab | 7 |
| Enkeltmandsvirksomhed/andet | 6 |
| I alt..... | 98 |

* Et misbrugscenter er kendetegnet ved at tilbyde ambulante og/eller dagbehandling

Der er tale om tilbud og ikke kommuner

Kilde: Tilbudsportalen

Af de i alt 57 kommunalt ejede tilbud, har 41 tilbud karakter af et misbrugscenter. Et misbrugscenter er kendetegnet ved at tilbyde ambulante og/eller dagbehandling og er typisk misbrugerens indgang til at komme i behandling. De resterende kommunale tilbud er typisk forbehandlingssteder, pensionater, specielle dagtilbud mm.

Med hensyn til de fondsejede eller selvejende tilbud og anpartsselskaberne er der overvejende tale om døgninstitutioner, hvor kommunerne køber sig til behandlingspladser. Disse institutioner råder tilsammen over 1.248 pladser. Inden for Københavns Kommune findes der 3 fonds- eller selvejende institutioner, som udelukkende har dagtilbudspladser. Disse 3 tilbud har tilsammen 275 pladser.

Enkeltmandsvirksomhederne er alle forholdsvis små tilbud med få pladser, hvoraf langt størstedelen er døgnbehandlingspladser.

Tilbudsportalen indeholder oplysninger om antallet af pladser på alle typer af tilbud. Der skelnes mellem henholdsvis dagbehandling/ambulant og døgnpladser. For 17 tilbud er der ikke skelnet mellem dag- og døgntilbud og kun oplyst det samlede antal pladser. Derfor kan man ikke summere oplysningerne om dag- og døgnpladser op til det samlede antal pladser, men kun sige noget om forholdet mellem antallet af dag- og døgnpladser. Fordelingen af pladser på alle 98 tilbud i Tilbudsportalen er vist i nedenstående tabel.

Tabel 2: Antallet af pladser i tilbud rettet mod stofmisbrugere

| | |
|---|--------|
| Antal pladser i alt..... | 11.896 |
| Heraf: | |
| - Dagbehandling/ambulant..... | 6.738 |
| - Døgnpladser..... | 1.140 |
| - Uoplyst..... | 4.018 |
| Antal pladser på tilbud som både behandler stof og alkohol..... | 3.327 |

* Af de 98 tilbud er der 5 uoplyst om antallet af pladser

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

Det samlede antal pladser på tilbud rettet mod stofmisbrugere er 11.896. Der er 17 tilbud, som både omfatter stof- og alkoholmisbrugere. Her er typisk tale om kommunale misbrugscentre, hvor man har samlet rusmiddelbehandlingen i samme institution. Disse 17 tilbud råder tilsammen over 3.327 pladser.

Som tidligere nævnt er Tilbudsportalen ikke fuldt opdateret i forhold til udbuddet af tilbud til stofmisbrugere. Der er supplerende indhentede oplysninger fra kommunernes hjemmesider og telefonopringninger til relevante kommuner.

Som tidligere nævnt har det vist sig, at 6 kommunale misbrugscentre ikke optræder i Tilbudsportalen. Der er tale om 6 forholdsvis nyoprettede misbrugscentre, som derfor endnu ikke har fået oprettet tilbuddet i Tilbudsportalen.

Oplysninger om antal pladser for Nordsjællands Misbrugscenter, som er et regionstilbud, er opgjort på cpr-nummerniveau, og der er dermed tale om det samlede antal personer i behandling i løbet af et år. Det er oplyst telefonisk, at Nordsjællands Misbrugscenter i april 2008 havde 262 personer i alkoholbehandling og 304 i stofbehandling, alle dagbehandling. Disse tal anvendes i stedet for oplysningerne i Tilbudsportalen.

I den videre behandling af indsatsen over for stofmisbrugere har vi valgt at gå mere i dybden med misbrugscentrene. Det har vi gjort, fordi de giver det bedste grundlag for at foretage en sammenligning af indsatsen mellem kommunerne. Oplysningerne fra Tilbudsportalen om antallet af pladser, personalesammensætning og personaleressourcer på misbrugscentrene giver et fingerpeg om kommunernes kapacitet og serviceniveau på misbrugsområdet.

2.2 Misbrugscentre

Som det blev vist i foregående kapitel er der i alt 47 kommunale og 3 regionale misbrugscentre. De 47 kommunale misbrugscentre fordeler sig på

44 kommuner, idet der i Københavns Kommune er 4 misbrugscentre fordelt rundt omkring i byen.

Et kommunalt misbrugscenter skal forstås som en enhed/center, hvori kommunen har organiseret behandlingen af stofmisbrugere og som minimum tilbyder ambulans behandling. Der er typisk tale om, at enheden/centret forstår både den sociale og den lægelige behandling af stofmisbrugere. Nogle centre har samlet behandlingen af både stof- og alkoholmisbrugere, mens andre kun er rettet mod stofmisbrugere.

Oplysninger om pladser og personalesammensætningen på de kommunale misbrugscentre i alle kommuner er udfyldt forholdsvis fyldestgørende for ca. 36 af centrene, herunder alle 7 misbrugscentre i de 4 store byer.

2.3 Regionale niveau

Situationen efter kommunalreformen omkring ejerskabet af de offentlige tilbud til stofmisbrugere ser ud som følger:

Tabel 3: Situationen efter kommunalreformen omkring ejerskabet af tilbud

| | |
|--|---|
| Regioner med et eller flere tilbud | Hovedstaden, Sjælland, Midtjylland og Nordjylland |
| Kommuner med et eller flere tilbud ... | 44 ud af 98 svarende til 45 % |

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

4 ud af de 5 regioner har et eller flere tilbud til stofmisbrugere. Der er dog stor forskel på tilbuddenes omfang og rækkevidde. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse af situationen i de 5 regioner.

Region Sjælland

Region Sjælland driver to regionale tilbud rettet mod stofmisbrugere: Dagbehandlingscentret i Roskilde og Platangårdens Ungdomscenter i Vordingborg.

Dagbehandlingscentret i Roskilde tilbyder ambulans stoffri behandling samt efterbehandling af alle typer stofmisbrugere. Dagbehandlingscentret har ifølge Tilbudsportalen 51 pladser.

Platangårdens Ungdomscenter i Vordingborg er et integreret dag- og døgnbehandlingstilbud til unge i aldersgruppen 15-25 år og retter sig mod unge, som har et misbrug af hash, designerdrugs mv., eller som har et eksperimenterende brug af rusmidler. Platangårdens Ungdomscenter har ifølge Tilbudsportalen 42 døgn- og 45 dagtilbudspladser.

De øvrige tidligere amtsligt drevne misbrugscentre i Vestsjællands og Roskilde Amter er alle hjemtaget af de respektive kommuner. Med hensyn til

det tidligere Storstrøms Amt er der sket det, at Guldborgsund Kommune har hjemtaget det tidligere Storstrøms Amts Rådgivning til Misbrugeres afdeling i Nykøbing Falster, som nu hedder Center for Afhængighed. Næstved Kommune har hjemtaget det tidligere Storstrøms Amts Rådgivning til Misbrugeres afdeling i Næstved, som nu hedder Misbrugsenheden og hører under sundhedsområdet i kommunen.

Lolland Kommune har ligeledes hjemtaget behandlingen af stofmisbrugere, men tilbyder indtil videre kun ambulante behandling. Her har man samlet indsatsen i Rådgivningen for stofmisbrugere, som tidligere var Storstrøms Amts Rådgivning til Misbrugeres afdeling i Nakskov. Stofmisbrugere, som skal i dagbehandling, sendes til Guldborgsund Kommune, og misbrugere, som skal i døgnbehandling, sendes i private tilbud såsom Sct. Ols på Bornholm. Storstrøms Amt drev tidligere et døgntilbud, Skippergården i Rødbyhavn, som nu er nedlagt.

Region Hovedstaden

Det tidligere amtslige misbrugscenter i Frederiksborg Amt er overgået til Region Hovedstaden og hedder nu Nordsjællands Misbrugscenter. En del af centret blev hjemtaget af Helsingør Kommune og hedder nu Helsingør Misbrugscenter.

Nordsjællands Misbrugscenter har samarbejdsaftaler med Hillerød, Rudersdal, Furesø, Gribskov, Frederikssund, Frederiksværk-Hundested, Hørsholm, Fredensborg, Allerød og Egedal Kommuner om misbrugsbehandling. Ifølge Tilbudsportalen har Nordsjællands Misbrugscenter 1.844 dagbehandlingspladser og 54 døgnbehandlingspladser. Denne opgørelse er imidlertid baseret på personnumre på personer, som har været i behandling i løbet af et år, og ikke på antallet af behandlingspladser til rådighed. Nordsjællands Misbrugscenter oplyser, at de ikke har et fast antal behandlingspladser til rådighed, men forsøger at tilpasse sig efter behovet. Det er oplyst, at Centret 10. april 2008 havde 262 personer i alkoholbehandling og 304 i stofbehandling, dvs. i alt 566 i behandling, alle dagbehandling.

De øvrige kommuner i Region Hovedstaden, som ikke har en aftale med Nordsjællands Misbrugscenter, driver deres egne tilbud (fx Herlev og Ballerup) eller har indgået samarbejdsaftale med KABS i Glostrup Kommune (fx Ishøj, Høje Taastrup, Lyngby-Taarbæk). KABS i Glostrup Kommune var tidligere det amtslige behandlingscenter for stofmisbrugere i Københavns Amt (KABS) og er blevet hjemtaget af Glostrup Kommune.

Region Nordjylland

Region Nordjylland driver Misbrugscentret Nordjylland, som er det tidligere Nordjyllands Amts Rusmiddelcenter (Foldebjergcentret), og som er rettet mod regionens borgere bortset fra borgere i Aalborg, Thisted og Morsø. Aalborg Kommune driver eget tilbud til egne borgere, mens Thisted Kom-

mune driver et misbrugscenter for borgere fra Thisted og Morsø. Thisted Misbrugscenter var tidligere en del af Viborg Amts Misbrugscenter og blev i forbindelse med kommunalreformen hjemtaget af Thisted Kommune. Misbrugsafsnittet under Center for Misbrug og Socialt Udsatte i Aalborg Kommune er Aalborg Kommunes tilbud til stofmisbrugere og har altid været et kommunalt drevet tilbud.

Region Syddanmark

Region Syddanmark driver ingen tilbud til behandling af stofmisbrugere. Alle tidligere amtsinstitutioner i Sønderjylland er hjemtaget af de respektive kommuner, som nu driver deres eget misbrugscenter. Endvidere er en tidligere amtsligt drevet forbehandlingsinstitution og et pensionat hjemtaget af Tønder Kommune.

Det tidligere Fyns Amts Behandlingscenter blev i forbindelse med kommunalreformen hjemtaget af Odense Kommune og skiftede navn til Rusmiddelcenter Odense. Middelfart og Assens Kommuner har siden hen oprettet egne tilbud rettet mod stofmisbrugere og er dermed ikke længere en del af dette samarbejde. Det er 14 kommuner ud af Region Syddanmarks 23 kommuner, som nu driver deres eget tilbud, og resten af kommunerne benytter sig af tilbud i nabokommunerne.

Region Midtjylland

Region Midtjylland driver Rusmiddelcenter Midtjylland, som blev etableret ved årsskiftet 2007/08, som en fusion af Ungdomscenter Midtjylland og Misbrugscenter Midtjylland. Rusmiddelcenter Midtjylland har ifølge kommunernes hjemmesider samarbejdsaftale med Skanderborg, Odder og Favrskov Kommuner. Der er 9 ud af regionens 18 kommuner, som driver deres eget tilbud, og 6 kommuner har en samarbejdsaftale med en nabokommune. Det drejer sig om Hedensted, Lemvig, Norddjurs, Samsø, Skive og Struer.

2.3.1 Pladser på de regionale tilbud

Samlet set råder de i alt 9 regionale tilbud over 838 pladser, hvoraf de 60 er døgntilbudspladser, og de 778 er dagtilbudspladser. I opgørelsen fra Nordsjællands Misbrugscenter er der anvendt det oplyste antal personer i behandling april 2008.

2.4 Det kommunale niveau

Forankringen af kommunernes behandlingstilbud til stofmisbrugere er sammenfattet i nedenstående tabel.

Tabel 4: Forankringen af kommunernes tilbud til stofmisbrugere

| | % | Antal kommuner |
|---|-------|----------------|
| Kommunalt tilbud | 45 % | 44 |
| Samarbejdsaftale med regionstilbud..... | 21 % | 21 |
| Samarbejdsaftale med kommunalt tilbud i nabokommune | 34 % | 33 |
| I alt..... | 100 % | 98 |

Kilde: Tilbudsportalen og hjemmesider

Tabellen viser, at ca. halvdelen af landets kommuner driver deres eget kommunale misbrugscenter. Enkelte kommuner driver også andre kommunale tilbud, typisk forbehandlingsinstitutioner, pensionater e.l. (I bilag 1 er vist en oversigt over, hvordan hver enkelt kommune har organiseret deres tilbud til stofmisbrugere).

33 kommuner har indgået en samarbejdsaftale med et kommunalt tilbud i en nabokommune, og 21 kommuner har en samarbejdsaftale med et tilbud, som drives af den region, hvori kommunen er beliggende. Halvdelen af landets kommuner har således ikke deres eget kommunale tilbud til borgerne, men har indgået aftale med et regionstilbud eller et kommunalt misbrugscenter i nabokommunen om varetagelse af opgaven.

Tabel 5: Forankringen af kommunernes tilbud til stofmisbrugere fordelt efter indbyggertal. Antal kommuner

| Indbyggertal | Kommunalt misbrugscenter beliggende i kommunen | Samarbejdsaftale med regionalt misbrugscenter | Samarbejdsaftale med kommunalt misbrugscenter i nabokommune | N |
|--|--|---|---|----|
| 30.000 eller derunder..... | 2 | 5 | 18 | 25 |
| 30.001-45.000..... | 9 | 10 | 7 | 26 |
| 45.001-60.000..... | 12 | 4 | 6 | 22 |
| 60.001-115.000..... | 17 | 2 | 2 | 21 |
| København, Århus, Odense, Aalborg..... | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Alle kommuner..... | 44 | 21 | 33 | 98 |

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

Opdelt efter indbyggertal viser det sig, at det i høj grad er de store kommuner, som driver deres eget misbrugscenter, mens det primært er de små kommuner, der har en samarbejdsaftale enten med en nabokommune eller med et regionalt misbrugscenter.

Der er 17 ud af 21 kommuner med et indbyggertal på mellem 60.000 og 115.000, som har deres eget kommunale misbrugscenter, og alle de 4 stor-kommuner har deres eget misbrugscenter.

Modsat er det kun 2 ud af 25 kommuner med et indbyggertal under 30.000, som driver deres eget kommunale misbrugscenter. Blandt kommunerne med under 30.000 indbyggere har 18 ud af 25 kommuner indgået en samarbejdsaftale med et kommunalt misbrugscenter i en nabokommune. 5 ud af 25 har indgået en aftale med et regionalt misbrugscenter.

Af de 26 kommuner, som har et indbyggertal på mellem 30.000 og 45.000 indbyggere, er der 10 kommuner, som har aftale med et regionalt misbrugscenter og 7 kommuner, som har en aftale med et misbrugscenter i en nabokommune. 9 kommuner har deres eget misbrugscenter.

Blandt kommunerne med et indbyggertal på over 45.000, er der et flertal, som har deres eget kommunale misbrugscenter.

Der er 11 kommunale misbrugscentre, som har aftaler med andre kommuner.

Tabel 6: Kommunale misbrugscentre, som har aftaler med andre kommuner

| Indbyggertal | Kommunale misbrugscentre, som har aftale med andre kommuner | |
|-----------------------------|---|--|
| 30.000 eller derunder | 1 | Glostrup |
| 30.001-45.000 | 1 | Syddjurs |
| 45.001-60.000 | 3 | Holstebro, Køge, Thisted |
| 60.001 eller derover | 6 | Esbjerg, Horsens, Odense, Roskilde, Slagelse, Viborg |

Kilde: Egne oplysninger

Blandt de 11 kommuner er der 6 kommuner med et indbyggertal over 60.000. Det skal nævnes, at især Glostrup Kommune skiller sig ud fra de øvrige ved som en mindre kommune at servicere en lang række andre kommuner. Til sammenligning servicerer Syddjurs Kommune en enkelt kommunes borgere ud over kommunens egne borgere. Blandt de 4 store kommuner er det kun Odense, som servicerer borgere fra andre kommuner.

2.4.1 Kvalitetsstandard

De enkelte kommuner er i henhold til servicelovens § 139 forpligtet til at udarbejde en kvalitetsstandard for kommunens tilbud om social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven. I bekendtgørelsen til loven hedder det i § 1 stk. 3:

”Kommunalbestyrelsens kvalitetsstandard og kommunalbestyrelsens opfølgning og revision på kvalitetsstandarderne gøres alment tilgængelig for borgerne i kommunen, herunder som minimum på Internettet.”

En gennemgang af kommunernes hjemmesider viser, at det langt fra er alle kommuner, som lever op til dette krav. Gennemgangen af hjemmesiderne

viser, at kun 39 ud af landets kommuner har en kvalitetsstandard, som er tilgængelig via kommunens hjemmeside.

I nedenstående tabel er vist, hvilke kommuner der har en kvalitetsstandard, som er tilgængelig på kommunens hjemmeside.

Tabel 7: Kommuner, som har en kvalitetsstandard for behandling af stofmisbrugere, der er tilgængelig via kommunens hjemmeside

| | | |
|--------------------------|----------------|------------|
| Brøndby | Haderslev | Randers |
| Brønderslev-Dronninglund | Helsingør | Ringsted |
| Egedal | Herlev | Roskilde |
| Esbjerg | Hillerød | Rudersdal |
| Favrskov | Horsens | Silkeborg |
| Fredericia | Hvidovre | Slagelse |
| Frederiksberg | Høje-Taastrup | Svendborg |
| Frederikssund | Hørsholm | Syddjurs |
| Furesø | Ishøj | Vallensbæk |
| Gladsaxe | København | Vejle |
| Glostrup | Køge | Viborg |
| Greve | Lyngby-Taarbæk | Aalborg |
| Gribskov | Odense | Århus |

3 Pladser på de kommunale stofmisbrugscentre

Som nævnt indledningsvis er det muligt ved hjælp af Tilbudsportalen at give et øjebliksbillede af situationen på stofmisbrugsområdet. Til at belyse udviklingen i antallet af pladser kan anvendes den sociale ressourcetælling fra Danmarks Statistik, som bl.a. indeholder oplysninger om antallet af pladser på institutioner til stofmisbrugere fordelt på dag- og døgnbehandling. I nedenstående tabel er vist udviklingen i antallet af pladser til stofmisbrugere fra 2001 til 2006.

Tabel 8: Antallet af behandlingspladser til stofmisbrugere

| | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Behandlingspladser for stofmisbrugere | Døgn | 353 | 447 | 509 | 458 | 1.050 | 296 |
| | Dag | 4.038 | 4.773 | 4.785 | 5.327 | 5.327 | 6.794 |
| | I alt | 4.391 | 5.220 | 5.294 | 5.785 | 6.377 | 7.090 |

Kilde: Danmarks Statistik, den sociale ressourcetælling

Tabellen viser, at der generelt set er sket en vækst i antallet af behandlingspladser fra 2001 til 2006. Det er især antallet af dagbehandlingspladser, der er steget, mens der ifølge opgørelsen er sket et fald i antallet af døgnbehandlingspladser. Opgørelsen over døgnpladser for 2005 afviger noget fra de øvrige år.

Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling indeholder oplysninger om antallet af stofmisbrugere i behandling med indskrivning i det pågældende år. Registret indeholder oplysninger til og med 2006.

Tabel 9: Antallet af personer i behandling med indskrivningsdato det pågældende år

| Indskrivningsår | Antal personer i behandling |
|-----------------|-----------------------------|
| 2000 | 4.317 |
| 2001 | 4.208 |
| 2002 | 4.229 |
| 2003 | 5.134 |
| 2004 | 5.212 |
| 2005 | 5.228 |
| 2006 | 5.426 |

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

Tabellen viser, at der fra 2003 og frem til og med 2006 har været en stigning i antallet af personer i behandling med indskrivningsdato det pågæl-

dende år. Behandlingsgarantien over for stofmisbrugere blev indført med virkning fra og med 2003.

Tilbudsportalen indeholder oplysninger om det samlede antal pladser på de enkelte behandlingstilbud til stofmisbrugere. Flere af de kommunale misbrugscentre tilbyder både behandling af stofmisbrugere (SEL § 101) og alkoholisbrugere (SUL § 141). I Tilbudsportalen skelnes der ikke imellem, hvorvidt pladserne er den ene eller den anden type.

I nedenstående tabel er fordelingen af pladser vist. Tabellen indeholder pladser på alle typer tilbud, der i Tilbudsportalen er opgjort som kommunalt ejede, i alt 57 tilbud. Det vil sige både de kommunale misbrugscentre og andre typer af tilbud som enkelte kommuner driver (forbehandlingsinstitutioner, pensionater e.l.).

Tabel 10: Antallet af pladser på kommunale tilbud til stofmisbrugere

| | Antal pladser |
|--|---------------|
| Kommunale pladser kun til stofmisbrugere | 6.123 |
| Kommunale pladser til stof- eller alkoholisbrugere | 3.627 |
| I alt..... | 9.750 |

Baseret på 57 kommunale tilbud
Kilde: Tilbudsportalen og egne tal

De i alt 57 kommunale tilbud om behandling af stofmisbrugere råder samlet set over 9.750 pladser.

Der er 17 kommunale misbrugscentre, som har både stof- og alkoholbehandling. Ca. halvdelen af disse institutioner er beliggende i kommuner med mellem 60.000 og 115.000 indbyggere. I de 4 store kommuner er det kun Center for Misbrug og Socialt Udsatte i Aalborg, som tilbyder behandling til både stof- og alkoholisbrugere.

På de kommunale tilbud til behandling af stofmisbrugere er der ifølge Tilbudsportalen i overvejende grad tale om ambulante eller dagbehandlingspladser. Nogle få kommunale tilbud har også døgnbehandlingspladser, men det generelle billede er, at kommunerne overvejende køber sig til døgnbehandling på private institutioner eller på de tilbud, som drives af regionerne.

3.1 Karakteren af de kommunale tilbud

Langt de fleste af de kommunale tilbud rettet mod stofmisbrugere er såkaldte misbrugs- eller behandlingscentre, hvor behandlingen overvejende består i ambulante eller dagbehandling. Tilbudsportalen indeholder en række oplysninger om antallet af behandlingspladser, personalesammensætningen på institutionerne samt antallet af ugentlige timer for de enkelte personalegrup-

per. Herudover indeholder Tilbudsportalen oplysninger om det enkelte tilbuds værdigrundlag.

I det følgende er karakteren af de kommunale misbrugscentre beskrevet ved hjælp af disse oplysninger fra Tilbudsportalen. Beskrivelsen er delt i 2. Først beskrives centrene i alle kommuner minus de 4 store og dernæst centrene i de 4 store byer.

3.1.1 Pladser – alle kommuner minus de 4 store

Det følgende tager afsæt i oplysninger fra 29 misbrugscentre. De kommunale misbrugscentre i de 4 store byer er holdt uden for nedenstående gennemgang, da de adskiller sig fra de øvrige misbrugscentre. I tabellerne er der skelnet mellem om kommunerne også servicerer borgere i andre kommuner (leverandørkommuner) eller kun servicerer egne borgere. Blandt de 29 kommunale misbrugscentre, som indgår i analyserne, er der 8, der er leverandørkommuner.

I nedenstående tabel 11a og 11b er vist, hvordan de fordeler sig i forhold til, hvor mange pladser misbrugscentrene råder over pr. indbygger.

Tabel 11a: Antal pladser i alt og antal pladser pr. indbygger fordelt på kommuner eksklusive de 4 store kommuner og de 8 leverandørkommuner

| Kommune | Antal pladser i alt | Pladser pr. 10.000 indbyggere |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Tønder Kommune* | 297 | 74 |
| Haderslev Kommune* | 325 | 58 |
| Herning Kommune | 380 | 45 |
| Helsingør Kommune* | 260 | 43 |
| Kalundborg Kommune* | 200 | 41 |
| Kolding Kommune* | 326 | 37 |
| Ringsted Kommune | 94 | 30 |
| Vejle Kommune* | 310 | 30 |
| Guldborgsund Kommune | 188 | 30 |
| Holbæk Kommune* | 182 | 27 |
| Ballerup Kommune | 124 | 26 |
| Herlev Kommune | 60 | 22 |
| Skive Kommune* | 104 | 22 |
| Odsherred Kommune* | 70 | 21 |
| Bornholm Kommune | 90 | 21 |
| Frederiksberg Kommune | 190 | 21 |
| Lolland Kommune | 100 | 21 |
| Ikast-Brande Kommune* | 75 | 19 |
| Silkeborg Kommune..... | 150 | 17 |
| Randers Kommune | 160 | 17 |
| Ringkøbing-Skjern Kommune | 65 | 11 |
| I alt..... | 5.956 | 30 |

* Både stof og alkohol

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

Tabel 11b: Antal pladser i alt og antal pladser per indbygger fordelt på leverandørkommuner

| Kommune | Antal pladser i alt |
|---------------------------|---------------------|
| Glostrup Kommune..... | 666 |
| Slagelse Kommune* | 519 |
| Horsens Kommune* | 275 |
| Fredericia Kommune* | 160 |
| Viborg Kommune* | 256 |
| Esbjerg Kommune | 300 |
| Køge Kommune..... | 100 |
| Syddjurs Kommune | 60 |

* Både stof og alkohol

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

I gennemsnit er der 30 pladser pr. 10.000 indbyggere på de kommunale misbrugscentre i alle kommuner minus de 4 store og minus leverandørkommunerne. Dette tal dækker dog over forholdsvis store variationer.

Det typiske billede er, at i kommuner med en befolkningsmæssig forholdsvis stor by (høj urbaniseringsgrad) har misbrugscentret flere pladser end i andre kommuner. Som eksempel kan nævnes en kommune som Haderslev, hvor indbyggertallet i Haderslev by udgør en forholdsvis stor andel af kommunens samlede indbyggertal. Her er der på misbrugscentret 58 pladser pr. 10.000 indbyggere. I Odsherred Kommune er der på misbrugscentret i Nykøbing Sjælland 21 pladser pr. 10.000 indbyggere, altså væsentlig færre pladser. Det skal bemærkes, at begge misbrugscentre har pladser rettet mod både alkohol- og stofmisbrugere.

Som nævnt er der flere af de kommunale misbrugscentre, som har samarbejdsaftaler med en eller flere nabokommuner om at servicere deres borgere. Dette betyder selvfølgelig, at disse kommuner har flere pladser pr. indbygger. Som det ses skiller især Glostrup Kommune sig ud fra de andre, hvilket skyldes, at misbrugscentret i Glostrup servicerer en lang række kommuner, som primært er kommuner fra det tidligere Københavns Amt, men også andre kommuner.

3.1.2 Pladser – de 4 store kommuner

Som tidligere nævnt adskiller misbrugscentrene i de 4 store kommuner Aalborg, Odense, Århus og København sig fra misbrugscentrene i de øvrige kommuner. Misbrugscentret i Aalborg behandler både alkohol- og stofmisbrugere.

Misbrugscentret i Aalborg er ifølge Tilbudsportalen opdelt i et generelt afsnit og et behandlingsafsnit, beliggende på samme adresse. I København

findes der 4 rådgivningscentre, som fungerer som misbrugscentre fordelt rundt i kommunen. Centrene findes på Amager, Nørrebro, Nordvest og i Sydhavnen. Misbrugscentrene i henholdsvis Odense og Århus er beliggende på en adresse.

Misbrugscentret i Aalborg behandler kun misbrugere fra Aalborg Kommune. De øvrige kommuner i Nordjylland benytter det regionale tilbud i Region Nordjylland eller har oprettet deres eget kommunale tilbud. Det samme gør sig gældende i Århus Kommune. I København har alle omegnskommunerne enten deres eget tilbud eller har indgået samarbejdsaftale med et tilbud i en nabokommune. Misbrugscentret i Odense servicere ud over egne borgere, borgere fra en række af de andre fynske kommuner, som ikke selv har oprettet et tilbud.

I nedenstående tabel er vist, hvor mange pladser misbrugscentrene i de 4 store kommuner har pr. 10.000 indbyggere.

Tabel 12: Antal pladser pr. 10.000 indbyggere i de 4 store kommuner

| | Antal pladser i alt | Pladser pr. 10.000 indbyggere |
|-----------------|---------------------|-------------------------------|
| Odense | 650 | 35 |
| København | 1208 | 24 |
| Århus | 537 | 18 |
| Aalborg | 300 | 16 |

Kilde: Tilbudsportalen

Som det ses af tabellen, har Odense Kommune flest pladser pr. 10.000 indbyggere. En del af forskellen kan forklares med, at Odense Misbrugscenter servicere borgere fra en række af de andre fynske kommuner. Aalborg Kommune har færrest pladser pr. 10.000 indbyggere, og dette skal ses i relation til, at misbrugscentret i Aalborg behandler både alkohol- og stofmisbrugere. Københavns Kommune har flere pladser end henholdsvis Århus og Aalborg, men færre end Odense.

3.2 Sammenfatning

De kommunale tilbud til stofmisbrugere er i overvejende grad misbrugscentre, hvor behandlingen hovedsageligt består i ambulant- eller dagbehandling.

Fra 2003 og frem til og med 2006 har der været en stigning i antallet af personer i behandling for stofmisbrug. Den 1. januar 2003 blev behandlingsgarantien for stofmisbrugere indført, og antallet af personer i behandling steg fra 4.229 i 2002 til 5.134 i 2003.

Der er stor forskel med hensyn til antal pladser i forhold til indbyggertal i kommunerne. På de kommunale misbrugscentre (minus de 4 store kommuner og leverandørkommuner) er der i gennemsnit 30 behandlingspladser pr. 10.000 indbyggere. Antallet af behandlingspladser varierer fra 11 til 74 pladser pr. 10.000 indbyggere. Det typiske billede er, at kommunale misbrugscentre i kommuner med høj urbaniseringsgrad har flere pladser end misbrugscentre i kommuner med lav urbaniseringsgrad.

4 Personalesammensætningen på misbrugscentre

I det følgende er personalesammensætningen på de kommunale misbrugscentre analyseret nærmere.

4.1 Personalesammensætning – alle kommuner minus de 4 store

Ifølge Tilbudsportalen ser den typiske personalesammensætning på de kommunale misbrugscentre i alle kommuner minus de 4 store ud som følgende:

Tabel 13: Personalkategorier på kommunale misbrugscentre minus de 4 store kommuner, inklusive leverandørkommuner

| | Antal centre |
|--|--------------|
| Lægefagligt personale..... | 23 |
| Socialrådgivere | 22 |
| Pædagogisk personale | 23 |
| Både socialrådgivere og pædagogisk personale . | 19 |
| Socialrådgivere eller pædagogisk personale | alle |
| Psykolog..... | 16 |
| Sygeplejefagligt personale | 16 |

Tabellen er baseret på oplysninger fra i alt 29 misbrugscentre fra alle kommuner minus de 4 store og inklusive leverandørkommuner

Kilde: Tilbudsportalen

Det viser sig, at der er 23 ud af de 29 centre, som angiver, at de i et eller andet omfang har en eller flere lægefaglige personer tilknyttet centret. Der er 22 ud af 29 misbrugscentre, som har en eller flere socialrådgivere ansat, og 23 ud af 29 misbrugscentre har pædagogisk personale ansat. Alle de kommunale misbrugscentre har enten ansat socialrådgivere eller pædagoger, og 19 misbrugscentre har både socialrådgivere og pædagogisk personale ansat.

Lidt færre af misbrugscentre (16 ud af 29) har i en eller anden udstrækning psykologer tilknyttet, og det samme antal centre har sygeplejepersonale ansat. Der er 15 ud af de 29 misbrugscentre, som har ansatte inden for alle de ovennævnte personalekategorier.

Ud over de ovennævnte personalekategorier er der 12 misbrugscentre, som har angivet, at de har ”andre” typer personale ansat. Der er typisk angivet misbrugskonsulenter, rusmiddelkonsulenter eller terapeuter, som har en an-

den uddannelsesmæssig baggrund end de ovenfor nævnte. Et enkelt misbrugscenter har en sociolog ansat, og et misbrugscenter har en farmakonom ansat.

I nedenstående tabel er vist det gennemsnitlige antal ansatte og det gennemsnitlige antal arbejdstimer pr. plads inden for de nævnte personalekategorier.

Tabel 14: Gennemsnitlig antal ansatte, ansatte pr. plads og arbejdstimer pr. ansat, pr. uge, alle kommuner inklusive leverandørkommuner, minus de 4 store

| | Antal ansatte i gennemsnit | Antal timer pr. plads i gennemsnit | Gennemsnitligt antal arbejdstimer pr. ansat |
|----------------------|----------------------------|------------------------------------|---|
| Pædagoger..... | 5,1 | 2,3 timer | 36,2 |
| Socialrådgivere..... | 6,7 | 2,2 timer | 36,5 |
| Læge | Typisk 1-2 | 0,1 timer | 13,8 |
| Sundhedspleje..... | 1,8 | 0,2 timer | 31,2 |
| Psykolog | 1,4 | 0,2 timer | 31,8 |

Kilde: Tilbudsportalen

Tabellen viser, at det pædagogiske personale er den personaletype, der anvendes oftest. Det lægefaglige personale er til gengæld den type, der anvendes i mindst omfang. Det lægefaglige, psykologiske og sundhedsmæssige personale er typisk personale, som misbrugscentret deler med andre misbrugscentre i nabokommuner, eller med andre institutioner inden for kommunen. Pædagoger og socialrådgivere udgør til gengæld typisk det fastansatte personale med den daglige gang på misbrugscentre.

Ovenstående gennemgang viser, at det ”gennemsnitlige” misbrugscenter har socialrådgivere og pædagoger ansat som det faste personale, mens de øvrige personaletyper har en mindre fast tilknytning til stedet. Typisk er det personer, der kommer en eller flere faste dage om ugen, eller som kan tilkaldes eller bestilles efter behov. Ifølge de til undersøgelsen udarbejdede case-studier fra en række misbrugscentre er det typiske billede, at det er den/de lægefaglige person(er), som oftest har en eller flere faste dage om ugen på centret.

4.2 Ansatte i alt – professionelt personale

I forbindelse med kommunalreformen og kommunernes hjemtagning af hele stofmisbrugsområdet har der været udtrykt bekymring for, at man risikerede en omfattende opsplitning af området, fordi de tidligere amtslige institutioner blev delt ud på flere kommuner. Bekymringen har gået på, at en stor mængde viden på området ville gå tabt, og at man ville få mange nye små enheder med ringe mulighed for at skabe et solidt fagligt miljø og niveau.

I nedenstående tabel 15a og 15b er vist, hvor mange professionelle de enkelte misbrugscentre har ansat. I opgørelsen er medtaget følgende personalekategorier: *Læge, psykolog, sygepleje, pleje, socialrådgivning, pædagogisk personale* og *andet*. Opgørelserne er baseret på oplysninger fra i alt 29 misbrugscentre.

Der skal gøres opmærksom på, at antallet af ansatte inden for de professionelle er opgjort som antal og ikke som årsværk. Det betyder, at de forskellige personalekategorier kan have forskellige timetal på de enkelte centre. Tabellen kan derfor kun sige noget om, hvor mange der er ansat, men ikke hvor mange timer de er ansat pr. uge. I tabellen er vist, hvilket forhold (ratio) der er mellem antallet af behandlingspladser og antallet af professionelle blandt de ansatte.

Tabel 15a: Antal ansatte blandt professionelle personalekategorier alle kommuner minus de 4 store og de 8 leverandørkommuner

| Kommune | Antal ansatte professionelle | Antal pladser | Ratio |
|--------------------------------|------------------------------|---------------|-------|
| Randers Kommune | 21 | 160 | 1:8 |
| Ballerup Kommune | 13 | 124 | 1:10 |
| Frederiksberg Kommune | 20 | 190 | 1:10 |
| Silkeborg Kommune..... | 14 | 150 | 1:11 |
| Skive Kommune ** | 9 | 104 | 1:12 |
| Bornholm Kommune | 7 | 90 | 1:13 |
| Herlev Kommune | 4 | 60 | 1:15 |
| Guldborgsund Kommune | 11 | 188 | 1:17 |
| Kolding Kommune ** | 18 | 326 | 1:18 |
| Ikast-Brande Kommune ** | 4 | 75 | 1:19 |
| Ringsted Kommune | 5 | 94 | 1:19 |
| Lolland Kommune* | 5 | 100 | 1:20 |
| Ringkøbing-Skjern Kommune*.... | 3 | 65 | 1:22 |
| Helsingør Kommune ** | 12 | 260 | 1:22 |
| Holbæk Kommune ** | 8 | 182 | 1:23 |
| Herning Kommune | 13 | 380 | 1:29 |
| Kalundborg Kommune ** | 7 | 200 | 1:29 |
| Vejle Kommune ** | 10 | 310 | 1:31 |
| Odsherred Kommune ** | 2 | 70 | 1:35 |
| Tønder Kommune ** | 7 | 297 | 1:42 |
| Haderslev Kommune ** | 7 | 325 | 1:46 |

*Oplyst pr telefon **Både stof og alkohol

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

Det viser sig, at der er store forskelle mellem kommunerne i antallet af ansatte blandt det professionelle personale og i forholdet mellem antallet af pladser og antallet af professionelt ansatte. Antallet af behandlingspladser pr. professionelt personale varierer fra 8 og op til 46. Tabellen viser også, at der er store forskelle i antallet af ansatte mellem centrene.

Tabel 15b: Antal ansatte blandt professionelle personalekategorier, de 8 leverandørkommuner

| Kommune | Antal ansatte professionelle | Antal pladser | Ratio |
|----------------------------|------------------------------|---------------|-------|
| Fredericia Kommune * | 24 | 160 | 1:7 |
| Glostrup Kommune | 76 | 666 | 1:9 |
| Syddjurs Kommune | 7 | 60 | 1:9 |
| Slagelse Kommune * | 48 | 519 | 1:11 |
| Køge Kommune | 8 | 100 | 1:13 |
| Viborg Kommune * | 17 | 256 | 1:15 |
| Horsens Kommune * | 14 | 275 | 1:20 |
| Esbjerg Kommune | 8 | 300 | 1:38 |

* Både stof og alkohol.

Kilde: Tilbudsportalen og egne oplysninger

Med hensyn til de 8 leverandørkommuner viser tabel 15b, at Fredericia har færrest behandlingspladser pr. professionelt ansat, efterfulgt af Glostrup og Syddjurs. Misbrugscentret i Esbjerg har flest. Tabellen viser, at der er forholdsvis stor forskel imellem de 8 leverandørkommuner.

Tabel 15a er sammenfattet i nedenstående tabeller.

Tabel 16: Antal ansatte blandt professionelle personalekategorier. Alle kommuner minus de 4 store og de 8 leverandørkommuner

| Antal ansatte professionelt personale | Antal centre |
|---------------------------------------|--------------|
| 1-5 ansatte | 6 |
| 6-10 ansatte | 7 |
| 11-15 ansatte | 5 |
| 16 eller derover | 3 |

Tabel 16 viser, at 6 misbrugscentre har 5 eller færre ansatte blandt de professionelle personalekategorier. Et af disse 5 centre udgøres af 2 misbrugskonsulenter. Ca. 2 ud af 3 misbrugscentre har 10 ansatte eller derunder. 3 misbrugscentre har 16 eller derover.

Tabel 17: Ratio professionelle personalekategorier. Alle kommuner minus de 4 store og de 8 leverandørkommuner

| Ratio | Antal centre |
|---------------------------|--------------|
| 1:10 eller derunder | 3 |
| 1:11 til 1:15..... | 9 |
| 1:16 eller derover..... | 9 |

Tabel 17 viser at, at 3 centre har 10 pladser eller derunder pr. ansat inden for de professionelle personalekategorier, mens 9 centre har mellem 11 og 15 pladser pr. ansat. Der er 9 centre, som har 16 pladser eller derover pr. ansat inden for de professionelle personalekategorier. I opgørelsen er der ikke skelnet mellem, hvorvidt misbrugscentret har døgnpladser eller ej. Døgnpladser er typisk mere personaleresourcekrævende. Kun ganske få centre har både dag- og døgnpladser, eksempelvis Vejle og Randers.

4.3 Typer af centre

For at give et mere konkret billede på personalesituationen, og på hvor forskellig den er, er der på baggrund af gennemgangen af antallet af ansatte og sammensætning samt antal og sammensætning af professionelle personalekategorier, udvalgt 4 forskellige typer af misbrugscentre. I det følgende præsenteres de 4 typer kategoriseret efter antal ansatte og ration professionelt personale.

Under 5 ansatte professionelle: Odsherred

Indbyggertal: 32.980

Ratio professionelt personale: 1:35

Misbrugsteamet i Odsherred Kommune ligger under Sundhedsafdelingen og består af 2 misbrugskonsulenter. Det er ikke nærmere specificeret, hvilken uddannelsesmæssig baggrund de 2 misbrugskonsulenter har. Misbrugsteamet blev etableret i 2007 i forbindelse med kommunalreformen.

Mellem 5 og 10 ansatte professionelle: Kalundborg

Indbyggertal: 49.377

Ratio professionelt personale: 1:29

Misbrugscentret Kalundborg har i alt 7 ansatte, hvoraf de 2 er læger med sammenlagt 8 arbejdstimer pr. uge, en er psykolog med 20 timer pr. uge, 2 er socialrådgivere, en er pædagog, og en har en plejemæssig uddannelsesbaggrund, og alle de sidstnævnte er fuldtidsansatte. Misbrugscentret Kalundborg har i alt 200 pladser, som alle er dagtilbudspladser. Misbrugscentret i Kalundborg har samarbejde omkring behandlingen med misbrugscentre i Holbæk og Slagelse. Misbrugscentret i Kalundborg var tidligere en del af Vestsjællands Amts Misbrugscenter og blev i forbindelse med kommunalreformen hjemtaget af Kalundborg Kommune.

Mellem 11 og 20 ansatte professionelle: Viborg

Indbyggertal: 91.405

Ratio professionelt personale: 1:15

Rusmiddelcentret i Viborg har i alt 27 ansatte, hvoraf de 17 er ansat inden for de nævnte professionelle personalekategorier. Centret har 1 læge ansat på 25 timer, 1 psykolog på 37 timer, 3 ansatte med sygeplejemæssig baggrund med i alt 96 timer pr. uge, 7 socialrådgivere alle fuldtidsansatte, 3 pædagoger fuldtids, 1 med plejemæssig baggrund 18 timer og 1 alkoholambulatoriemedarbejder på fuldtid. Misbrugscentret i Viborg råder i alt over 256 pladser, hvoraf de 3 er døgnbehandlingspladser. Resten er dagbehandlingspladser.

Rusmiddelcenter Viborg var tidligere Viborg Amts Misbrugscenter og blev i forbindelse med kommunalreformen hjemtaget af Viborg Kommune. Oplysningerne om personalesammensætning og pladser gælder alene misbrugscentret i Viborg.

Over 21 ansatte professionelle: Randers

Indbyggertal: 92.984

Ratio professionelt personale: 1:8

Center for Stofmisbrug i Randers har i alt 26 ansatte, hvoraf de 21 er ansatte inden for de nævnte professionelle personalekategorier. Centret har 2 læger tilknyttet med et ukendt ugentligt timetal, 1 psykolog på 37 timer, 1 med sygeplejemæssig baggrund 37 timer, 12 socialrådgivere alle fuldtids og 5 pædagoger fuldtids. Centret råder over i alt 160 pladser, hvoraf de 10 er døgntilbudspladser. Resten er dagtilbudspladser. Center for Stofmisbrug i Randers var tidligere en del af Århus Amts Misbrugscenter og blev i forbindelse med kommunalreformen hjemtaget af Randers Kommune.

4.4 Personalesammensætning – de 4 store kommuner

Som nævnt findes alle de i Tilbudsportalen listede professionelle personalekategorier på misbrugscentrene i alle de 4 store kommuner. Der er dog forholdsvis store forskelle i antallet af arbejdstimer for de enkelte personalekategorier mellem kommunerne. I nedenstående tabel er vist antallet af ansatte og antallet af arbejdstimer pr. plads for de forskellige personaletyper.

Tabel 18: Antal ansatte og antal arbejdstimer pr. behandlingsplads, de 4 store kommuner

| | | Antal ansatte | Antal arbejdstimer pr. behandlingsplads pr. uge |
|----------------|----------------|---------------|---|
| Læge | Odense | 5 | 0,25 |
| | Aalborg..... | 2 | 0,07 |
| | Århus..... | 4 | 0,15 |
| | København..... | 12 | 0,26 |
| Psykolog | Odense | 2 | 0,08 |
| | Aalborg..... | 3 | 0,37 |
| | Århus..... | 1 | 0,06 |
| | København..... | 3 | 0,09 |
| Sygepleje | Odense | 13 | 0,66 |
| | Aalborg..... | 6 | 0,65 |
| | Århus..... | 5 | 0,23 |
| | København..... | 9 | 0,29 |
| Socialrådgiver | Odense | 7 | 0,35 |
| | Aalborg..... | 37 | 4,56 |
| | Århus..... | 15 | 1,01 |
| | København..... | 42 | 1,27 |
| Pædagog | Odense | 30 | 1,64 |
| | Aalborg..... | 9 | 1,09 |
| | Århus..... | 9 | 0,62 |
| | København..... | 34 | 1,04 |

Kilde: Tilbudsportalen

Inden for de enkelte personalegrupper er der store forskelle. Eksempelvis benytter Aalborg i langt højere grad socialrådgivere og psykologer på deres misbrugscenter i forhold til de øvrige kommuner. Til gengæld benytter Aalborg færre timer på lægearbejde end de 3 andre kommuner. Odense og København benytter sig i højere grad af lægefagligt arbejdskraft end Aalborg og Århus. Odense og Aalborg benytter i højere grad sygeplejefaglig arbejdskraft end København og Århus.

Samlet set benytter Odense, Århus og København sig af nogenlunde den samme mængde ”professionel” arbejdskraft pr. behandlingsplads. Aalborg adskiller sig fra de andre pga. kommunens markant højere anvendelse af socialrådgivningsfaglig arbejdskraft.

Det er tydeligt, at grundstammen i det fastansatte personale i de 4 store kommuner på linje med landets øvrige kommuner udgøres af socialrådgiver- og pædagogisk uddannede personer. Ifølge Tilbudsportalen udgør læger og psykologer i de 4 store byer i højere grad en fast del af personalet end tilfældet er på landets øvrige misbrugscentre. I nedenstående tabeller er

vist det samlede antal ansatte, det samlede antal arbejdstimer og antallet af arbejdstimer pr. ansat for henholdsvis læger og psykologisk personale i de 4 store kommuner.

Tabel 19: Antal ansatte, arbejdstimer i alt og arbejdstimer pr. ansat læger i de 4 store kommuner

| | Læger | | |
|----------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
| | Antal ansatte | Antal arbejdstimer i alt | Antal arbejdstimer pr. ansat |
| Odense..... | 5 | 163 | 33 |
| Aalborg..... | 2 | 20 | 10 |
| Århus..... | 4 | 78 | 20 |
| København..... | 12 | 313 | 26 |

Kilde: Tilbudsportalen

Tabel 20: Antal ansatte, arbejdstimer i alt og arbejdstimer pr. ansat psykologer i de 4 store kommuner

| | Psykologer | | |
|----------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
| | Antal ansatte | Antal arbejdstimer i alt | Antal arbejdstimer pr. ansat |
| Odense..... | 2 | 55 | 27 |
| Aalborg..... | 3 | 111 | 37 |
| Århus..... | 1 | 30 | 30 |
| København..... | 3 | 111 | 37 |

Kilde: Tilbudsportalen

I Odense er der ansat 5 læger med et timetal svarende til 33 timer pr. læge, hvilket er højere end de 3 andre kommuner. I København har kommunens i alt 12 læger et gennemsnitligt timetal på 26. I begge byer udgør lægerne altså i en vis udstrækning en del af det daglige medarbejderkorps. I Århus har lægerne et gennemsnitligt ugentligt timetal på 20 og i Aalborg 10. Her er lægerne i mindre grad en del af det daglige personale. Med hensyn til det psykologiske personale er der i høj grad tale om, at psykologer i alle 4 byer er en del af det daglige personale. Det gennemsnitlige antal timer pr. psykolog er minimum 27 timer, og i Aalborg og København er alt det psykologiske personale ansat på fuld tid (37 timer).

Samlet set ses den store forskel mellem de 4 store byer og landets øvrige misbrugscentre i antallet af henholdsvis lægefaglige og psykologisk faglige timer pr. plads, idet de 4 store byer anvender flere timer pr. plads af begge personaletyper, nogle markant flere. Undtagelsen er dog Aalborg, der anvender færre lægefaglige timer pr. plads end landets øvrige misbrugscentre.

4.5 Sammenfatning

Ovenstående gennemgang og analyse af kommunernes tilbud på stofmisbrugsområdet viser, at der er stor forskel i tilgængeligheden kommunerne imellem og dermed også i serviceniveauet. For stofmisbrugerne er der lige adgang til behandling, men behandlingstilbuddene er meget forskellige afhængig af, hvor man bor.

Der er 23 ud af 29 misbrugscentre, som i et eller andet omfang har lægefagligt personale ansat på centret, og 16 ud af 29 der har en eller flere psykologer ansat. Alle centre har socialrådgivere og/eller pædagoger ansat.

Der er store forskelle i antallet af professionelle medarbejdere i de kommunale tilbud. Antallet af behandlingspladser pr. professionelt personale varierer fra 7 pladser og op til 46 pladser. Denne forskel ses både hos leverandørkommunerne og de øvrige kommuner.

Der ses ligeledes en stor forskel på tilbuddene, hvad angår personale og personalesammensætning.

En bekymring omkring konsekvenserne af kommunalreformen har været, at området ville blive splittet op i mange små enheder, som ville få konsekvenser for fagligheden. Det er svært at vurdere, hvorvidt kommunalreformen har haft konsekvenser for fagligheden, men det kan konstateres, at der er meget store forskelle i antallet af professionelt ansatte i de enkelte misbrugscentre.

Personalesammensætningen viser fx, at der er stor forskel i antallet af timer læger og psykologer er til stede på centrene. Eksempelvis er der på misbrugscentret i Kalundborg med 200 pladser lægefagligt personale til stede i 8 timer om ugen, mens der på misbrugscentret i Viborg med 250 pladser er en læge til stede 25 timer om ugen. I Viborg er der ansat en psykolog på fuldtid, og i Kalundborg er der en psykolog 20 timer om ugen.

Blandt de 4 store kommuner ses der ligeledes en variation kommunerne imellem med hensyn til, i hvilket omfang de benytter professionelt personale. Særligt i omfanget af anvendelsen af læge og psykolog ses der forholdsvis store forskelle.

Spørgsmålet er, om der på centre, hvor der kun er ganske få ansatte blandt de professionelle personalekategorier, er mulighed for at opbygge et stærkt fagligt miljø.

5 Kommunernes økonomi og budgetter på stofmisbrugsområdet

Hvad angår kommunernes indsats på stofmisbrugsområdet viser regnskab og budgetter, at der har været tale om en stigning siden 2000 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. Udviklingen er vist i nedenstående tabel.

Tabel 21: Kommunale nettodriftsudgifter, mio. kr. (i 2008 pris og lønniveau)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Udgifter til behandling af stofmisbrugere | 705,0 | 707,9 | 714,1 | 748,6 | 806,6 | 799,8 | 832,2 |

Kilde: Danmarks Statistik

Regnskabstallet for 2006 var på 832,2 mio. kr. mod et tilsvarende regnskabstal for 2000 på 705 mio. kr. Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt udledes af de kommunale regnskaber og budgetter. (Sundhedsstyrelsen, Narkotikasituationen i Danmark 2007). Der er altså sket en vækst fra 2000 til 2006 i kommunernes nettoudgifter på stofmisbrugsområdet fra 705 mio. kr. til 832,2 mio. kr. Samlet set er der tale om en vækst i udgifterne på 15 % og en gennemsnitlig årlig vækst på 2,5 %. Der foreligger endnu ikke tal for 2007.

En gennemgang af Sundhedsstyrelsens årlige rapporter om narkotikasituationen i Danmark fra 2004 til 2007 viser, at der i årene 2001-2007 via Satspuljen, finansloven samt bevillinger fra Sundhedsstyrelsen er tilført området i alt ca. 1,3 mia. kr. svarende til 193,2 mio. kr. i gennemsnit årligt. Ca. halvdelen af dette beløb udgøres af de midler, der blev afsat til finansieringen af behandlingsgarantien via Satspuljen i 2003. De resterende midler er øremærket forskellige indsats for forbedring af de mest udsatte stofmisbrugeres situation, intensivering af den psykosociale indsats over for stofmisbrugere, en særlig indsats over for hashmisbrugere, psykiatriaftalen mm.

Hvad angår budgetterne for 2008, har Oxford Research igennem en årrække set på ændringerne i den kommunale indsats i forhold til socialt udsatte grupper. Seneste rapport belyser ændringerne fra 2007 til 2008. (Der blev ikke foretaget nogen undersøgelse af ændringerne fra 2006 til 2007 pga. kommunalreformen).

Undersøgelsen ser på kommunernes konto for stofmisbrugsbehandling relateret til udsatte grupper (konto 5.38.45 samt underkonti). Undersøgelsen omfatter de 4 store kommuner, 7 mellemstore kommuner (60-120.000 ind-

byggere) samt 13 små kommuner (20-60.000 indbyggere). Undersøgelsen omfatter en budgetanalyse, en pladsanalyse samt en kvalitativ vurdering.

Tabel 22: Budgettal. Indsats på konti relateret til stofmisbrugsområdet. Ændring fra 2007 til 2008

| Niveau | Kontonr. | Beskrivelse | Ændring i % |
|-----------------------|-----------------------|--|-------------|
| Hovedkonti..... | 5.38.45 (n=22) | Behandling af stofmisbrugere, serviceloven § 101 og sundhedslovens § 142 | -0,3 % |
| Underkonti | 5.38.45.001 (n=15) | Dagbehandling af over 18-årige | 0,4 % |
| | 5.38.45.002 (n=12) | Døgndagbehandling af over 18-årige | -1,7 % |
| | 5.38.45.003 (n=3) | Dagbehandling af under 18-årige | 0,3 % |
| | 5.38.45.004 (n=1) | Døgndagbehandling af under 18-årige | 0,0 % |
| | 5.38.45.092 (n=3) | Egenbetaling for ophold på § 163 stk..2 boformer | 7,9 % |
| Total underkonti..... | | | -0,2 % |

Kilde: Oxford Research, 2007

Hvad angår budgetanalysen viser den, at indsatsen over for stofmisbrugerne generelt er uændret fra 2007 til 2008. Der er tale om en lille stigning i dagbehandling til de over 18 årige stofmisbrugere og samtidig et lille fald i døgnbehandlingen for de over 18 årige.

At der er tale om en stort set uændret indsats stemmer overens med den kvalitative analyse, hvor de enkelte kommuner giver en vurdering af ændringerne på området.

Af den kvalitative analyse fremgår det, at der er 5 kommuner, som vurderer, at der vil være tale om en stigning i indsatsen på stofmisbrugsområdet, mens de øvrige 19 kommuner vurderer, at der vil være tale om en uændret indsats.

Hvad angår pladstalsanalysen angående stofmisbrugsområdet – som kun omfatter dag- og døgntilbud (minus ambulante behandlingstilbud) – viser denne status quo i de undersøgte kommuner. I enkelte kommuner er der sket opjusteringer, som skyldes forventninger om en øget efterspørgsel efter behandlingstilbud. Københavns Kommune er undtagelsen, da kommunen har nedjusteret antallet af pladser med 54 pladser for dagtilbud og 20 pladser for døgntilbud. Ændringen skal ses i sammenhæng med, at Københavns Kommune har opjusteret den ambulante behandling. Det er vurderingen, at kvaliteten af den samlede indsats ikke vil blive forringet af de beskrevne omlægnings. Der er få kommuner, som forventer en nedgang i antal plad-

ser, og nogle få, men dog lidt flere som forventer en stigning (specielt i dagbehandlingstilbud). Men generelt er der for den overvejende del af kommunerne tale om et uændret antal pladser.

Derimod fremgår det af den overordnede budgetanalyse, at hvad angår kontaktpersoner og ledsageordninger (serviceloven § 45 og 97-99) er der tale om en relativ stor stigning på 24,3 % i kommunerne. Denne stigning skal ses som et resultat af, at det nu er blevet muligt at bruge støttekontaktpersonordningen specifikt til stofmisbrugere.

Ud over kommunernes økonomi på stofmisbrugsområdet er der, som beskrevet ovenfor, via de statslige finanslovbevillinger og puljemidler igennem de seneste år bevilget midler til en række initiativer på stofmisbrugsområdet.

6 Metoder og værdier på de kommunale misbrugscentre

I det følgende afsnit er misbrugscentrenes beskrivelser af metoder, redskaber og systematik analyseret. I analysen indgår oplysninger fra alle misbrugscentre, inklusive misbrugscentre i de 4 store byer.

Tilbudsportalen indeholder beskrivelser af anvendte metoder og værdigrundlag for i alt 41 misbrugscentre, hvoraf de 4 er beliggende i København. For de resterende misbrugscentre er der ingen oplysninger om metoder og værdier.

6.1 Metoder

De enkelte tilbuds oplysninger om metoder viser, at særligt 3 metoder er fremherskende i forhold til behandlingen af stofmisbrugere: *Kognitiv, systemisk og socialpædagogisk* behandling eller metode. Der er 17 misbrugscentre, som har angivet kognition som metode, 11 har angivet systemisk, og 6 har angivet både kognition og systemisk. Der er 7 centre, som har angivet socialpædagogisk. Der er 24 centre, som har angivet kognition og/eller systemisk som metode. Blandt de øvrige er nævnt metoder som Harm Reduction, forskellige terapiformer, samtaleforløb, psykodynamisk mm. Ca. halvdelen af landets misbrugscentre har altså en kognitiv tilgang til behandlingen af stofmisbrugere, og en fjerdedel har en systemisk tilgang.

6.2 Værdier

Følgende inddeling af de kommunale misbrugscentre tager afsæt i en gennemlæsning af centrenes værdigrundlag. Kendetegnende for de fleste af centrene er, at de vægter flere ting i værdigrundlaget, og inddelingen er derfor udtryk for det, der er mest fremherskende i værdigrundlaget. Et center kan derfor godt falde ind under flere af kategorierne, men her er valgt den kategori, som kan siges at være den mest fremherskende. Der er altså ikke tale om en *'enten eller'* inddeling, men snarere en *'både og'* inddeling.

På baggrund af gennemlæsningen af misbrugscentrenes værdigrundlag kan der skelnes mellem 3 forskellige, hvad man kan kalde værdiorienteringer, ud fra hvad man har prioriteret at lægge vægt på. Her baseret på i hvilken udstrækning der er lagt vægt på en *individvinkel*, en *behandlingsvinkel* og en *organisatorisk vinkel*. Misbrugscentre er inddelt i 3 overordnede grupper efter hvilke følgende 3 parametre kan siges at være mest fremherskende:

- Menneskelighed/individet i centrum.
- Behandling, helhedsorientering og sociale kompetencer.
- Organisering/samarbejde og ledelse.

6.2.1 Menneskelighed/individet i centrum

Misbrugscentre under denne overskrift er kendetegnet ved at fremhæve betydningen af, at behandlingen tager afsæt i det enkelte individ, og at misbrugeren i høj grad involveres i beslutninger om behandlingsforløb mm. I alt 18 misbrugscentre har valgt at lægge vægt på betydningen af en individvinkel.

Det er ord og begreber som tillid og respekt for den enkelte, gensidighed ærlighed, åbenhed og nærvær, der går igen i beskrivelserne af værdigrundlaget. Flere nævner, at behandlingen skal tage afsæt i den enkeltes specielle problemer, og at individet opfattes som unikt. Flere fremhæver, at fokus er på problemløsning, og ikke hvilke sociale årsager der er til misbruget. Hensigten er, at det er den enkelte, der skal sætte egne mål for livskvalitet og derved undgå, at det er misbruget, der giver identitet.

Nedenfor er vist en række citater fra værdigrundlaget for en række misbrugscentre under denne overskrift.

”Indsatsen skal ske på en respektfuld måde og må ikke udsætte brugerne for umyndiggørelse.”

”I alle instanser kræves en villighed og viden til at arbejde med brugerens specielle og generelle problemer. Hver bruger er unik og har krav på at blive behandlet som sådan.”

”I behandlingen fokuserer vi mere på problemløsning end på årsager, og på den enkeltes motivation.”

”Arbejdet bygger på et holistisk menneskesyn med værdier som åbenhed, ærlighed, nysgerrighed og gensidig respekt.”

”At møde brugerne af vores tilbud med respekt, værdighed, ligeværd, tillid og inddragelse.”

”Det enkelte menneske er et fysisk, psykisk, socialt og åndeligt/kulturelt væsen.”

6.2.2 Helhedsorientering og sociale kompetencer

Misbrugscentre, som er kategoriseret under denne overskrift, er kendetegnet ved, at misbrug opfattes som et socialt problem, der er kontekstafhængigt. Misbrug er et valg, som derfor kan gøres til genstand for et fravalg. Flere nævner, at sociale kompetencer spiller en stor rolle, og der er stor fokus på begreber som forældreansvarlighed og -rolle samt stabile sociale rammer, såsom selvforsørgelse/beskæftigelse, bolig, netværk mm. Det er i mindre grad den enkelte, der er i fokus, men mere rammerne for den enkelte.

Nedenfor er vist en række citater fra værdigrundlaget for en række misbrugscentre under denne overskrift.

”Tæt samarbejde med brugeren om fælles fokusområde, nemlig at behandlingen skal varetage hensynet til, at brugerens børn får gavn af brugerens stofmæssige stabilitet, som forbedres således, at brugeren bliver mere stabil også i relation til sit forældreansvar.”

”Vores mål er at tilbyde en helhedsorienteret, individuelt tilrettelagt indsats, hvor sociale, psykologiske og samfundsmæssige forhold inddrages.”

”Afdækning af misbrug og behov for behandling, herunder udarbejdelse af behandlingsplan.”

”Det overordnede mål for behandlingen er at skabe eller genskabe en social kompetence i det omfang, det er muligt for den enkelte. Det betyder, at indsatsen er en fysisk, psykisk og social(rehabilitering) og en begrænsning af skader som følge af misbrugslivsformen.”

6.2.3 Organisering/samarbejde og ledelse

Centrene, som er samlet under denne overskrift, betoner i høj grad vigtigheden af gode samarbejdsrelationer i behandlingen som en forudsætning for en vellykket behandling. Flere af centrene har fokus på de regler og den lovgivning, der gælder for området, og betoner vigtigheden af, at disse skal være styrende for behandlingen. Omkring det lovmæssige er det især forhold som overholdelse af behandlingsgarantien, retssikkerhed og de lovgivningsmæssige krav om brugerinddragelse, der fremhæves. Flere nævner ligeledes, at brugere/klienterne skal overholde en række krav for at kunne modtage behandling, bl.a. må man ikke optræde voldeligt, og aktivt misbrug tolereres ikke.

Nedenfor er vist en række citater fra værdigrundlaget for en række misbrugscentre under denne overskrift.

”Der forsøges skabt tryghed, nærhed og handlemuligheder i et kvalitativt samspil mellem brugerens bopælskommune, forskellige aktive-ringsprojekter, revalideringsforanstaltninger m.v.”

”Vi udfordrer hinanden – fagligt og personligt. Vi stiller krav til hinanden. Vi giver og modtager konstruktiv feedback.”

”Det tilstræbes, at værdierne realiseres både i kollegiale forhold, i samarbejdsrelationer og i relationerne til de indskrevne klienter. Misbrugscentret har derudover besluttet at udvikle faglighed baseret på følgende begreber: Skadesreduktion, evidens, nationale ekspertanvisninger og tværsektoriel pragmatik.”

”Alle skal kunne henvende sig med et ønske om hjælp, uden at opleve bureaukratiske barrierer, eller at 'falde' mellem to stole. Tilbud på misbrugsområdet skal være kendetegnet ved, at der samarbejdes om indsatsen på såvel det konkrete som det overordnede niveau.”

En lille gruppe på 3 centre har det ikke været muligt at indplacere i nogen af de ovenstående kategorier. Dels er der tale om centre, som ikke har fået opdateret værdibeskrivelsen efter kommunalreformen og derfor stadig anvender værdisættet fra den tidligere amtsinstitution, dels om centre som bl.a. skriver, at de endnu ikke har fået udarbejdet et værdisæt efter kommunalreformen.

Samlet set er der altså en overvægt af centre, der i deres værdigrundlag falder ind under samlebetegnelsen *menneskelighed/individet i centrum*. Herefter følger de centre, som har hovedfokus på behandlingen og indsatsen, og sidst de centre, som vægter det lovgivningsmæssige og regler højt. En lille gruppe falder ikke ind under samlebetegnelserne, dels fordi de endnu ikke har udarbejdet et værdigrundlag, dels fordi værdigrundlaget ikke er opdateret.

7 Stofmisbrugsområdet i kommunerne

7.1 Indledning

I dette notat foretages en nærmere belysning af stofmisbrugsområdet i kommunerne efter kommunalreformen. Formålet er at belyse indsats og udvikling af tilbud til stofmisbrugere, muligheder og barrierer i dette arbejde samt samarbejdet omkring sammenhængen i indsatserne.

Der er indsamlet data fra udvalgte kommuner, som metodisk fremstår som eksempler på forskellige organiseringer. Beskrivelsen af de 5 organiseringer er udarbejdet i form af case-beskrivelser.

Hver case afspejler en forskellig organisering af arbejdet omkring stofmisbrugerne og praksis på området. Der er tale om følgende case-eksempler:

- Kommune med et misbrugscenter oprettet efter 2006. Det vil sige, at kommunen har påtaget sig ansvaret for at servicere de borgere i kommunen, som har stofmisbrugsproblemer.
- Kommune med ansvaret for stofmisbrugsområdet inden 2006.
- Kommune, der har (hjem)/overtaget amtsinstitutionen og er serviceorgan ikke blot for kommunens egne borgere, men også for kommuner som tidligere henviste til det amtslige tilbud.
- Region, som har overtaget den tidligere amtsinstitution/funktion og i enighed med kommunerne i regionen servicerer deres borgere.
- Kommuner, som ikke har et behandlingstilbud, men som har en samarbejdsaftale med et regionalt eller kommunalt misbrugscenter.

På denne baggrund er der foretaget en beskrivelse i 5 udvalgte kommuner: Haderslev Kommune, Aalborg Kommune, Fredericia Kommune, Esbjerg Kommune og Nordsjælland under Region Hovedstaden. Hvad angår de enkelte beskrivelser henvises til bilag.

Derudover er der foretaget telefonisk interview med 4 kommuner, som ikke har et behandlingstilbud, men som har en samarbejdsaftale med et regionalt eller kommunalt tilbud.

Der er gennemført kvalitative enkeltinterview og afholdt gruppeinterview med forskellige aktører på stofmisbrugsområdet. I de 5 case-kommuner er der foretaget kvalitative interview med de forskellige aktører på misbrugsområdet, det vil sige fx sagsbehandlere på socialområdet, læger i social- og sundhedsforvaltningen, jobkonsulenter i jobcentre, læger og medarbejdere i misbrugscentret, misbrugskonsulenter samt andre aktører på området.

Vægtningen i beskrivelserne er præget af den vægtning, de interviewede aktører – medarbejdere såvel som ledere – på misbrugsområdet har anlagt i deres beskrivelse af indsatserne.

Derudover er der blevet afholdt dialogmøder med aktører repræsenterende andre kommuner end de 5 case-kommuner. I alt har der været inddraget og foretaget interview om forholdene i 20 kommuner.

I dette notat præsenteres en tværgående belysning af stofmisbrugsområdet i kommunerne. Notatet giver sig ikke ud for en fuldstændig beskrivelse, men fremdrager nogle centrale temaer, som kan ses som udtryk for nogle opmærksomhedspunkter i det kommunale arbejde med stofmisbrugere. De centrale temaer er:

- Misbrugsmønstret.
- Samarbejdet efter strukturreformen.
- Handleplaner.
- Behandlingsgarantien.
- Efterbehandling.
- Sundhedsfremmende tiltag.
- Stofmisbrugsgrupper med særligt fokus.
- Erfaringer og perspektiver.

7.2 Misbrugsmønstret

Den overordnede udmelding omkring misbrugsmønstret er, at det har ændret sig i retning af de såkaldte hurtige stoffer som fx kokain. Gruppen af heroinmisbrugere opfattes som værende relativt stabil, og der er få nyhenvendelser. Det er i dag sjældent at møde en misbruger, der udelukkende er på heroin.

Det opleves, at de unge tager mere kokain end tidligere. Ofte bremser økonomien de unge til at erstatte kokainen med amfetamin mv.

Der er sket en stigning inden for alle aldersgrupper i misbruget af benzodiazepiner. Substitutionsbehandlingen til misbrugere heraf er langt vanskeligere, da der ikke er mulighed for at substituere. Indtagelsen af benzodiazepiner sker ofte sammen med alkohol og metadon. De ældre misbrugere i substitutionsbehandling supplerer i perioder med kokain.

Der er en stigning i henvendelser fra unge – specielt angående hash og kokain. Det samme gælder antallet, som gerne vil i behandling for at blive stoffrie. Stigningen skal ses på baggrund af en kombination af flere faktorer: I kommunerne er samarbejdspartnerne kommet tættere på hinanden, BUM-modellen, hvor den er indført, har ført til flere henvendelse, der er sket en kvalificering af visitationen, og der er flere henvisninger fra læger.

Derudover er der flere unge, som bakkes op af henvisninger fra forældre, skolelærere og andre i netværket. Endelig er der et pres fra jobcentrene.

Derimod er antallet af heroinmisbrugere, som søger behandling, faldende i løbet af de seneste år, og nyhenvendelserne er meget få. Der er tale om en stabil gruppe karakteriseret ved langvarigt behandlingsforløb. Der er kontakt med de fleste i misbrugscentrene. Selvom der er tale om et fald, er det fortsat denne gruppe, som fylder meget, fordi de er i langvarig behandling.

7.3 Samarbejdet i kommunerne

7.3.1 Det interne samarbejde i kommunen

Med kommunalreformen var der en klar forventning om, at mulighederne for samarbejde om indsatsen i forhold til stofmisbrugerne ville blive bedre. I mange kommuner er tilbagemeldingerne da også, at mulighederne er blevet bedre, fordi man er kommet tættere på hinanden, og at det er blevet lettere at koordinere arbejds gange. Stofmisbrugsområdet fylder i dag mere i kommunerne, og forvaltning og behandling er kommet tættere på hinanden.

Kommuner, der har hjemtaget misbrugsbehandlingen, herunder substitutionsbehandlingen oplever, at det er nemmere at koordinere indsatsen i forhold til at udarbejde handleplaner og behandlingsplaner. Etableringen af tværgående netværksmøder virker gennemgående som et værktøj, der gøres brug af i disse kommuner.

Der er i det første år anvendt tid, energi og ressourcer på organisatorisk at fastlægge målsætninger for misbrugsarbejdet og at få sags gange, kultur og værdigrundlag til at spille sammen. Derudover er der anvendt ressourcer på at etablere samarbejdsformer mellem de forskellige forvaltninger og centre. Det gælder særligt i forhold til socialforvaltningen, familieafdelingen, jobcentret og psykiatrien. Der er fx etableret formelle samarbejdsfora på lederplan mellem forskellige forvaltninger – chefmøder – og i en kommune er der udarbejdet et såkaldt snitfladepapir, som præciserer opgavefordelingen mellem jobcenter og socialafdelingen.

Hvad angår kommuner, som ikke har behandlingstilbud, er samarbejdet med fx det regionale misbrugscenter styret af rammeaftaler, som er misbrugscentrets grundlag for samarbejdet med kommunerne, og nogle driftsaftaler med regionen, som sætter rammerne. Kendskabet til disse samarbejdsaftaler er ikke lige udbredt i alle kommuner.

Samarbejdet mellem kommuner og misbrugscenter foregår i store linjer som tidligere. Nogle kommuner har tillid til de regionale tilbud, andre kommuner er mere fokuseret på økonomien i tilbuddene og ønsker at være ind-

draget uden altid at have den tilstrækkelige faglighed eller medarbejdere til at varetage involveringen.

Misbrugscentrene oplever, at mulighederne for samarbejde i kommunerne er blevet lettere, om end der fortsat er problemer. Selvom mulighederne for samarbejde er blevet lettere, er det ikke nødvendigvis blevet nemmere at samarbejde og koordinere indsatserne.

Forskellig praksis, arbejdsgange og kultur er stadig barrierer for samarbejde og koordinering af sammenhæng i tilbuddene til misbrugerne. Der kan være vanskeligheder med at koordinere de relevante aktører i stofmisbrugsbehandlingen samt at præcisere opgavefordelingen. Derudover er der forvaltningsmæssige barrierer for samarbejde internt i kommunerne i forhold til indsatsen over for fx unge misbrugere, kontanthjælpsmodtagere, der står overfor at aktiveres, og som har misbrugsproblemer, og ældre substituionsmisbrugere uden relevante tilbud.

7.3.2 Samarbejdet mellem behandling og jobcentre

Behovet for samarbejde mellem misbrugscentrene og jobcentrene er blevet tydeligere. Jobcentrene er under pres for at foretage arbejdsmarkedsrettede tiltag i forhold til kontanthjælpsmodtagerne. På denne baggrund er jobcentrene blevet mere opmærksomme på kontanthjælpsmodtagere, der har misbrugsproblemer. Der er ofte tale om misbrugere, som ikke er kendt i misbrugssystemet.

Det er meget forskelligt, hvordan problemstillingerne bliver taklet i de forskellige kommuner. I nogle kommuner henviser man kontanthjælpsmodtagerne til misbrugscentret, i andre forsøger jobcentret selv at gøre noget uden involvering af misbrugscentret, og i andre kommuner igen har man ikke tid og ressourcer eller tænker overhovedet ikke misbrugsbehandling ind som en mulighed.

For at bedre samarbejdet mellem behandling og jobcenter er der kommuner, der afholder årlige møder angående overordnede drøftelser af linjerne i samarbejdet. Der bliver orienteret om aktuelle prioriteringer og indsatser samt foretaget eventuelle revisioner af samarbejdsaftalerne.

Derudover er der eksempler på afholdelse af trepartssamtaler mellem misbruger, sagsbehandler og misbrugskonsulent. Erfaringerne med disse samtaler er udover det positive ved, at behandling og jobcentre holder hinanden orienteret, at misbrugskonsulenten typisk har bedre tilgængelighed til sagsbehandleren end misbrugeren.

Der er kommuner, hvor der er etableret et samarbejde mellem misbrugscentret og de beskæftigelsesrettede tilbud i kommunen. Inden for behandlingen planlægger man oftest forløbene for misbrugerne i samarbejde med disse tilbud. Det gælder især i forhold til de mange unge stofmisbrugere,

som fx har svært ved at strukturere deres liv. Kommunernes beskæftigelses-tilbud kan være en hjælp – særligt i motivationsfasen. Jordnære motivationsfaktorer og mål (som fx at lære at stå op om morgenen, deltage i begrænset beskæftigelse kombineret med behandling) med gradvis udvidelse undervejs af jobindhold er målsætningen.

Helt generelt ligger det i tiden at sætte fokus på arbejde, og i den forbindelse udvikles der projekter med kombination af behandling og aktivering. I en række kommuner har misbrugscentre selv taget initiativ til tilbud – i en form for social behandling med en kombination af aktivering og behandling. Det gælder i forhold til de unge, men der er også eksempler på projekter i forhold til færdigbehandlede misbrugere fx i form af mentorprojekter.

7.3.3 Motivering af misbrugere

Der bliver fra flere instanser peget på, at der ikke altid er sammenhæng mellem jobcentrenes ønsker og forventninger til misbrugerne og behandlingsstedernes formåen.

Jobcentre er i højere og højere grad blevet presset til at aktivere samtlige kontanthjælpsmodtagere i en tid, hvor der er mangel på arbejdskraft. Der konstateres en stigning i antallet af kontanthjælpsmodtagerne med misbrugsproblemer, der indirekte eller direkte presses til at søge behandling eller sendes i behandling. Dette har givet anledning til gnidninger mellem jobcentre og misbrugscentre.

Holdningen i misbrugscentre er, at man ikke kan tvangsmotivere misbrugere, da det går ud over relationen mellem misbrugere og centret. Hvis motiveringen ikke er til stede, kan en vellykket behandling ikke finde sted. Det er ikke muligt at foretage en ordentlig og grundig udredning af en misbruger, der kun ønsker behandling for at udgå, at kontanthjælpen fjernes.

7.3.4 Samarbejdet mellem psykiatri og behandling

Samarbejdet mellem psykiatri og misbrugsbehandling kritiseres fra flere sider som værende mangelfuldt eller ligefrem ikke-eksisterende. Der er tale om en tilbagevendende problemstilling i forhold til de dobbeltbelastede og dobbeltdiagnosticerede. Hvornår er der tale om en opgave for psykiatrien, og hvornår er der tale om en opgave for misbrugscentret?

Uafhængig af om der er stillet en diagnose eller ej, er det oplevelsen, at har misbrugeren en psykisk lidelse på grund af et stofmisbrug, afvises misbrugeren i psykiatrien. Så længe der er tale om et misbrug, kan psykiatrien ikke behandle på den psykiske del. Dette er for så vidt forståeligt, men der bør stadigvæk være et samarbejde herom, herunder om overgangen til misbrugsbehandlingen.

Psykiatrien indgår ikke i visitationen af misbrugerne til centret, hvilket kunne være en løsning på nogle af de typiske uoverensstemmelser, der er mellem de to felter.

Selvom der eksisterer samarbejdsaftaler eller aftaler, der minder om, er det alligevel oplevelsen, at samarbejdet ikke altid fungerer optimalt. Der efterlyses generelt et bedre samarbejde med psykiatrien.

Der er kommuner, der har samarbejdsaftaler, der går på, at den instans (enten psykiatri, forvaltning eller misbrugscenter), der modtager misbrugeren første gang, er den instans, der er handleansvarlig i forhold til at indkalde til møde mv., indtil misbrugeren er overdraget til rette instans.

Der er eksempler på forslag til samarbejdsaftaler mellem psykiatri og misbrugscenter, som i korte træk går ud på, at hvis en misbruger eksempelvis kommer fra psykiatrien, slipper psykiatrien først sagen i det øjeblik, der har været afholdt et fællesmøde med centret og repræsentanter fra psykiatrien om det videre forløb.

Der er også enkeltsager, der tyder på, at samarbejdet godt kan fungere. Der er ingen direkte forklaring på hvorfor, men et bud går på, at så snart der er tale om et formelt samarbejde, opstår der gnidninger og barrierer, hvorimod uformelle henvendelser omkring enkeltsager ser ud til at give resultater.

Der er misbrugscentre, der oplever, at det er vanskeligt at få tid i psykiatrien, og derfor på sigt kan se fordele i at få egen psykiater ansat.

7.4 Handleplaner

Når en misbruger henvender sig for at få behandling for sit misbrug, skal der udarbejdes en behandlingsplan for selve misbrugsbehandlingen. Derudover skal kommunen udarbejde en handleplan.

Praksis med hensyn til udarbejdelse af behandlingsplaner er nogenlunde ens i kommunerne, hvad angår udredning og visitation. Der er i alle tilfælde tale om en lægelig vurdering ved afgørelser om substitutionsbehandling. Derudover er der forskelle med hensyn til, i hvilket omfang der er en lægelig vurdering med indover ved andre behandlinger, alt afhængig af lægeressourcerne i det enkelte center.

Der er eksempler på, at der ikke er udarbejdet handleplaner for alle misbrugere. Det er indtrykket, at det særligt er de garvede og misbrugere, som har været i systemet i mange år, som ikke får udarbejdet handleplaner. Der vil fx være nogle af metadonbrugerne, som er kommet i misbrugscentret igennem mange år, der ikke har behandlingsplan. En del af disse misbrugere vil

vedblive med at være på metadon, og det er en skadereducerende indsats, der skal til.

Undersøgelser af kommunernes praksis viser, at det ikke er alle, der har fået udarbejdet handleplaner. Utilstrækkelige medarbejderressourcer er en af forklaringerne på, at det ikke prioriteres at udfylde handleplaner, og at det ofte er de mest marginaliserede, der ikke foreligger handleplaner for. Det konstateres således, at der er en del af misbrugerne, som ikke har en handleplan.

Når der ikke udarbejdes handleplaner, kan det virke som en barriere for den enkelte misbruger ved, at indsatsen for misbrugeren standser. Dermed er der instanser, der venter forgæves på handleplaner, og derfor ikke kan fortsætte arbejdet (fx med udarbejdelsen af behandlingsplaner).

I forhold til koordinering og udarbejdelse af handleplaner for den enkelte misbruger, er der store forskelle mellem kommunerne. Hensigten med handleplanerne er at inddrage misbrugerne og opstille en sammenhængende plan for den enkelte. Navnlig det sidstnævnte kan til tider være vanskeligt, da det forudsætter en vis form for koordinering mellem socialafdeling/jobcenter og misbrugscenter. Hvis der tilmed er tale om en misbruger med barn, og som er på kontanthjælp, står man i nogle tilfælde overfor at få udarbejdet en behandlingsplan, en jobhandleplan, en handleplan for barnet udover den sociale handleplan. Dette stiller store krav til samarbejdet i kommunerne for at sikre en sammenhængende indsats.

Der er kommuner, der har udarbejdet et såkaldt snitfladepapir, der præciserer opgavefordelingen mellem jobcenter, behandling og socialafdeling etc.

Det optimale i forhold til den enkelte misbruger er udarbejdelsen af en handleplan. Der er eksempel på en kommune, som arbejder ud fra mottoet: En klient – en handleplan. Der afholdes netværksmøder med de instanser, som er involveret i den enkelte sag, og det aftales, hvilken instans der er den ansvarlige ankermand i forhold til indsatsen over for den enkelte misbruger.

7.5 Behandlingsgarantien

Som udgangspunkt er udmeldingen, at behandlingsgarantien i forhold til tidsfristen overholdes, og der er ikke problemer med at overholde behandlingsgarantien. Når det ikke altid er tilfældet, henføres det til administrative eller personalemæssige årsager som fx forsinkelser i sagsbehandlingen, tidspres, øget tilstrømning til området, manglende medarbejderressourcer i forbindelse med sygdom mm. Dertil kommer, at der skal være plads på det ønskede tilbud, før en behandling kan finde sted. For at sætte noget andet i stedet for behandling tilbydes såkaldte motiverende og afklarende samtaler.

Det springende punkt er afvejningen mellem at opfylde 14-dagesfristen på den ene side, og på den anden side at levere en fagligt velfunderet behandling. Skal behandlingsgarantien overholdes, kan det ske, at udredningen bliver mindre grundig, og at behandlingen i værste fald ikke får den ønskede effekt eller mislykkes.

Der er eksempler på, at der foretages forbehandling og afklaring (som udgangspunkt 6 uger) med henblik på videre behandling i enten kommunens eget dagbehandlingstilbud (dagscenter) eller i privat døgnbehandlingstilbud. Medarbejderne har oplevet en øget tilgang af misbrugere, der gør, at der er tilfælde, hvor behandlingsgarantien ikke er blevet overholdt. Der bliver løbende foretaget prioriteringer af de enkelte sager, hvormed misbrugerne ikke nødvendigvis kommer til efter tur.

Det er oplevelsen, at misbrugerne grundlæggende ikke er opmærksomme på, at der er en behandlingsgaranti. De er derimod mere optaget af at komme i behandling hurtigst muligt, da deres sociale deroute på henvendelsestidspunktet som regel er så alvorlig, at et par dage fra eller til ikke er deres største problem.

7.6 Efterbehandling

Efterbehandling bliver opfattet som et vigtigt led i behandlingen af stofmisbrugere. Når den enkelte misbruger vender tilbage fra døgnbehandlingen, er det formålet med efterbehandlingen, at den skal lette misbrugerens tilbagevenden til hverdagen og til et acceptabelt hverdagsliv og forebygge tilbagefald.

Der er en tendens til, at døgnbehandlingen afkortes til fordel for længere efterbehandling i hjemkommunen. Dette sker umiddelbart ud fra en betragtning om, at det er relativt let at blive stoffri, hvorimod det at forblive stoffri er vanskeligere, og at dette bør foregå i nærmiljøet, hvor de største udfordringer er for den enkelte. Samtidig er der en oplevelse af, at døgnbehandlingstilbuddene er blevet kvalitativt bedre end tidligere, og at de stoffrie misbrugere hurtigere kan vende tilbage til en almindelig tilværelse. Der er desuden eksempler på kombinationsbehandling, hvor misbrugeren skifter mellem døgn- og dagbehandling.

Reformen har betydet, at det burde være lettere for kommunerne at tænke mere helhedsorienteret. Der er kommuner, hvor misbrugere, der kommer fra døgnbehandling, er garanteret en plads i et bofællesskab. Derudover er der kommuner, som stiller krav om deltagelse i efterbehandlingsgrupper fx i form af sociale netværk med tidligere og nuværende misbrugere fx ved NA.

7.7 Sundhedsfremmende tiltag

Sundhedstilstanden blandt landets stofmisbrugere er ikke god. Det er en gruppe karakteriseret ved dårligt helbred og mange sygdomme. Når der er noget helbredsmæssigt, ud over det lægekonsulenten tager sig af, er de henvist til praktiserende læge og tandlæge. Det betyder, at de meget ofte ikke får den hjælp, de har brug for, fordi de generelt har svært ved at begå sig inden for sundhedsvæsenet.

Der er derfor et stort behov for sundhedsfremmende tiltag i forhold til stofmisbrugerne.

Et misbrugscenter vil fra sommeren 2008 iværksætte et sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekt over 2 år for gruppen af de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Formålet er blandt andet gennem en række sundhedsfremmende aktiviteter at opnå en forbedring i misbrugernes evne til at drage egenomsorg på områder som ernæring, hygiejne, kontakt til sundhedsvæsenet mm. Der ansættes en sygeplejerske i misbrugscentret.

7.8 Stofmisbrugsgrupper med særligt fokus

Stofmisbrugerne er gennemgående en omskiftelig og udfordrende gruppe. Der kan imidlertid peges på grupper af stofmisbrugere, der bliver lagt ekstra mærke til i kommunerne.

7.8.1 Børn og unge med misbrug

Der er en udbredt fokus på gruppen af unge med misbrugsproblemer, men samtidig peges der på, at der mangler tilbud og indsatser. Det er oplevelsen, at gruppen af børn og unge med misbrugsproblemer fylder mere end tidligere. Dette kan hænge sammen med, at deres misbrug i højere grad er de "hurtige" stoffer i stedet for hash, og hvor den sociale deroute derfor foregår hurtigere, og hvor de unge bliver mere udadreagerende.

Det nærmest magiske 18. år er flere steder afgørende for, om de unge får et relevant tilbud, fordi indsatserne i forhold til børn og unge under 18 år er organiseret vidt forskelligt fra indsatserne til unge over 18 år. Der er børn og unge, hvis misbrugsproblemer ikke bliver varetaget inden for det traditionelle misbrugssystem. De er henvist til rådgivning og behandling i eksempelvis ungdomscentre inden for den samme forvaltning i kommunen eller til kommunale socialrådgivere uden den fornødne ekspertise omkring stofmisbrug.

Fælles for kommunerne er, at der er en stigende henvendelse fra unge med problemer omkring hash og kokain. Der er en forskellig vurdering af, hvad det er for grupper af unge. I nogle kommuner er der tale om ungegrupper,

der ellers har klaret sig godt, men hvor misbruget er eskaleret, uden at de unge nødvendigvis opfatter sig som misbrugere. Andre ungegrupper er mere socialt udsatte og henvender sig uden opbakning fra pårørende og uddannelsessystemer til at gå i behandling og få kontakt til det sociale system. Der er ligeledes forskellige opfattelser af, hvor meget misbruget fylder i forhold til andre sociale problemer.

De unge har først og fremmest vanskeligt ved at strukturere hverdagen. Der er en udbredt opfattelse af, at gruppen af børn og unge er karakteriseret ved at have andre, mere alvorlige problemstillinger end selve stofmisbruget. Håndteringen af børne- og ungegruppen bør derfor ikke foregå sammen med gruppen af mere garvede misbrugere.

Der er kommuner, der har lavet særlige tiltag over for gruppen af børn og unge med misbrug. Der er projekter og tilbud, der er mere specifikke omkring fx hashmisbrugere mellem 18-25 år.

I andre kommuner er der eksempler på projekter for gruppen af 18-25 årige med hovedsageligt mindre omfattende misbrug. Her tilbydes de unge først og fremmest støttende samtaler samt hjælp til at finde arbejde eller uddannelse.

I andre kommuner igen er der tale om tilknytning til beskæftigelsestilbud med henblik på at hjælpe dem til at strukturere hverdagen.

7.8.2 De dobbeltbelastede

Grundlæggende er gruppen af dobbeltbelastede en vanskelig gruppe at have med at gøre. Problemerne er relativt omfattende, idet det skønnes, at en meget stor andel af landets stofmisbrugere har en personlighedsforstyrrelse. Indsatsen har traditionelt faldet mellem to stole: Misbrugsområdet og psykiatrien – hvor psykiatrien ikke vil stille en diagnose, så længe der er et misbrug, og misbrugscentre vil ikke starte en misbrugsbehandling, hvis der ikke er foretaget en psykiatrisk udredning etc. Det er der for så vidt ikke noget nyt i, hvorfor der efterhånden er etableret en række tilbud til denne målgruppe.

Derimod er der fortsat problemer med indsatsen over for de ”dobbeltbelastede” dvs. psykisk syge misbrugere, der ikke er udredt, på grund af deres omværende adfærd. Om end der er tale om få personer, fylder de meget inden for den sociale behandling og psykiatrien, da gruppen ofte er meget udadreagerende.

Der er vurderinger af, at gruppen af dobbeltbelastede er voksende sammenlignet med tidligere, hvor gruppen ikke har været så synlig.

I forhold til netop denne målgruppe er der eksempler på kommunale tilbud, der specifikt er rettet mod personer, som udover misbrug har en række psy-

kiske og ikke diagnosticerede belastninger. I andre kommuner er der igangsat projekter med henblik på at afdække gruppens udækkede behov: Den viden, der kommer frem, skal hjælpe med at pege på konkrete løsninger både i enkeltsager og på det mere generelle niveau, hvad angår samarbejdet mellem behandling og psykiatri.

7.8.3 Misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk

En tendens som ses i København og navnlig på Vesterbro er en stor gruppe af stofmisbrugere af anden etnisk baggrund end dansk. Det skønnes, at der er en kernegruppe på ca. 50-70 stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk, og som permanent opholder sig på Vesterbro og betragtes som dårligt fungerende. Dertil kommer en langt større gruppe, som bevæger sig ind og ud af Vesterbro. Misbrugerne med anden etnisk baggrund end dansk betegnes som "fastgroede" med et misbrug af hovedsageligt kokain og heroin. Mændenes Hjem på Vesterbro har et projekt rettet mod netop denne gruppe af stofmisbrugere.

Det er grundlæggende indtrykket i København, at det navnlig er gruppen af 2. og 3. generationsindvandrere, som behandlingstilbuddene ikke når. Et tilbud som U-turn i København, som henvender sig til unge, har fx stort set ikke misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk. Spørgsmålet er, i hvilken udstrækning der hovedsageligt er tale om et hovedstadsproblem.

På Nordsjællands Misbrugscenter er der stort set ingen med anden etnisk baggrund end dansk blandt gruppen af misbrugere, der indskrives. Dette hænger sammen med, at det er vanskeligt at få etableret kontakt til og målrettet tilbuddene til stofmisbrugere med anden etnisk oprindelse end dansk.

Det samme gælder for en række misbrugscentre i provinsen, som peger på vigtigheden af en øget opmærksomhed på misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk, og de ser det som en udfordring for området.

7.8.4 De gamle misbrugere

I forhold til gruppen ældre belastede og hårde misbrugere skulle man med kommunalreformen forvente et bedre samarbejde mellem misbrugsdimensionen og den sociale dimension, som i forhold til denne gruppe primært drejer sig om bolig, helbred, netværk og omsorg. I stedet peges der på, at denne hårdt belastede gruppe af ældre og pensionister bliver ladt i stikken. Misbrugere i substitutionsbehandling tilbydes de samme tilbud som tidligere, som karakteriseres som utilstrækkelige. Årsagerne kan være mange, men der peges især på prioriteringsgrunde og stigmatiseringsgrunde.

Fælles for kommunerne er, at de peger på behovet for omsorgs- og sundhedstilbud til denne gruppe samt alternative botilbud.

7.9 Sammenfatning – erfaringer og perspektiver

Kommunalreformen har ikke betydet så meget i forhold til problemstillingerne på stofmisbrugsområdet, men rammerne for arbejdet er blevet ændret. I og med at kommunerne har fået myndighedsansvaret for misbrugsområdet, er mulighederne for samarbejde med de øvrige områder, forvaltninger og centre blevet bedre. Man er kommet tættere på hinanden, og selvom misbrugsområdet i kommunal sammenhæng er et lille område, er det oplevelsen, at det fylder mere i de enkelte kommuner, og der er kommet opmærksomhed på området.

Det er blevet lettere at samarbejde, men ikke nødvendigvis nemmere. Der er stadig barrierer og problemer i samarbejdet med henblik på at skabe sammenhæng i tilbuddene organisatorisk og i forhold til den enkelte stofmisbruger. Det gælder mange steder i forholdet mellem misbrugsdelen og den sociale del med hensyn til bolig, sundhed, omsorg og netværk, og mellem misbrugsdelen og jobcentrene omkring den arbejdsmarkedsrettede del, og generelt gælder det for samarbejdet i forhold til psykiatrien. I mange kommuner arbejdes der på at forbedre samarbejdet, og der peges på, at det tager tid.

I organiseringen af tilbud står man generelt med 2 udfordringer. Det ene er, hvordan man matcher tilbud til en brugergruppe med komplekse problemstillinger, som ud over stofmisbruget er karakteriseret ved psykiatriske problemstillinger og mange andre sociale problemer. Det andet er, om organiseringen af tilbud skal ske inden for misbrugscentrets egne rammer eller skal tilvejebringes gennem et samarbejde med de øvrige forvaltninger og centre. I kommunerne kan man opleve begge udviklingstendenser, som synes at være påvirket af det enkelte misbrugscentrets faglige kapacitet, erfaringer på området og ressourcer.

Hvad angår problemstillingerne i forhold til brugergrupperne med henblik på udvikling af tilbud, kan man sammenfattende sige, at der fælles i kommunerne peges på nødvendigheden af følgende forhold:

- Der peges på behovet for en bedre koordinering og et samarbejde i forhold til børn og unge misbrugere i overgangen fra de er under 18 år til de bliver over 18 år.
- Der efterlyses tilbud til de nye ungegrupper af misbrugere. Tilbud der kombinerer indsatser i forhold til deres sociale problemer og misbruget.
- Der er behov for botilbud til gruppen af stofmisbrugere.
- Der er behov for omsorgs- og sundhedstilbud til de ældre stofmisbrugere.
- Der er generelt behov for sundhedsfremmende indsatser i forhold til stofmisbrugerne.
- Der peges på opmærksomhed og indsatser i forhold til stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk.

Bilag

Bilag 1 – Oversigt over kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet
efter kommunalreformen

Bilag 2 – Beskrivelse af de 5 case-kommuner

Bilag 1

Oversigt over kommunernes organisering af stofmisbrugsområdet efter kommunalreformen

| Kommune | Tilbudsform | Kommune | Tilbudsform |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Region hovedstaden | | | |
| Albertslund | aftale m tilbud i nabokommune | Fanø | aftale m tilbud i nabokommune |
| Allerød | Aftale m regionstilbud | Fredericia | Eget tilbud |
| Ballerup | Eget tilbud | Faaborg-Midtfyn | Eget tilbud |
| Brøndby | aftale m tilbud i nabokommune | Haderslev | Eget tilbud |
| Dragør | aftale m tilbud i nabokommune | Horsens | Eget tilbud |
| Egedal | Aftale m regionstilbud | Kerteminde | Aftale m tilbud i nabokommune |
| Fredensborg | Aftale m regionstilbud | Kolding | Eget tilbud |
| Frederiksberg | Eget tilbud | Langeland | aftale m tilbud i nabokommune |
| Frederikssund | Aftale m regionstilbud | Middelfart | Eget tilbud |
| Furesø | Aftale m regionstilbud | Nordfyn | aftale m tilbud i nabokommune |
| Gentofte | aftale m tilbud i nabokommune | Nyborg | aftale m tilbud i nabokommune |
| Gladsaxe | aftale m tilbud i nabokommune | Odense | Eget tilbud |
| Glostrup * | Eget tilbud | Svendborg | Eget tilbud |
| Gribskov | Aftale m regionstilbud | Sønderborg | Eget tilbud |
| Halsnæs | Aftale m regionstilbud | Tønder | Eget tilbud |
| Helsingør | Eget tilbud | Varde | aftale m tilbud i nabokommune |
| Herlev | Eget tilbud | Vejen | aftale m tilbud i nabokommune |
| Hillerød | Aftale m regionstilbud | Vejle | Eget tilbud |
| Hvidovre | aftale m tilbud i nabokommune | Ærø | aftale m tilbud i nabokommune |
| Høje-Taastrup | aftale m tilbud i nabokommune | Aabenraa | Eget tilbud |
| Hørsholm | Aftale m regionstilbud | Region Midtjylland | |
| Ishøj | aftale m tilbud i nabokommune | Favrskov | Aftale m regionstilbud |
| København | Eget tilbud | Hedensted | aftale m tilbud i nabokommune |
| Lyngby-Taarbæk | aftale m tilbud i nabokommune | Herning | Eget tilbud |
| Rudersdal | Aftale m regionstilbud | Holstebro | Eget tilbud |
| Rødovre | aftale m tilbud i nabokommune | Ikast-Brande | Eget tilbud |
| Tårnby | aftale m tilbud i nabokommune | Lemvig | aftale m tilbud i nabokommune |
| Vallensbæk | aftale m tilbud i nabokommune | Norddjurs | aftale m tilbud i nabokommune |
| Bornholm | Eget tilbud | Odder | Aftale m regionstilbud |
| Region Sjælland | | Randers | Eget tilbud |
| Faxe | Eget tilbud | Ringkøbing-Skjern | Eget tilbud |
| Greve | aftale m tilbud i nabokommune | Samsø | aftale m tilbud i nabokommune |
| Guldborgsund | Eget tilbud | Silkeborg | Eget tilbud |
| Holbæk | Eget tilbud | Skanderborg | Aftale m regionstilbud |
| Kalundborg | Eget tilbud | Skive | aftale m tilbud i nabokommune |
| Køge | Eget tilbud | Struer | aftale m tilbud i nabokommune |
| Lejre | aftale m tilbud i nabokommune | Syddjurs | Eget tilbud |
| Lolland | Eget tilbud | Viborg | Eget tilbud |
| Næstved | Eget tilbud | Århus | Eget tilbud |
| Odsherred | Eget tilbud | Region Nordjylland | |
| Ringsted | Eget tilbud | Brønderslev-Dronninglund | Aftale m regionstilbud |
| Roskilde | Eget tilbud | Frederikshavn | Aftale m regionstilbud |
| Slagelse | Eget tilbud | Hjørring | Aftale m regionstilbud |
| Solrød | aftale m tilbud i nabokommune | Jammerbugt | Aftale m regionstilbud |
| Sorø | aftale m tilbud i nabokommune | Læsø | Aftale m regionstilbud |
| Stevns | aftale m tilbud i nabokommune | Mariagerfjord | Aftale m regionstilbud |
| Vordingborg | Eget tilbud | Morsø | aftale m tilbud i nabokommune |
| Region Syddanmark | | Rebild | Aftale m regionstilbud |
| Assens | Eget tilbud | Thisted | Eget tilbud |
| Billund | aftale m tilbud i nabokommune | Vesthimmerland | Aftale m regionstilbud |
| Esbjerg | Eget tilbud | Aalborg | Eget tilbud |

Kilde: Tilbudsportalen og kommunernes og regionernes hjemmesider.

Bilag 2

Beskrivelse af de 5 case-kommuner

1 Fredericia

Case-beskrivelsen af stofmisbrugsområdet i Fredericia Kommune er udarbejdet på baggrund af interview med leder for narkoafdelingen i Fredericia Kommunes Misbrugscenter. Desuden er anvendt skriftligt materiale om misbrugscentret, kvalitetsstandard for social behandling af stofmisbrug i Fredericia Kommunes misbrugscenter, centrets virksomhedsbog, beskrivelse af BOenheden og centrets hjemmeside.

Fredericia Kommune har haft ansvaret for stofmisbrugsområdet siden, de i 1994 hjemtog opgaven vedrørende rådgivning og behandling af stofmisbrugere bosiddende i Fredericia Kommune fra det daværende Vejle Amts Sociale Udviklingscenter (VASU).

Kommunens center for stof- og blandingsmisbrugere er organiseret som en del af Arbejdsmarkedsafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen. Centrets leder refererer til socialdirektøren og socialudvalget. For nuværende er der 160 indskrevet i misbrugscentret, heraf er 95 i medicinsk behandling, og 7 er i døgnbehandling. Sidemisbrug af benzodiazepin er et voksende problem.

Misbrugscentret i Fredericia Kommune råder over følgende tilbud på narkoområdet: Åben rådgivning, social behandling, nærbehandling, medicinsk behandling og døgnbehandling.

En velholdt og moderne indrettet murstensejendom udgør misbrugscentrets fysiske rammer med åben rådgivning, boenhed, værestedet Havnecaféen, lægekonsultation samt centrets ledelse og administration mm. Der er ansat 33 personer i misbrugscentret, ikke alle i fuldtidsstillinger. Fagligt er der lægekonsulent, sygeplejerske, psykolog, sekretærer, socialrådgivere, pædagoger, misbrugsvejledere, konsulenter mv.

1.1 Ændringer som følge af strukturreformen

Set fra misbrugscentrets narkoafdeling er der ikke sket de helt store forandringer som følge af strukturreformen, fordi kommunen siden 1990'erne har haft eget misbrugscenter. De to væsentligste ændringer omhandler beboerne på Flydedokken og hjemtagelsen af alkoholbehandlingen.

Flydedokken er et bo- og kontaktcenter ejet af Region Syddanmark. Ifølge samarbejdsaftalen mellem Flydedokken og misbrugscentret henter bo- og kontaktcentrets medarbejdere medicin fra misbrugscentret 2 gange om ugen. Det vurderes at være en fordel for beboerne på Flydedokken, som er karakteriseret ved at have et misbrug og at være psykiatriske patienter, at de er indskrevet i Fredericia Misbrugscenter og dermed har adgang til de so-

cialle indsatser der, samt at det er misbrugscentret, der forestår tilsyn og medicinudlevering, fordi det tilsyneladende sikrer tilsyn og samtaler med lægekonsulent.

At kommunen har hjemtaget driften af det stedlige tidligere amtslige alkoholambulatorium betyder, at misbrugscentret i dag er organiseret i en narko- og en alkoholafdeling. I løbet af det seneste år er der arbejdet på at få sags-gange, kulturer og værdigrundlag til at spille sammen. Det anses for en fordel for de indskrevne klienter med alkoholmisbrug, at alkohol- og narkobehandlingen i dag er samlet. For det første fordi der i viften af tilbud også er nogle etableret ud fra et aktiveringsperspektiv og ikke primært med et behandlingsmæssigt sigte med fokus på antabus. For det andet fordi der måske dermed er kommet bedre fokus på de dårligt stillede med alkoholproblemer, hvor klienterne i det tidligere amtslige alkoholambulatorium typisk repræsenterede det bedre borgerskab og i mindre omfang de alkoholmisbrugere, som færdes i det offentlige rum, og som ikke har været i aktivering i årtier.

1.2 Samarbejde

Misbrugscentret har samarbejdsaftaler med:

- Familieafdelingen (Ungdomscentret) generelt vedrørende procedurer for sagsarbejdet og specifikt i forhold til unge under 18 år og gravide stofmisbrugere.
- Flydedokken.
- Socialpsykiatrien.
- Job- og Socialcenter i Fredericia Kommune.
- Fredericia Politi.
- Speciallæger i psykiatri.
- Private døgntilbud.
- Andre eksterne samarbejdspartnere.

En gang om året samler misbrugscentret samarbejdspartnere. Der bliver orienteret om aktuelle prioriteringer og indsatser samt foretaget eventuelle revisioner af samarbejdsaftalerne.

Misbrugscentret arbejder med det misbrugsrelaterede, og forudsætningen for at lave et ordentligt socialt arbejde er samarbejde med de relevante parter fx socialaftaler med Familieafdelingen i forhold til familiesager samt særlig samarbejdsaftale vedrørende de unge under 18 år, bl.a. fordi der skal være udarbejdet § 38-undersøgelse og indhentet forældresamtykke, inden misbrugscentret kan gå i gang med behandling.

Misbrugscentret og Fredericia Kommunes Familieafdeling samarbejder om rådgivning og social behandling til særligt udsatte unge misbrugere under

18 år. Familieafdelingen (ungdomscentret) har ansvar for udarbejdelse af handleplan. Den del af handleplanen, som omfatter behovet for misbrugsbehandling, udarbejder misbrugscentrets rådgivere. Udredning og eventuel behandling varetages af misbrugscentret.

Både sagsbehandlerne i forvaltningen og i misbrugscentret har adgang til sagerne. For sagsbehandlerne i forvaltningen kan det være nyttigt at gå ind i journalen fra misbrugscentret for at se, hvor klienten er i behandlingen. De fælles journaler fungerer således, at misbrugscentret fx ikke kan se familiesagerne – de er låst – og forvaltningen kan ikke se psykologsagerne fra misbrugscentret, som også er låst.

Samarbejdet er altafgørende, hvis der skal være en rød tråd, fra klienten påbegynder behandlingen i misbrugscentret, til vedkommende går ud af behandlingen. Et samarbejde forhindrer desuden klienten i at lave splitting, som sagsbehandler og misbrugscentret kan bruge mange ressourcer på. Når praksis er, at både sagsbehandler fra forvaltningen, fra misbrugscentret og klienten samlet drøfter forløbet, er der grundlag for fælles forståelse.

Samarbejdet mellem misbrugscentret og jobcentret er inden for samme organisation. Parterne mødes en gang årligt angående overordnede drøftelser af linjerne i samarbejdet. Sagsproceduren er at holde hinanden orienteret. Der afholdes trepartssamtaler mellem klient, socialfaglige sagsbehandlere fra jobteam 2 og misbrugskonsulenten. Der er gode erfaringer med disse samtaler, fordi misbrugscentrets typisk har bedre tilgængelighed til sagsbehandleren end klienten.

I Q-projektet, som er et åbent tilbud om netværksgruppe og aktiviteter for kvinder, samarbejder misbrugscentret med PRO-Centret, Familiecentret, væresteder, frivillighedsformidlingen og virksomheden Fredericia.

Psykiatrien i forhold til personer med dobbeltdiagnoser

Desuden samarbejder misbrugscentret med speciallæger i psykiatri fra henholdsvis Psykiatrisk Hospital i Risskov og Lokalpsykiatrisk Enhed Syd i situationer, hvor centret, efter at psykologen har foretaget en screening, er i tvivl om, hvorvidt der er tale om psykiatiske lidelser. Det kan være vanskeligt at få tid, og det anses for ønskeligt med en psykiater ansat. Det er vurderingen, at der er tilfredsstillende tilbud til de af stofmisbrugere, som har en psykiatrisk diagnose, nemlig Flydedokken og socialpsykiatrien. Derimod er der reelt ikke noget tilbud til de misbrugere, som har en psykisk lidelse, men ingen diagnose. Problemet er relativt omfattende, idet det skønnes, at 70 % af landets stofmisbrugere har en personlighedsforstyrrelse.

Dobbeltbelastede klienter

De dobbeltbelastede klienter falder typisk mellem to organisatoriske stole. Et brobyggerprojekt er etableret rettet mod personer, som ud over misbrug

har en række psykiske og ikke diagnosticerede belastninger. Projektet har til formål at kortlægge målgruppen af dobbeltbelastede, antallet og karakteren af deres situation. Desuden skal gruppens udækkede behov afdækkes, og der skal peges på konkrete løsninger både i enkeltsager og på mere generelt plan i forhold til samarbejdet mellem misbrugscentret, socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.

Private døgnbehandlingsinstitutioner

Døgnbehandling foregår på 3 udvalgte eksterne private tilbud, som misbrugscentret har samarbejdsaftaler med, og hvor der gennemføres tilsyn. Misbrugscentret visiterer alene til døgntilbud, som er godkendte (servicelovens § 94A), og som misbrugscentret vurderer stemmer overens med den behandlingsfilosofi og de værdier, som misbrugscentret selv står for. Der samarbejdes med institutioner, hvor misbrugscentret kan have indflydelse på formen og varigheden af opholdet, så det passer til nærbehandlingsens efterbehandling. Der benyttes døgninstitutioner, hvor personalet har faglige uddannelser, og som er villige til at indgå i et samarbejde om handleplanen. Samarbejdet med døgninstitutionerne i hver enkelt sag fastlægges i en behandlingsplan, som evalueres og justeres ved statusmøder mellem institution, Team Narko og klienten henholdsvis midtvejs i behandlingsforløbet og til slut i forhold til at udarbejde en plan for, hvad der skal ske, efter døgnbehandlingen er afsluttet.

Samarbejde med andre kommuner

Der er kommuner i det tidligere Vejle Amt, der selvstændigt har taget vare om deres borgere med et stofmisbrugsproblem, idet de har organiseret deres eget kommunale misbrugscenter. Det drejer sig om Kolding, Vejle og Horsens. Hedensted køber sig til ydelserne i Horsens.

- Mellem de nævnte kommuner er der lavet en samarbejdsaftale bl.a. om at modtage borgere fra de andre kommuner i behandling. Således er der truffet aftaler om priser for metadon.
- Aftaler med Horsens, Vejle, og Kolding om klienter på Flydedokken.
- Ledermøder mellem misbrugscentre.
- Der arbejdes på at iværksætte et samarbejde med Vejle Kommunes Misbrugscenter om at lave fælles ambulante afgang.
- Der udbydes også kurser til medarbejderne fra de andre misbrugscentre.
- I BO-enheden bor også borgere fra andre kommuner.
- Gennem VISO specialrådgivningstilbud yder misbrugscentret landsdækkende rådgivning i forbindelse med afklaring af behandlingstilbud til bl.a. stofmisbrugere.

1.3 Visitation

Misbrugscentret har den fulde visitationskompetence i samtlige sager i relation til SEL § 101. Visitationen til misbrugscentrets behandlingstilbud ligger i forlængelse af åben rådgivning, som er indgangen til misbrugscentrets

tilbud. Henvendelse kan ske direkte fra gaden. Der er åbent 4 formiddage om ugen for råd og vejledning i forbindelse med stof- og blandingsmisbrug.

Der er visitationsmøde en gang om ugen. Der kan visiteres til: Social behandling, som består af ambulante samtaler, medicinsk behandling ved lægekonsulent, psykologisk screening og eventuelt psykiatrisk udredning, Tilbud til substitutionsgruppen, døgnbehandling, BO-enheden, støtte- og kontaktpersoner, Stifinder og Mentorprojektet, Quindeprojektet, projekt Akademiet og projekt Sundhed for alle.

Den stoffri nærbehandling har desuden et rådgivnings- og visitationsteam, hvor de enkelte sager løbende følges og vurderes. Herfra kan unge visiteres til hashbehandling og voksne til primær og tilbagefaldsbehandling og efterværn samt til BO-enheden, Stifinder og Mentorprojektet og Quindeprojektet.

Der arbejdes aktuelt på indførelse af BUM-modellen (klar adskillelse mellem bestiller- og udførerfunktionerne – modtager) på voksenområdet i Fredericia Kommune. Det er endnu ikke fuldstændigt afklaret, hvordan visitationsproceduren vil se ud for misbrugscentret under BUM-modellen.

Behandlingsgaranti

Misbrugscentret oplever ikke, at der er problemer med at overholde behandlingsgarantien. Den gældende lovgivning følges. Men hvad betyder behandling egentligt? Ifølge lovgivningen skal behandlingen være iværksat, og det er den, hvis klienten starter op på metadon. Det kan hurtigt iværksættes, fordi en borger, som kontakter misbrugscentret en mandag, kan starte med metadon samme onsdag, når lægekonsulenten er i centret. Derefter kan der bruges tid på at få udredt klienten. Den sociale anamnese er ikke altid lavet inden for de 14 dage.

1.4 Opsøgende indsats

Støtte- og kontaktpersonsordning – Gadeholdet er et tilbud om støtte og kontakt til sindslidende, de mest udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt til hjemløse. SKP-arbejdets mål er at støtte borgeren i de aspekter af hverdagslivet, som borgeren har vanskeligt ved selv at håndtere fx at støtte borgeren i kontakten til kommunens tilbud som hjemmepleje, pensionsansøgning eller andet, praktiserende læge, hospital og boligselskab. SKP-indsatsen er opsøgende både i forhold til samarbejdspartnere og på gadeplan. Der er ingen formel visitation til ordningen, hvilket er lovgivningsbestemt.

Det politiske fokus er på de stofmisbrugere, som arbejder hen imod at blive stoffrie. Det er i forhold til denne gruppe, at der har været ressourcer. Generelt har der manglet ressourcer og prestige i arbejdet i forhold til de stofmisbrugere, som ikke ønskede et stoffrit tilbud. Spørgsmålet er, hvor der

skal sættes ind i forhold til dem, og hvordan deres hverdagsliv og livssituation forbedres. SKP arbejder for, at de har og kan fastholde en bolig samt støtter dem på det personlige plan, når der fx har været brand i lejligheden. Tidligere var der i Fredericia et opholdstilbud til de stofmisbrugere, som fortsat er på medicin. Sådant et botilbud er der behov for igen.

1.5 Handleplan

Det er misbrugscentrets opgave at udarbejde en behandlingsplan for behandling af borgerens misbrug. Den åbne rådgivning udformer sammen med borgeren en behandlingsplan med udgangspunkt i de problemstillinger, som borgeren ønsker at arbejde med i behandlingsforløbet. Inden for 14 dage efter borgerens henvendelse drøftes behandlingsplanen på et visitationsmøde og visiteres her videre til et tilbud i misbrugscentrets regi eller eventuelt til et privat døgnbehandlingstilbud. Planen indeholder behandlingsbehov, mål og metoder. Den kvalitetssikres ved jævnlig opfølgning.

Misbrugscentrets psykolog foretager screening, hvis det i forbindelse med udarbejdelsen af behandlingsplanen vurderes, at der er behov for at supplere visitationen med en psykologisk udredning.

En gang om måneden har centrets medarbejdere sagssupervision med psykologen. Det er hensigten, at medarbejderne skal kvalificeres til at kunne spotte klienter med mindre depressioner. Samtaleforløb af længere varighed henvises til de praktiserende psykologer i kommunen.

1.6 Social behandling

Den sociale behandling består for det første af ambulante individuelle samtaleforløb og har til formål at være afklarende og rådgivende i forhold til borgere, der er i tvivl om, hvorvidt der skal søges stoffri behandling eller ej. Der er en øvre tidsgrænse på 3 måneder for et sådant forløb. For det andet af social træning i fx Havnecafeen og i BO-enheden.

Stoffri nærbehandling

Et tilbud, som dækker det samme som et traditionelt døgnbehandlingstilbud, men i nærmiljøet. Der er mulighed for dagbehandling kombineret med ophold i BO-enheden, hvor der tilbydes social træning. Målgruppen er både unge og voksne misbrugere. Nærbehandlingen omfatter: Udarbejdelse af personlig handleplan, individuelle samtaler, programsat gruppebaseret dagbehandling, tilbagefaldsforebyggelse, botilbud med social træning, efterværn og eventuelt afgangstur i begyndelsen af behandlingsforløbet.

Værestedet Havnecaféen er for aktive stofmisbrugere, og det er her, medicinudleveringen foregår enten en time om morgenen, hvor der udelukkende

er åbent for dem, som modtager medicin samt en halv time midt på dagen. At rammen for medicinudlevering er Havnecaféen og ikke apoteket vurderes som positivt, fordi stofmisbrugerne således ikke skal stå ventende ved apoteket, og fordi der derved er mulighed for daglig kontakt mellem misbrugscentrets medarbejdere og misbrugeren. Da misbrugscentret var en del af Vejle Amt, havde amtet udgiften i forhold til udlevering af medicin, som foregik på et apotek i byen. Brugere stod ude på gaden og blev lukket ind en efter en. Et par år før kommunalreformen søgte misbrugscentret amtet om at stå for udleveringen selv. Derefter flyttede udleveringen til Havnecaféen.

Havnecaféen er fysisk nabo til misbrugscentrets åbne rådgivning. Værestedets formål er at skabe rum for:

- Bedre levevilkår og øget livskvalitet for den enkelte bruger.
- At være et sted, hvor man både kan være sig selv og være sammen med andre.
- At blive set og taget alvorligt som mennesker der, hvor man er.
- Socialt samvær.
- Råd og vejledning af medarbejdere, der har kendskab til misbrugsområdet.

I Havnecaféen er der mulighed for at købe mad og drikke samt deltage i forskellige aktiviteter. Der er et særligt tilbud om aktiviteter rettet mod værestedsbrugere i substitutionsbehandling. Det er et tilbud, som ikke er stoffri behandling, og som ikke alene har karakter af omsorg og skadereduktion.

Værestedet har åbent alle hverdage mellem kl. 9-14. Der er 3 medarbejdere i værestedet, heraf er 2 ansat i fleksjob og en ansat i en 4 årig periode i et projekt.

Fredericia har et af de ældste væresteder for stoffrie, nemlig Solstrålen, som drives af tidligere stofmisbrugere.

BO-enheden

Kombineret med at være i narkobehandling kan der indgå social træning i BO-enheden, som består af 10 pladser for ikke aktive misbrugere, altså ædru alkoholikere og stoffrie misbrugere med socialtræning. Der er fokus på dagligliv og ikke behandling i forhold til basale behov som personlig hygiejne, madlavning, måltider, indkøb, rengøring og vedligeholdelse af egen bolig. Fællesskab og samarbejde, adfærd, fremtid og netværk samt aktuelle situation i forhold til bolig, økonomi og familieforpligtelser. Pladser i BO-enheden sælges til borgere fra andre kommuner. Der købes sjældent halvvejspladser, fordi Fredericia har BO-enheden. BO-enheden er desuden godkendt til alternativ afsoning.

Aktivering - arbejdsmarkedstilbud

Med henblik på at hjælpe færdigbehandlede misbrugere i uddannelse eller på arbejdsmarkedet i Virksomheden Fredericia er der 2 projekter nemlig Stifinder og Mentor. Stifinderne er et forrevalideringsforløb for clean stofmisbrugere, hvor de får gjort status uddannelses- og jobmæssigt. Der bliver udarbejdet ressourceprofil og handleplan. I Stifinderen er der medarbejdere med specialviden i forhold til arbejdsmarkedet.

Mentorprojektet har til formål at hjælpe tidligere misbrugere samt misbrugere i metadon- og subutexbehandling helt ud på arbejdsmarkedet eller i uddannelse. Mentorerne er misbrugere, som har etableret sig på arbejdsmarkedet, og som derfor kender vejen til arbejdsmarkedet fra dem selv. Projekter udspringer af et partnerskab mellem kommunens Arbejdsmarkedsafdeling og Landsforeningen af VæreSteder.

Som et nyt tiltag arbejdes der med ”medicinsk aktivering”. Her arbejdes der med klienter fra misbrugscentret, som er i medicinsk behandling, og for hvem stoffrihed ikke er umiddelbart opnåeligt. Disse klienter vurderes arbejdsmæssigt og søges motiveret for et arbejdsliv.

Hashprojekt er iværksat i 2005 med henblik på at udvikle et særligt hashbehandlingstilbud til unge mellem 18 og 25 år med et eksperimenterende eller et problematisk brug af hash. Der er aktuelt ikke mange erfaringer med gruppen af unge under 18 år, som har et overforbrug af rusmidler eller, hvor misbruget er så udtalt, at der skal iværksættes behandlingstilbud. Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Fredericia og Kolding Kommuner.

1.7 Medicinsk behandling ved lægekonsulent og sundhed

Misbrugscentrets lægekonsulent er privat praktiserende læge og har konsultation i misbrugscentret 2 timer en dag om ugen. Lægekonsulenten ordinerer medicin. Visitationen til medicinsk behandling foregår på medicinmøder i misbrugscentret og med lægekonsulenten en time hver uge.

Forinden har konsulenterne oprettet sagen. Lægen har en samtale med klienten og udarbejder eget notat. Lægen foretager i øvrigt opfølgning, når klienten er i medicinsk behandling. I særlige tilfælde er det muligt for centrets medarbejdere gennem telefonisk kontakt til lægekonsulenten at få fx forhøjet medicinen. Ordineres der fx medicin til en gravid stofmisbruger pr. telefon til lægekonsulenten om mandagen, har lægekonsulenten altid vedkommende inde til samtale om onsdagen.

Sundhedstilstanden blandt landets narkomaner er ikke god. Når der er noget helbredsmæssigt udover det, lægekonsulenten tager sig af, henviser han til den praktiserende læge.

Fra sommeren 2008 iværksættes et sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekt over 2 år for gruppen af de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse.

Det er bl.a. målet igennem en række sundhedsfremmende aktiviteter at opnå en forbedring i deltageres evne til at drage egenomsorg på områder som ernæring, hygiejne, kontakt til sundhedsvæsenet mv. Der ansættes en sygeplejerske i misbrugscentret til at tage sig af indsatsen. Erfaringerne viser, at brugerne sjældent går til deres praktiserende læge, og derfor vil det være en fordel, hvis de fx kan blive vaccineret i misbrugscentret. Tandlæge er også et stort problem – centret og SKP hjælper brugerne med at komme til tandlægen.

1.8 Fremtidige udfordringer

Manglende tilbud til de dobbeltbelastede misbrugere, behov for et skævt botilbud samt indsats i forhold til at kvalificere hverdagslivet og sundheden for de stofmisbrugere, som enten ikke kan eller vil arbejde hen imod stoffrihed, er nogle af fremtidens udfordringer på stofmisbrugsområdet.

En anden udfordring er heroinudlevering, som tilsyneladende ikke kun skal foregå i store kommuner. Det bliver vanskeligt at vurdere, hvem de hårdest belastede misbrugere er. Desuden er det tvivlsomt, om en sådan ordning vil forhindre personer i at have sidemisbrug. Også selve stedet og måden udleveringen skal foregå på er en udfordring. Stederne i fx Schweiz og Holland kan være forfærdelige sterile med gitter og panserglass og en sygeplejerske, der udleverer et kvart gram heroin uden, at der er nogen social behandling.

En ikke ny med fortsat udfordring er efterbehandlingen, som der generelt ikke har været til tilstrækkeligt fokus på. Efterbehandlingstilbud og at have noget at komme hjem til er meget væsentligt. Det er ikke noget problem at blive afgiftet på en behandlingsinstitution i trygge rammer med personale 24 timer i døgnet – slaget skal stå i lokalmiljøet, når stofmisbrugeren møder den lokale pusher – der kræver det en indsats og en kontakt.

Der er forskelle på, hvilke tilbud der har været til stofmisbrugere rundt om i landet, og det vil der sikkert fortsat være. Formodentligt kommer der til at ske et samarbejde i nærområderne. Desuden vil der være ydelser, som bliver solgt eller købt af nabokommunerne. Der er nu mulighed for at tjene penge på området, en mulighed som ikke været tidligere. Nogle kommuner oplever at købe ekstreme dyre ydelser fra andre, og det er således tydeligt, at der er tale om en markedsføring på stofmisbrugsområdet efter kommunalreformen. En optimal erfaringsopsamling har ikke fundet sted.

2 Nordsjælland

Case-beskrivelsen er baseret på interview med lederen af Nordsjællands Misbrugscenter Søren Niendam. Desuden er centrets hjemmeside anvendt.

Nordsjællands Misbrugscenter er forankret i region Hovedstaden under psykiatrien. På sigt i løbet af måske 3 år er det sandsynligt, at Hillerød Kommune vil hjemtage tilbuddet. Der findes misbrugsambulatorier i Hillerød, Farum, Hørsholm, Frederikssund og Frederiksværk. Ambulatorierne fungerer som møde- og visitationssteder for den videre behandling.

Misbrugscentret har tilbud til stof- og alkoholmisbrugere, deres pårørende og hjemløse. Centrets tilbud er organiseret i bl.a. følgende team: Basis unge, familie, dagbehandling, udgående, dobbeltdiagnose og en hjemløseafdeling. I alt har misbrugscentret 140 medarbejdere.

Misbrugscentret har i alt 2.500 personer indskrevet hvert år, et konstant antal, heraf er 700 stofmisbrugere, og ingen af disse er af anden etnisk oprindelse end dansk. Der er tendens til lidt flere unge end ældre, og at nyhenvendelser kommer fra meget dårlige stofmisbrugere. Hovedparten af stofmisbrugerne har været i centret i en årrække, og vurderingen er, at det er få stofmisbrugere i området, som centret ikke har kendskab til.

2.1 Ændringer som følge af kommunalreformen

Kommunerne overtog med kommunalreformen ansvaret for behandling af stofmisbrug fra amterne. Det er således i dag kommunerne, som har myndighedsansvaret i forhold til behandling, hvor det tidligere var amtet. Nordsjællands Misbrugscenter er således efter kommunalreformen leverandør af ydelser, hvilket er den væsentligste ændring efter reformen.

Efter kommunalreformen synes den faglige debat og udvikling på stofmisbrugsområdet svækket. Der mangler politisk bevågenhed på stofmisbrugsområdet. Nærværende undersøgelse er et eksempel på dette. Der er tale om en national undersøgelse af konsekvenserne af kommunalreformen på stofmisbruget iværksat af en lokal leverandør. Undersøgelsen er relevant, men burde genereres fra en interesseorganisation eller fra Velfærdsministeriet, Indenrigsministeriet, Sundhedsministeriet eller fra Sundhedsstyrelsen. Der bliver drøftet små hjørner af stofmisbrugsområdet som fx fixerum og heroinforsøg.

Regionalt opleves også et underskud i orienteringen mod stofmisbrugsområdet. En forankring i et stort psykiatrisk driftsområde, som primært beskæftiger sig med sygehuspsykiatri og socialpsykiatriske botilbud kan betyde en stedmoderlig prioritering af den sociale behandling.

2.2 Samarbejde

Samarbejdet mellem region, kommuner og det regionale misbrugscenter er styret af rammeaftaler som er misbrugscentrets grundlag for samarbejdet med kommunerne, og nogle driftsaftaler med regionen, som sætter rammerne. Kendskabet til disse samarbejdsaftaler kunne være mere udbredt i kommunerne.

Misbrugscentret har samarbejdsaftaler om misbrugsbehandlingen med følgende kommuner i Region Hovedstaden; Hillerød, Rudersdal, Furesø, Gribskov, Frederikssund, Frederiksværk-Hundested, Hørsholm, Fredensborg, Allerød og Egedal Kommuner. Der er ikke samarbejde med de øvrige omkringliggende kommuner.

Misbrugscentret mødes 4 gange om året med en følgegruppe bestående af beslutningstagere fra kommunerne. Samarbejdet er velfungerende, men beslutningerne fra følgegruppen er ikke altid kendt af medarbejderne på området i de enkelte kommuner.

Teammedarbejdere og mellemledere fra misbrugscentret, som fungerer ude på de 5 ambulatorier indgår i et netværk. Der afholdes faste møder 4-6 gange om året med hver kommune, hvor de aktuelle sager drøftes. Samarbejdet er generelt velfungerende. I nogle enkeltsager kan der være forskellige opfattelser af, hvilket tilbud borgeren vil have glæde af. Borgere, som er på livslang metadon, er dem, der bliver gjort mindst for, og hvor der mangler en helhedsorienteret indsats.

Tidligere opererede misbrugscentret med en solidarisk årstakst for kommunerne. Inden for denne takst kunne borgerne fra kommunerne blive ind- og udskrevet et varierende antal gange. Nu betaler kommunerne udelukkende for de ydelser, de modtager fra misbrugscentret. Ulemperne ved denne form er administration samt, at kommunerne ikke kan budgettere med udgiften.

Samarbejdet mellem kommuner og misbrugscenter foregår i store linjer som tidligere. Nogle kommuner har tillid til det regionale tilbud, andre kommuner er fokuseret på økonomien i tilbuddene og ønsker at være inddraget, tilsyneladende uden altid at have tilstrækkelig faglighed eller medarbejdere til at varetage involveringen.

Misbrugscentret udbyder kurser for kommunale medarbejdere. Det kan fx være i den motiverende samtale eller i kognitiv behandling. Kurserne er en del af en udviklingsstrategi.

Hvor indsatsen og samarbejdet omkring de dårligst stillede stofmisbrugere kunne trænge til forbedringer, er samarbejdet mellem misbrugscentrets ungeteam og kommunerne velfungerende. Procedure og løbende status er sat i system. Der er fokus og prioritering af unge mellem 15 og 25 år. Unge-

gruppen er typisk karakteriseret ved at have andre problemstillinger end misbrug, og der er for de fleste muligheder for at støtte dem i nuværende tilbud. I de kommunale forvaltninger er der bedre ressourcer, og handleplansarbejdet bliver udført. Også med hensyn til familier er der et velfungerende samarbejde. Det er kun hovedpersonen, som kommunerne skal betale behandling for, indsatsen i forhold til de pårørende er dækket ind gennem denne takst.

En målgruppe, som falder mellem to stole i forhold til samarbejdet, er institutionaliserede psykisk syge misbrugere, som ikke er udredt, fordi de aldrig har stået stille længe nok til at få en diagnose. Inden for psykiatrien afvises de med henvisning til, at de ikke er dårlige nok. I misbrugscentret fylder denne gruppe meget, fordi de er udadreagerende, selvom det drejer sig om få personer. Vurderingen er imidlertid også, at der er flere af denne gruppe misbrugere end tidligere. Samarbejdet med psykiatrien er mangelfuldt. Misbrugscentret er sideordnet med psykiatrien, og der burde være en visitation og et samarbejde på tværs. Der er imidlertid ikke taget nogen initiativer til samarbejde mellem områderne.

2.3 Visitation

Kommunerne har visitationskompetencen, og misbrugscentret er leverandør af ydelser. Misbrugscentret er en regional institution i offentligt regi, som er leverandør til nogle andre myndigheder nemlig kommunerne i regionen.

Tidligere behøvede kommunerne ikke, ifølge fordelingen af opgaver, at forholde sig til stofmisbrugsområdet – det kunne de overlade til misbrugscentret. Det gør nogle af dem fortsat. Omvendt er visitationsretten kommunernes nu. De visiterer i udgangspunktet til misbrugscentret og til privat døgnbehandling.

For nogle kommuner kan det være vanskeligt at overholde de frister, der er i forhold til at melde tilbage til misbrugscentret. Muligheden for at afslå misbrugscentrets tilbud er også til stede. Når det sker, er det en kompliceret proces at få behandlingen på plads.

Kontakten etableres typisk ved, at borgeren selv henvender sig til misbrugscentret for at komme i metadonbehandling. Sagsbehandlere fra de kommunale forvaltninger og medarbejdere i Kriminalforsorgen henviser også til centret. Efter henvendelsen tager centret kontakt til borgerens hjemkommune, så metadonbehandlingen kan starte. Det behøver ikke at tage 14 dage. Typisk vil der blive lavet en ASI-udredning, sagsfremstilling og eventuel indstilling til visitation til døgnbehandling.

Behandlingsgaranti

Reglen er, at Misbrugscentret inden for de første 24 timer efter at folk er mødt ind, skal meddele kommunen, at en behandling er iværksat. Så kan kommunen som myndighed enten godkende eller ej. Dette omfatter både stofmisbrug og alkoholmisbrug. Forpligtelsen gælder kun stofmisbrugsområdet. Der er 14 dages behandlingsgaranti. Enkelte kommuner kan have udarbejdet en servicedeklaration, hvor perioden er 7 dage.

Der er mange fordele ved en behandlingsgaranti. For det første er behandlingsgarantien medvirkende til at pege på, at der skal være det rette tilbud på rette tid. For det andet er motivationen ikke en fast størrelse, men netop et forhold man kan arbejde med inden for de 14 dage. For det tredje er behandlingsgarantien med til skabe en politisk opmærksomhed på et område, idet opmærksomheden rettes mod, at misbrugscentret skal levere noget og inden for visse standarder, og at brugerne eller brugernes interessefællesskab kan holde systemet fast på, at tilbyde et behandlingstilbud.

For det fjerde er der spørgsmålet om, hvilket behandlingstilbud der bliver givet inden for fristen af garantien. Det kan fx være motiverende samtaler eller afklarende samtaler om, hvad behovet er.

Det kan fx i specifikke situationer med flere eller længerevarende sygemeldinger fra medarbejderne, være vanskeligt at overholde behandlingsgarantien. Borgeren får i sådanne tilfælde tilbud om at vende tilbage, når medarbejderne er tilbage på arbejde eller om at henvende sig på et af de nærliggende andre ambulatorier i regionen.

2.4 Handleplan

Misbrugscentret laver behandlingsplan, og kommunen skal lave en handleplan. Der vil være nogle af metadonbrugerne, som har været klienter i misbrugscentret i 20 år, som ikke har behandlingsplan, men der arbejdes på at gøre noget ved det. En del af disse klienter vil vedblive med at være på metadon, og det er en skadereducerende indsats, der skal til. Noget som kommunerne i langt de fleste tilfælde er enige i. Der vil formodentligt også være en del af disse klienter, som ikke har en handleplan. Det kan synes lidt tilfældigt, om de mest marginaliserede får udarbejdet handleplan.

2.5 Social behandling

Misbrugscentret har et udbygget ambulante behandlingstilbud bestående af følgende dele, som klienten kan deltage i:

- Motivation enten ved enkeltsamtaler eller i gruppe.
- Handleperiode.

- Færdigbehandlet.
- Tilbagebehandling.

Det er helt centralt, at metadon ikke står alene, og at der skal være en social opfølgning af den ene eller anden art. Udover de 5 ambulatorier, som er kontaktsadresser, er der misbrugscentrets forskellige team. Misbrugscentret er mobilt, og hensigten er at møde op der, hvor behovet er. Metadonbussen er et eksempel på dette. De sociale ydelser foregår i ambulatorierne, og det er den vigtigste del af misbrugscentrets indsats – den sociale kognitive indsats og den systemiske, når det handler om børn i familien.

2.6 Medicinsk behandling og sundhed

Medicinen ordineres og kontrolleres af en læge. Misbrugscentret benytter sig af lægekonsulenter. Der er 10 tilknyttet centret.

Alle klienter i misbrugscentret har en almen praktiserende læge. En del er pga. deres udadreagerende adfærd ikke ønsket i praksis. I misbrugscentret tilses de efter Sundhedsstyrelsens koncept bl.a. i forhold til vaccine, fysisk helbred, tænder og hiv. En problemstilling er imidlertid grænsen mellem, hvad misbrugscentret skal tage sig af, og hvad der er den almen praktiserende læges ansvar.

2.7 Fremtidige udfordringer

Det vil sandsynligvis tage år før den endelige organisering er på plads. 2007 og 2008 er overgangsår, og det kan blive bedre, men udfordringerne er bl.a., hvor medarbejderne og den faglige indsigt kommer fra. På sigt vil kommunerne sandsynligvis hjemtage stofmisbrugsområdet. Efter år 2009 kan kommunerne hjemtage området fra regionen. Det er en kompleks og facetteret opgave at hjemtage, og der skal formodentligt være nogle garantier for, at andre kommuner vil bruge tilbuddet.

For nuværende er det kun region Nordsjælland og Nordjylland, som har stofmisbrugsområdet forankret i regionen. Det fordrer et vist fagligt niveau at være forankret i regionen, og hvordan bevares det? At etablere en faglig udvikling af stofmisbrugsområdet er en fremtidig udfordring.

Rekruttering af kvalificerede medarbejdere både i kommuner og på misbrugscentre bl.a. på sagsbehandlerniveau, men også i forhold til læger og psykiatere, er både en aktuel og en fremtidig udfordring.

Desuden er det en fremtidig udfordring at få etableret kontakt til og tilbud rettet mod stofmisbrugere med anden etnisk oprindelse end dansk.

3 Aalborg Kommune

3.1 Organisation

Case-beskrivelsen af stofmisbrugsområdet i Aalborg Kommune er udarbejdet på baggrund af interview med Hanne Manata, socialchef i Familie- og Beskæftigelsesafdelingen samt centerleder Bjørn Hogrefte, Center for Misbrug og Socialt Udsatte og afdelingsleder Christen F.F. Bisgaard, Misbrugsafsnittet.

Aalborg Kommune løser opgaver på stofmisbrugsbehandlingsområdet, der dels er deciderede behandlingsopgaver samt en række øvrige opgaver, der relaterer sig til arbejdet med stofmisbrugere.

Nabokommunerne bruger ikke Aalborg Kommune, da kommunens tilbud udelukkende er til egne borgere. Det ligger der en aftale med regionen om, hvortil de andre kommuner kan henvende sig.

Behandlingsopgaverne omfatter dagbehandling, døgnbehandling, efterbehandling og substitutionsbehandling. Dagbehandling kan have karakter af enten korterevarende individuel behandling eller længerevarende gruppebehandling, hvor der følges et planlagt ugeprogram. Dagbehandling foregår i Sankt Hans Gade 2 i Aalborg.

De øvrige opgaver består af åben og anonym rådgivning og vejledning, op-søgende arbejde over for misbrugerne, forebyggelses- og undervisningsopgaver samt samarbejde med andre aktører i og uden for kommunen.

Målgruppen af stofmisbrugere er aldersopdelt således, at arbejdet med børn og unge under 18 år med misbrugsproblemer bliver varetaget i Ungdomscentret i Børne- og Familieafdelingen under Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen.

Den sociale behandling af voksne stofmisbrugere foregår under Misbrugsafsnittet i Center for Misbrug og Socialt udsatte (CMU) med et årligt budget på ca. 90 millioner kroner. CMU er en del af Socialafdelingen ligeledes i Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen. Ud over Misbrugsafsnittet, der også tager sig af alkoholmisbrugsområdet, er der forsorgshjemmet Svenstrupgård med skæve boliger, et bo- og gadeteam, opgangsfællesskaber og op-søgende arbejde samt et brobyggeriselskab, der har hele udviklings- og konsulentdelen for hele stofmisbrugsområdet.

En aldersopdeling frem for en funktionsopdeling i forhold til stofmisbrugerne er ud fra en antagelse om, at børn og unge med stofmisbrugsproblemer først og fremmest skal have hjælp til deres sociale problemer. Derudover ønsker kommunen ikke, at børn og unge skal færdes med de garvede,

voksne misbrugere. Der er imidlertid børn og unge, der har misbrugsproblemer af en sådan karakter, at der i højere grad er behov for den faglighed, der ligger i CMU. Dette søges først og fremmest imødegået af den viden om stofmisbrug, der er i Ungdomscentret i kraft af, at tidligere medarbejdere fra CMU er ansat i Ungdomscentret. Derudover er der et uformelt og enkelt-sagsbaseret samarbejde mellem de to centerledere.

Udredning og visitation, dagbehandling og substitutionsbehandling foregår i CMU-regi. Døgnbehandling og efterbehandling foregår på eksterne (private) døgninstitutioner, da kommunen ikke selv råder over døgninstitutioner. Der er indgået aftaler med 6 døgnbehandlingsinstitutioner.

3.2 Visitation til stofmisbrugsbehandling

Henvisning kan også ske via egen læge, Kriminalforsorgen, sygehuset eller socialområderne, men behandlingen bygger på frivillighed. Der visiteres 50 personer om måneden.

Der er en visitationsdør, hvilket der i det første års tid har været brugt tid på at få organiseret, fordi der er kommet medarbejdere forskellige steder fra.

Behandlingen indledes med et visitationsforløb, hvor borgeren udredes. Der er åben rådgivning, hvor misbrugerne kan få 2-3 samtaler uden at blive registreret. Hvis misbrugerne ønsker behandling, vil de blive visiteret i visitationsudvalg, hvor der vil blive lavet en udredning. Der er faste udrednings-skemaer. Lægekonsulenten sidder ikke nødvendigvis i visitationsudvalget, men deltager kun hvis der er behov for substitutionsbehandling.

Der udarbejdes visitationsjournal og på baggrund af denne afgøres det, om borgeren skal visiteres til behandling, og hvilken form for behandling der skal være tale om.

I forbindelse med visitationen udarbejdes for hvert enkelt behandlingsforløb en individuel behandlingsplan, som beskriver behandlingsretning, varighed, eventuel egenbetaling mm.

3.3 Efterbehandling i kommunen

Der er overvejelser om, at dele af efterbehandlingen fremover skal foregå i CMU-regi for derigennem at lette misbrugernes tilbagevenden til samfundet kombineret med beskæftigelses- og boligindsats.

En anden fremadrettet udfordring er efterbehandling og integration til beskæftigelsesområdet og det at komme i bolig efter endt behandlingsindsats. Dette er også et mål for 2008. Hvordan kan man få et bedre samarbejde

mellem misbrugsbehandlingscenter og jobcenter (kommissorium udarbejdet, men ikke godkendt)? Der er efterbehandlingshuse i Aalborg, men der er ønske om et efterbehandlingstilbud. Man vil fortsat bruge ekstern efterbehandling, men for at lette overgangen til beskæftigelse og egen bolig kan det være anvendeligt med et efterbehandlingsdøgntilbud. Dermed tages misbrugerne tidligere hjem til kommunen – døgntilbud i kommunalt regi og videreførelse af behandlingen i dagtilbud og samtidig få noget beskæftigelse koblet på. At sikre udslusningen i samfundet igen. Der mangler en samlet indsats til brugerne, når de kommer tilbage fra deres behandling.

Der er indgået samarbejdsaftaler med de private døgntilbud. De mærker en stigende efterspørgsel på efterbehandlingspladser. Og derfor forventer de også at have brug for efterbehandling i døgnregi. En slags todelt efterbehandling.

3.4 Væsentlige ændringer i forbindelse med strukturreformen

Inden strukturreformen havde Aalborg Kommune gennem flere år selv løst størstedelen af opgaverne på stofmisbrugsbehandlingsområdet. I 2007 fandt oprettelsen af overbygning med CMU sted. Det første år har været brugt på at finde en måde at organisere behandlingen. Det er de ikke helt færdige med. Fremover vil de fokusere på kvalitetsløft i behandlingen: Hvilke parametre skal gælde, og hvad er god behandling?

I forbindelse med strukturreformen var en væsentlige ændring, at den lægelige del af behandlingen – substitutionsbehandlingen – overgik til kommunen fra amtet.

Da kommunen overtog substitutionsbehandlingen blev de fysiske rammer ændret, men medarbejderne forblev overvejende de samme. Det har for kommunen været en fordel at overtage substitutionsbehandlingen, da det er blevet lettere at sammentænke den sociale del med den lægelige del. Der er ca. 120 personer i substitutionsbehandling i Aalborg Kommune.

Hjemtagelsen af substitutionsbehandlingen i kommunen har været den største udfordring for kommunen. Da udlevering af substitutionsmedicin var organiseret under amtet gav dette anledning til modstand fra borgerne. Derfor skulle kommunen finde et nyt sted samtidig med, at overtagelsen af misbrugere og medarbejdere fandt sted. Der er i dag fundet et nyt centralt sted til substitutionsbehandlingen, hvorfra udleveringen finder sted.

Udlevering af substitutionsmedicin sker via Misbrugsafsnittets substitutionsbehandling i Jyllandsgade 16 i Aalborg. Hvor udlevering ikke kan finde sted i Jyllandsgade, foregår den typisk på forskellige apoteker. Andre udle-

veringsformer, som fx hjemmesygeplejen, politiet eller egen læge, kan i specielle individuelle tilfælde komme på tale.

Den lægelige del af substitutionsbehandlingen foretages af en lægekonsulent. Der anvendes desuden lægekonsulenter andre steder i CMU-regi, hvorfor det har været overvejet at ansætte en sociallæge til området for at spare på udgifterne. Kommunen har dog generelt vanskeligt ved at tiltrække læger og særligt inden for stofmisbrugsområdet.

Aalborg Kommune er i den heldige situation, at lægekonsulenten inden for substitutionsbehandlingen samtidig er overlæge i psykiatrien og varetager behandlingen af misbrugere med sindslidelser. Dette sammenfald letter på nuværende tidspunkt samarbejdet omkring dobbeltdiagnosegruppen.

Bolig- og opsøgende støttarbejdet med dobbeltdiagnosegruppen, der ikke længere er indlagt, er i forbindelse med strukturreformen overgået til kommunen. Denne opgave varetages af ”Værestedet 13’eren”, som ligger under Ældre- og handicapforvaltningen. Der er ikke et formelt organ, der koordinerer indsatsen og samarbejdet mellem Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen og Ældre- og Handicapforvaltningen i forhold til misbrugere med sindslidelse. Det har vist sig at være en udfordring at sikre koordineringen af indsatsen, når det drejer sig om personer med dobbeltdiagnoser, og hvor det i højere grad er misbruget og udstødelsen end sindslidelsen, der er problemstillingen.

3.5 Samarbejdsrelationer og netværk

Aalborg Kommune samarbejder med en række aktører på stofmisbrugsbehandlingsområdet. Det drejer sig blandt andet om:

- Sagsbehandlere i kommunens forvaltninger og afdelinger.
- Region Nordjyllands rusmiddelorganisation Foldbjergcentret.
- Psykiatrien i Region Nordjylland.
- Læger og andre faggrupper fra sundhedssektoren.
- Eksterne døgnbehandlingsinstitutioner.
- Kriminalforsorgen.

Derudover foregår der samarbejde om personer, hvor der er konstateret andre grundlidelser end stofmisbrug fx dobbeltdiagnoser i form af stofmisbrug i kombination med diagnose for sindslidelse.

Aalborg Kommune samarbejder med Region Nordjylland vedrørende indsatser for gravide stofmisbrugere – ”Baggrundsteamet”. Dette er Aalborg Kommune med til at finansiere. En såkaldt objektiv finansiering, hvor kommunerne betaler efter indbyggerantal. Et sådant team har Aalborg Kommu-

ne ikke selv ønsket at oprette, da kommunen er tilfreds med de erfaringer og den ekspertise, der allerede ligger i regionen.

Samarbejdet med Region Nordjylland foregår alene i form af rammeaftalerne, der laves med kommunerne. I denne samarbejdsaftale indgår Aalborg Kommune i et fagligt netværk med Region Nordjylland og de andre kommuner i regionen omkring misbrugsområdet generelt. Her afholdes der 4 møder årligt, hvor der udveksles erfaringer og ideer. På samme måde gør det sig fx gældende på forsorgshjemsområdet. Det er endnu ikke klart, hvad netværkssamarbejdet på misbrugsområdet indebærer. Der er lavet kommissorier for netværket. Formandskabet for netværket er delt mellem regionens misbrugscenter og Aalborg (der foreligger rammeaftale og netværksskmissorium på regionens hjemmeside).

Derudover er det et narkosamråd, hvor regionen, misbrugscenterlederne, kriminalforsorg og politi deltager i.

3.6 Koordination af handleplaner

Når en misbruger henvender sig for at få behandling for sit misbrug, skal der udarbejdes en handleplan for selve misbrugsbehandlingen. Servicelovens § 141 foreskriver, at der skal tilbydes udarbejdelse af handleplan for den enkelte stofmisbruger.

Handleplanen skal angive:

- Formålet med indsatsen.
- Hvilken indsats der er nødvendig for at opnå målet.
- Den forventede varighed af indsatsen.
- Andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv.

Det er målsætningen for 2008, at indsatsen i stofmisbrugsbehandlingen koordineres i et tæt samarbejde med den enkelte misbrugers rådgiver i socialområdet/-centret. Aalborg Kommune har oplevet, at koordineringen af de relevante enheder i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen kan være vanskelig. Kommunen har derfor udarbejdet et såkaldt snitfladepapir, der præciserer opgavefordelingen mellem jobcenter og socialafdeling.

Koordineringen af selve udarbejdelsen af handleplanerne foregår ved ledermøderne med centerlederne og kontorcheferne på socialområderne, som varetager såvel udbetaling af ydelser som den sociale indsats.

Udarbejdelsen af handleplanen skal koordineres med socialafdelingen og/eller jobcentret. I tilfælde, hvor der er tale om en misbruger med børn, skal

en rådgiver fra børne- og familieafdelingen ligeledes inddrages i koordineringen.

Det har vist sig problematisk, at den beskæftigelsesrettede indsats er adskilt fra den sociale indsats. For misbrugerne betyder det, at de har i hvert fald 2 rådgivere. Hvis der tilmed er familier involveret, er der yderligere en rådgiver (3 i alt); en arbejdsløs misbruger med barn, som er på kontanthjælp. Der skal i så fald udarbejdes en jobhandleplan, en handleplan for barnet og en social handleplan. Dette er for så vidt ikke en ny problemstilling, der er opstået med strukturreformen.

3.7 Øget pres på visitationen til behandling

Aalborg Kommune har oplevet, at presset på visitationen i misbrugscentret er blevet øget. Forklaringen på dette hænger i høj grad sammen med, at jobcentret er presset til at få flere i beskæftigelse, herunder gruppen af misbrugere, der derfor må gå i behandling. Mandskabet i visitationen er blevet forøget som en reaktion herpå.

De dårlige er kommet frem af skufferne og er nu nødt til at blive visiteret. Misbrugerne har oplevet, at de skal aktiveres, og det kan de ikke, hvis de er i misbrug. Mandskabet i visitationen er udvidet.

3.8 Samlet opfattelse af tilgangen til misbrugerne

Inden strukturreformen var der i kraft af, at behandlingen af stofmisbrugere både lå i amtsligt og kommunalt regi, forskellige ideologier og modeller omkring stofmisbrugsområdet. Med strukturreformen har det første år været brugt på at sammentænke opfattelsen af misbrugsområdet for derigennem at lette koordineringen af indsatserne: Ambulant-, døgn- efter-, og substitutionsbehandling mv.

3.9 Frontmøder

For at undgå, at de forskellige indsatser overlapper hinanden, er der blevet oprettet såkaldte frontmøder, hvor alle fra Frelsens Hær, varmestuer, Kofoeds Kælder og andre projekter mødtes med jævne mellemrum i løbet af året for at koordinere tiltag dels på medarbejderniveau, dels på lederniveau.

Det er indtrykket, at der stadig er brug for at metodeudvikle koordinering af tiltag. Der er fx SKP'er flere forskellige steder. Hvordan kan man lave faglige fællesskaber for medarbejderne?

3.10 Samarbejdsrelationen mellem misbrugsbehandling og jobcenter

Når en misbruger henvender sig, er der traditionelt en social sagsbehandler og en sagsbehandler fra jobcentret med indover. Der har været knaster med at få koordineret, når en misbruger kom fra døgnbehandling og så give jobcentret besked og selv få besked ved udskrivningen. Der er ikke blevet formaliseret et samarbejde for at undgå lignende situationer med fx jobcentret. Men der er blevet indgået samarbejdsaftaler med døgnbehandlingsstederne. Der er ikke samarbejdsaftaler med forvaltningsdelen, men det er hensigten, at forvaltningen skal vide, hvorledes arbejdsgangen er i CMU.

Jobcentrene har det besværligt. De arbejdsløse presses til at komme i arbejde. Misbrugerne presses til at komme i behandling, hvilket kommer til at halte i forhold til at motivere misbrugerne, hvis de ikke er parate. Der er misbrugere, der ikke kommer af egen vilje. En misbruger, der ikke selv oplever at have et misbrug, og som går i behandling udelukkende for at bevare sit økonomiske grundlag, er vanskelig at arbejde med.

Det er meget få misbrugere, der ikke får et behandlingstilbud inden for garantien. Der er desuden meget få misbrugere, der påberåber sig behandlingsgarantien. Der er misbrugere, for hvem det tilmed kan gå for hurtigt med at blive sendt i døgnbehandling. I fusionsfasen mellem 2 personalegrupper har der været pres på de enkelte medarbejdere, hvilket har betydet forsinkelser. Man kan inden for en uge få aftalt et møde om at komme til en samtale med en medarbejder. Der kan være en barriere i forhold til psykiatrien. Dertil kommer, at selvom kommunen overholder garantien, kan det godt være, at behandlingsinstitutionen har 1-2 måneders ventetid. Som en reaktion på dette foretager centret en række løbende, vedligeholdende og støttende samtaler med misbrugeren for at holde snor i misbrugeren, så vedkommende passes i ventetiden. Kommunen vil hellere gøre dette end at vælge et andet tilbud, hvor der er kortere ventetid. Kommunen har ikke oplevet, at der er i den forbindelse er misbrugere, der er sprunget fra, fordi der er sat tid, navn og sted på tilbuddet. Dette hænger også sammen med, at tilbuddene er varierede i Aalborg, og hvor SKP'er, gademedarbejdere etc. i et eller andet omfang har hånd om misbrugeren.

Når misbrugeren er i slutningen af sit behandlingsforløb, udarbejdes der i samarbejde med sagsbehandleren en handleplan. Der er ikke tale om et formelt samarbejde. Jobcentrene udarbejder jobplaner og inddrager CMU efter forgodtbefindende. Denne funktion varetages tilfredsstillende.

Der er tydelige skel mellem jobcentre og CMU i forhold til, hvem der løser hvilke opgaver. Dette indebærer, at CMU og jobcentrene ikke deler alle oplysninger om fælles brugere. Hvilke informationer er det vigtigt, at jobcentrene får? De har forskellige ønsker og tilgange. En jurist er blevet sat til at se nærmere på spørgsmålet om, hvad der vejer tungest: Persondataloven

eller det at man er samme forvaltning, samt hvilke personfølsomme oplysninger en jobkonsulent har brug for at få at vide for at bestemme en given beskæftigelsesretning.

3.11 Forbehandling

På alkoholsiden er der afklaring og motivation inden selve behandlingen for derigennem at spare på behandlingstimerne, som er dyrere end forbehandlingsamtaler. Det tilbud er der ikke direkte på stofsiden. Der er dog uformelle og enkeltsager, hvor man giver en række samtaler i centret til misbrugere, der fx kan være i tvivl om indholdet af et givent tilbud. Derudover afholdes der forbesøg på døgntilbuddene. Der er et behov, men langt fra hver gang.

3.12 Opsøgende medarbejdere

Som en del af kommunalreformen blev de opsøgende medarbejdere placeret i ungdomscentret.

Der er bevilliget midler til 3 nye opsøgende medarbejdere, der starter i løbet af 2008, og er placeret i CMU.

3.13 Efterbehandling

Der er i kommunen et mål om, at misbrugere i døgnbehandling skal vende tilbage til kommunen igen.

Dette er ud fra et ønske om at have sociale netværk til tidligere og nuværende misbrugere fx ved NA. Dette er netværk, som ikke er en del af de kommunale tilbud, men som har afgørende betydning for, om de afgiftede misbrugere kan få en almindelig tilværelse. Det er netop erfaringen, at tidligere misbrugere kan være gode rollemodeller i sådanne sociale netværk. I dag er der i Aalborg Kommune et netværk af tidligere misbrugere, der lever en almindelig tilværelse, og som fungerer som et tilbud, som Aalborg Kommune ikke kan levere.

Misbrugere, der kommer i døgnbehandling, er garanteret en plads i et bofællesskab, når de vender tilbage til kommunen. Derudover er der en række krav om misbrug og deltagelse i efterbehandlingsgrupper, som de skal følge.

Der arbejdes på at overtage mere af efterbehandlingen fra døgnbehandlingstilbuddene.

3.14 Dobbeltbelastede misbrugere

Misbrugere med dobbeltbelastninger befinder sig i kortere eller længere tid i ingenmandsland under misbrugscentret, mens de venter på at få en diagnose. Når de får en diagnose, hører de under Ældre- og handicapforvaltningen.

De arbejder på at lave samarbejdsaftaler med dobbeltdiagnoseteam og psykiatrien om håndteringen af dobbeltdiagnosemisbrugere.

3.15 Ambulant og/eller døgnbehandling?

Der arbejdes på en model, der forventes at løbe af stablen i august, hvor misbrugerne skifter mellem døgn- og ambulant behandling efter behov.

3.16 Overgangen fra ungdomscenter til misbrugscenter

Aalborg Kommune oplever samtidig, at der er en ny gruppe af unge, der er vanskelig at få fat på. Der er tale om ungegrupper over 18 år, der ellers har klaret sig godt, men hvor misbruget er eskaleret.

Unge misbrugere, der fylder 18 år, overgår til misbrugscentret. I og med at der er medarbejdere i Aalborg Kommune, der har arbejdet i begge centre, er der et tilfredsstillende og uformelt samarbejde om overgangen. Men der er stadig brug for at forbedre indsatsen.

Den traditionelle stofmisbruger er en uddøende race. Unge misbrugere er i dag kortere tid om at ødelægge deres liv, da der er nogle andre stoffer end tidligere. De unge kører derfor for langt ud, inden de modnes aldersmæssigt, og så er det vanskeligt at hjælpe dem. Der savnes fokus på dette problem. De unges selvopfattelse gør, at de falder uden for målgruppen for misbrugscentret – de ser ikke sig selv som misbrugere.

Disse nye mønstre og tendenser inden for misbrugsmiljøet er kommunen ikke rustet godt nok til at møde.

3.17 Hvad har reformen betydet for brugerne?

Umiddelbart er det for tidligt at sige, om misbrugerne har fået det værre eller bedre af ændringerne. Dette kan der ikke sættes ord på. De har ikke fået reaktioner, de kan tolke i den ene eller anden retning.

Der er indgået en aftale med Svenstrupgård om 2 faste afrusningspladser, så uanset tidspunkt er der altid 2 pladser.

3.18 Væsentlige problemer på området generelt

- De dobbeltbelastede og ikke kun de dobbeltdiagnosticerede. De er *stadig* vanskelige at håndtere. 2 lovgivninger. Hvem skal tage sig af dem?
- Det er ikke nemt at være misbruger i en lille kommune, der mangler erfaring og ekspertise på området. Politikerne er ikke alle steder afklarede.
- Regionerne forsvinder.
- Kommuner, der hjemtager, får problemer, når de ikke magter opgaverne.

4 Esbjerg Kommune

4.1 Organisation

Case-beskrivelsen af stofmisbrugsområdet i Esbjerg Kommune er udarbejdet på baggrund af interview med centerleder Jan Jørgensen samt tre medarbejdere.

Esbjerg Kommune har overtaget Center for Misbrug fra Ribe Amt i forbindelse med strukturreformen og er en institution under Social- og arbejdsmarked under Esbjerg Kommune. Misbrugsområdet dækker rådgivning og behandling for stofmisbrug for personer over 18 år.

Der er ikke tale om væsentlige ændringer for medarbejderne på centret. Det er stadigvæk misbrugere fra enten Esbjerg, Fanø, Billund, Varde eller Vejen Kommuner, der henvender sig.

Ud over Center for Misbrug råder Esbjerg Kommune over:

- Dagcenter for misbrug. Visitation til dagbehandling sker via Center for Misbrug.
- Værestedet er organiseret under Center for Misbrug, Esbjerg Kommune. Der skal ikke ske visitation til værestedet.
- En række projekter med oprindelse og udgangspunkt i konkrete behov, der er blevet afdækket inden for organisationens samlede tiltag i forhold til målgrupperne, og som ikke har kunnet løses via en midlertidig eller permanent omorganisering.

Center for Misbrug er opdelt Stoffriteamet, som varetager forbehandling og dag- og døgnbehandling samt en ambulans afdeling – Substitutionsteamet – med klinik til udlevering af substitutionsmedicin.

Center for Misbrugs målgruppe er socialt og psykisk medtagne personer – herunder specielt personer med symptomer som stofmisbrug og kriminalitet.

Centret har målrettet sin virksomhed i forhold til rådgivning, medicinsk behandling, dag- og døgnbehandlingstilbud samt aktivitets- og samværstilbud.

Misbrugernes vej til centret foregår gennem en åben rådgivning en fast ugedag, hvor der er medarbejdere fra de to team. Der reklameres ikke med, at der er åben rådgivning. Misbrugerne kommer efter mund-til-mund-metoden. Efter mødet med misbrugeren afholdes der et opfølgende møde, hvor det bliver besluttet, hvad der skal ske i det videre forløb; om misbrugeren skal i substitutionsbehandling eller i stoffribehandling. Ved dette møde er ledelsen også repræsenteret.

De misbrugere, der skal i substitutionsbehandling, får en tid dagen efter hos en lægekonsulent, der er tilknyttet centret. Alle andre misbrugere bliver indkaldt til opfølgende samtaler med de rådgivere, der er tilknyttet den enkelte misbruger.

Substitutionsbehandlingsteamet består af 5 socialfaglige medarbejdere (rådgivere), 4 sygeplejefaglige medarbejdere samt 1 lægekonsulent. Misbrugere, der ønsker behandling, henvises til at møde i en ugentligt åben rådgivning. Der er ca. 350 personer i substitutionsbehandling. Gennem substitutionsteamet kan misbrugeren skifte til behandling i Stoffriteamet og i den forbindelse påbegynde forbehandling. Sagen på den enkelte misbruger bliver dog i substitutionsteamet i de første 3 uger, indtil centret er sikker på, at misbrugeren reelt ønsker stoffribehandling. Misbrugere, der er henvist udefra gennem Kriminalforsorgen, andre centre etc., kan gå uden om den åbne rådgivning.

Stoffriteamet består ligeledes af 5 socialfaglige medarbejdere, hvor der foretages forbehandling og afklaring (som udgangspunkt 6 uger) med henblik på videre behandling i enten kommunens eget dagbehandlingstilbud (dagscenter) eller i privat døgnbehandlingstilbud. Medarbejderne har oplevet en øget tilgang af misbrugere, der gør, at der er tilfælde, hvor behandlingsgarantien ikke er blevet overholdt. Der bliver løbende foretaget prioriteringer af de enkelte sager, hvormed misbrugerne ikke nødvendigvis kommer til efter tur.

I forbindelse med forbehandling foretages en udredning og en ”foreløbig” handleplan. At der kun er tale om en foreløbig handleplan er ud fra erfaringer med, at misbrugeren sjældent er tilstrækkeligt afklaret om egen situation. Denne foreløbige handleplan arbejdes der videre med i løbet af forbehandlingen. Herefter kommer misbrugeren i visitation. Der arbejdes også med foreløbig handleplan i Substitutionsteamet.

Dagcentret i Esbjerg foretager efterbehandling – kombinationsbehandling, hvor misbrugerne først kommer i døgnbehandling og derefter vender tilbage til dagbehandling i Esbjerg. Samtidig inddrages rådgiveren fra Team Misbrug med henblik på revalidering, aktivering eller jobtræning.

4.2 Indgangen til centret

Der er ikke sket nogen ændringer i forbindelse med kommunalreformen i forhold til, hvorfra misbrugerne kommer, når de henvender sig. Størstedelen (75 %) kommer af egen drift efter at have talt med venner og bekendte i miljøet.

Det er yderst sjældent, at det er den kommunale rådgiver, der henviser.

De har efterhånden gjort en del for at modvirke holdninger i kommunerne omkring tvangsmotivering i forbindelse med aktivering: Man kan godt passe aktivering eller holde et arbejde, selvom man er misbruger. Derfor skal kommunerne ikke sende deres kontanthjælpsmodtagere til misbrugscentret som det første.

Man kan ikke tvangsmotivere misbrugere, da det går ud over relationen mellem misbrugere og centret.

4.3 Lægen

En læge er ansat i 18,5 time om ugen i forhold til substitutionsbehandlingen. Generel mangel på læger. Derudover er der en overlæge ansat med speciale i psykiatri. Projektleder i sundhedsteam.

Der er en samlet koordinering af tiltagene, der har at gøre med lægen. Samspillet er, at de fleste, der henvender sig, kommer til sonderingssamtale i den åbne rådgivning. Den, der gerne vil i stoffri behandling, får tilbudt medicin under ventetiden. Andre kommer i substitutionsbehandling. En lille gruppe ved ikke, hvad de vil, hvilket så bliver afklaret under sonderingssamtalen.

Når rådgivningen lukker, mødes medarbejderne med ledelsen for at vende sagerne ganske kort; beskæftigelsesforhold, misbrug, psykiatri, tilsyn af Kriminalforsorgen, børn etc. Ud af de henvendte, der har brug for substitution, får de en lægetid til dagen efter, da der grundlæggende er brug for en lægefaglig vurdering. Samme dag ordinerer lægen, hvad der nu skønnes nødvendigt, men altså inden udredning, visitation og handleplan. Lægen deltager efterfølgende i teammødet for substitutionsbehandling, også hvad angår den socialfaglige udredning.

Der er ca. 350 misbrugere tilknyttet substitutionsbehandlingen fordelt på de 5 kommuner: Esbjerg, Fanø, Billund, Vejen og Varde. Det gør det fysisk umuligt for lægen at følge den enkelte tilstrækkeligt op. Det betyder, at nogle af medarbejderne følger op på den lægefaglige del. Det er hovedsageligt i forhold til at opdatere journaliseringen. Ændringer af doser mv. sker dog kun efter snak med lægen. Sygeplejersken kan godt nedjustere, men hun skal efterfølgende melde det til lægen. Ambulant nedtrapning skal være via lægen.

4.4 Ændringer for medarbejderne i kommunen

Der mærkes en stigning i antallet af kontanthjælpsmodtagere med misbrugsproblemer, der indirekte presses til at søge behandling som et krav fra Esbjerg Kommunes Team Misbrug (og lignende institutioner som fx job-

centre i andre kommuner). Det opleves dog også, at der stadig er en gruppe misbrugere – typisk dårligt fungerende misbrugere – der stadig passer sig selv.

Modsat tidligere, hvor overtagelsen af misbrugeren på centret skete mere glidende, oplever medarbejderne i dag, at de skal fremsende en status og plan for den enkelte til hjemkommunen for at få godkendelse af behandlingen. Medarbejderne oplever, at de i højere grad end tidligere skal sælge deres tilbud til kommunerne. Medarbejderne skal i højere grad retfærdiggøre ydelser i forhold til pris. ”Der er mere købmandskab i forhold til førhen”.

Dette oplever medarbejderne mest gør sig gældende i forhold til efterbehandlingsdelen; hvorvidt hjemkommunerne ønsker at betale for den enkelte misbruger. Det forløber som regel uden problemer, men den enkelte medarbejder skal bruge mere tid på at forhandle sig frem til en løsning. Grundlæggende er der tillid til, at den deciderede behandling på centret er i orden, men i forhold til efterbehandlingen, herunder bosituation og integration tilbage i samfundet, skal der på ny ansøges i hjemkommunerne. Dette ordnes dog ofte pr. telefon. Hjemkommunerne skal dog generelt involveres mere end førhen.

Hver medarbejder har ca. 70 misbrugere at rådgive. Dette er for højt, da det går ud over kvaliteten af arbejdet i og med, at man i perioder oplever, at der ikke er tilstrækkeligt med tid til den enkelte.

4.5 Tendenser på området i forhold til målgruppen

Stoffriteamet har i stigende grad oplevet, at pårørende og lærere henvender sig til teamet med børn/elever under 18 år med misbrugsproblemer. Denne målgruppe falder imidlertid uden for centrets målgruppe.

Der er tale om en stigende gruppe af unge misbrugere, som efter reformen vedrører centret, men hvor der ikke er tilbud til dem. Tidligere kunne centret bestilles til at lave udredning og pege på behandlingstilbud. Men deciderede behandlingsmuligheder er der ikke. Det arbejdes der på. Misbrugsproblemer er koncentreret omkring hash, voldsomme weekendmisbrug (fra onsdag aften til mandag morgen) og de hurtige feststoffer, hvor derouten er hurtigere.

Primo 2006 etableredes projekt Ungekontakten, der finansieredes ved midlertidige frikøb af medarbejdere i Stoffriteamet og det daværende oplysnings- og forebyggelsesteam v/centret. Formålet var at forsøge afprøvet en model, der ikke indebar stigmatisering af de unge under 18 år, men (re)etablering af positive relationer. Projektet afsluttedes inden for den aftalte tidsramme med en ekstern foretaget evaluering indeholdende forskellige anbe-

falinger til videreførelse i de kommuner, der måtte være interesseret. Ingen har endnu overtaget, men overvejer fortsat.

Kommunens tilbud til de unge under 18 år fungerer langt fra. Men det fungerer i forhold til dem over 18 år. Forsøg med Ungekontakten til unge under 18 år "Tidlig indsats over for gruppen af unge med begyndende misbrugsproblemer" fra 2005. Projektet blev afviklet november 2006 og blev ikke forlænget. Der er ikke udsigt til et nyt og lignende projekt.

Centret må ikke tage sig af unge under 18 år; de skal tilbagevises til Familieafdelingen i kommunen. Dette er problematisk, da den enkelte sagsbehandler i Familieafdelingen ikke har tilstrækkelig viden til at håndtere unge med misbrugsproblemer. Der er ventetid her. Sagsbehandler ringer derfor som regel til centret for at få rådgivning.

Det opleves som frustrerende, at de unge under 18, der henvender sig, som regel er alvorligt belastet af misbrug, men ikke kan hjælpes. Særligt når de unge og deres familie i forvejen er kendt i Familieafdelingen. Det opleves dog også, at der er en stigende gruppe af unge, der ikke er kendt i forvejen, fordi der ikke er sociale problemer i forvejen.

I sidste instans må forældrene selv betale for privat behandling, hvilket det dog er de færreste, der har råd til.

Som oftest vil kommunen forsøge at sætte de unge i et ny boplacerings eller beskæftigelsestilbud for at ændre miljøet omkring den unge.

Der er et ungeprojekt for de 18-25 årige med misbrugsproblemer. Inden for den gruppe misbrugere er der hovedsageligt tale om unge med mindre omfattende misbrug. Ungeprojektet tilbyder først og fremmest støttende samtaler med de unge. Derudover tilbydes de unge hjælp til at finde arbejde eller uddannelse.

I substitutionsteamet er der ikke sket nogen forskel på, hvem det er, som henvender sig. 350 personer er i substitutionsbehandling. Det samlede tal for centret har ligget på 450 personer i alt. Der ligger en stor arbejds pukkel i Stoffriteamet.

Der er ikke overblik over det samlede antal potentielle brugere af centret, dvs. herunder hvor mange misbrugere der ikke er tilknyttet centret.

4.6 Samarbejdspartnere

I forhold til de øvrige kommuner i området – Billund, Fanø, Varde og Vejen Kommuner, er der indgået aftale med disse, foreløbig indtil maj 2010,

hvilket betyder, at rådgivning og behandling af borgere fra de nævnte kommuner sker via Center for Misbrug.

Fra før reformen er der fortsat et samarbejde med Team Misbrug i Esbjerg Kommune. Dette team har at gøre med kontanthjælpsmodtagere med misbrugsproblemer.

Både Substitutions- og Stoffriteamet mødes med Team Misbrug og andre øvrige (aktiverings-)rådgivere i kommunen, hvis det er relevant. Det er rådgiveren fra misbrugscentret, der er ansvarlig for kontakten til Team Misbrug med henblik på et videre samarbejde om opfølgning. En formel procedure sikrer, at der bliver fulgt op på alle henvendelser i den åbne rådgivning i forhold til den kommunale forvaltning.

I ca. et års tid var der uklarhed om, hvor visitationsmyndigheden var placeret; i forvaltningen eller i centret (hos centerlederen). I dag er den placeret i centret. Undervejs har den reelt været placeret i centret, men på papiret var det hos hjemkommunerne.

Myndigheden er i Center for Misbrug. Det står dog ikke på skrift, men det kommer nok på et tidspunkt.

Der er få enkeltstående tilfælde, hvor de nye nabokommuner ønsker at få ændret behandlingen af deres misbrugere af økonomiske årsager, men det er langt fra det samlede billede.

Reelt og som udgangspunkt er det rådgiverne i Center for Misbrug, der indkalder til møde med misbruger, kommunale relevante rådgivere, Kriminalforsorg, psykiatri etc. og derfra udarbejder den endelige handleplan. Målet er, at der i praksis kun skal udarbejdes en handleplan for en misbruger. Derudover er der indgået samarbejdsaftaler om, at den instans, der har haft den første kontakt med misbrugeren inden fx en henvisning til centret, er koordinator for et samarbejde. Det sker i de fleste tilfælde, om end der er få undtagelser.

SundhedsTeam Esbjerg: SundhedsTeam Esbjerg er et tilbud til de mest marginaliserede, udstødte og eventuelt hjemløse misbrugere med fysiske/psykiske helbredsproblemer og sociale problemer, som den enkelte ønsker hjælp til, men ikke selv formår at opsøge, og hvor kontakten mellem systemet og den enkelte borger ikke fungerer. Teamet består først og fremmest af 3 SKP'er, 1 sygeplejerske samt 1 speciallægekonsulent. Det er SKP'erne, som skal opsøge misbrugere i miljøet og formidle kontakt til centret. Derudover deltager de i det daglige arbejde i centret.

4.7 Mangler i tilbuddene til misbrugerne i Esbjerg

Mangler i forhold til den enkelte misbruger er opholdssteder og forenings-tilbud. Der er tale om en målgruppe, der har svært ved at indordne sig under de brede tilbud. De mangler alternativer og er derfor i risikozonen for tilbagefald eller forværring af misbrug.

Derudover efterlyses der bedre og billigere boliger til misbrugerne. Typisk er det sådan, at misbrugere, der kommer i behandling, efterfølgende havner i socialt belastede boligområder, hvor de ofte falder tilbage i misbrug efter nogen tid.

Der er et velfungerende opgangsfællesskab, men der er 23 personer på venteliste.

4.8 Ændringer i misbrugsmønstret

Misbrugsmønstret har ændret sig i retning af de hurtige stoffer kokain og benzodiazepiner. Det er sjældent at møde en misbruger, der udelukkende er på heroin.

Det opleves, at de unge tager mere kokain end tidligere. Ofte bremser økonomien de unge til at erstatte kokainen med amfetamin mv.

Der er sket en stigning inden for alle aldersgrupper i misbruget af benzodiazepiner. Substitutionsbehandlingen til misbrugere heraf er langt vanskeligere, da der ikke er mulighed for at substituere. Indtagelsen af benzodiazepiner sker ofte sammen med alkohol og metadon. Lægen kan til en vis grad hjælpe, men dette er langt fra tilstrækkeligt.

4.9 Sundhedsfremmende tiltag

Der er ikke særlige sundhedsfremmende tiltag i Esbjerg Kommune, der er direkte tilknyttet misbrugscentret. Hvis den enkelte misbruger har brug for hjælp, kan vedkommende blive fulgt til læge eller tandlæge, men der er således mulighed for sygepleje etc. i selve centret. Det betyder, at misbrugerne ikke får den hjælp, de har brug for, fordi de generelt har svært ved at begå sig inden for sundhedsvæsenet. De ved ikke, hvorhen de skal gå, og hvordan de skal opføre sig. Sundhedstilstanden blandt misbrugerne er derfor ringe i og med, at de går rundt med sygdomme og et dårligt helbred, som de godt kunne få forbedret, hvis der eksisterede et tilbud, der var rettet mod misbrugere.

Der er sygeplejersker tilknyttet forsorgshjemmene, men det er kun for beboerne. Derfor halter de sundhedsfaglige tilbud til misbrugere i egen bolig.

4.10 Overholdelse af behandlingsgarantien

Der er en afvejning om indsatsen over for misbrugerne skal være effektiv, eller om den skal overholde behandlingsgarantien. Førstnævnte prioriteres, hvilket til tider resulterer i, at behandlingsgarantien ikke overholdes. Det sker ofte i tilfælde, hvor flere samarbejdspartnere skal involveres. Når der skal ske visitation og udredning i samarbejde med kommunale sagsbehandlere, kan der ske forsinkelser, da sagsbehandlerne er under tidspres med øget tilstrømning til misbrugsområdet.

Grundlæggende er misbrugerne dog ikke opmærksomme på, at der er en behandlingsgaranti. De er derimod mere optaget af at komme i behandling hurtigst muligt, da deres sociale deroute på henvendelsestidspunktet som regel er så alvorlig, at et par dage fra eller til ikke er deres største problem.

Det opleves, at søgningen til åben rådgivning er steget i forbindelse med indførelsen af behandlingsgarantien; den direkte sammenhæng er imidlertid noget uklar.

Det er indtrykket, at misbrugsmiljøet er blevet større, og at misbrugerne taler sammen om, hvad der er af tilbud.

Grundlæggende er der tale om en omskiftelig målgruppe, som også aflyser og udskyder samtaler med misbrugscentret og med en svingende misbrugs-situation, hvilket giver en del spildtid.

4.11 Behandlingstilbuddene

Handlemulighederne for den enkelte medarbejder er, hvad angår de voksne misbrugere, dækkende. Der kan være perioder, hvor tilstrømningen er voksende, hvor det som nævnt derfor er vanskeligt at opfylde behandlingsgarantien, men i det store hele er tilbuddene til stede.

En forklaring på øget tilstrømning kan være med det udgangspunkt, at de kommer af egen fri vilje, at centret er blevet mere synligt. Dette er dog ikke en konsekvens af reformen, da ungeprojektet blev lukket i forbindelse med reformen. Det virker som om, at sagsbehandlerne er mere opmærksomme på misbrugsproblemer i forhold til klienterne.

Det, der i den forbindelse kan tilskrives reformen, er, at de forskellige instanser er kommet tættere på hinanden. Der er i højere grad et kollegialt fællesskab. Lovgivningsmæssigt er der blevet stillet nogle andre krav i forhold til koordinerende handleplaner, som har nødvendiggjort et tættere samarbejde. Som eksempel nævnes misbrugere, der kommer i Stoffriteamet gennem Kriminalforsorgen.

4.12 Dobbeldiagnose og samarbejde herom

Dem med dobbeldiagnose (og dem, der er dobbeltbelastede) er den målgruppe, der har det sværest. Dem søger man desuden at tage sig af i sundhedsteamet – se pjece om sundhedsteam.

Der er tale om en tilbagevendende problemstilling i forhold til de dobbeldiagnosticerede: dårligt samarbejde mellem psykiatri og den sociale indsats: Hvornår er misbruget større end de psykiske lidelser og omvendt, og hvem tager sig af hvad?

Der er blevet afholdt møder mellem Center for Misbrug og psykiatrien for at forbedre samarbejdet, men praksis er stort set uændret.

Psykiatrien indgår ikke i visitationen af misbrugerne til centret, hvilket ellers kunne være en løsning på nogle af de typiske uoverensstemmelser, der er mellem de 2 felter.

Efter tidligere samarbejdsaftaler er det sådan, at den instans, der modtager klienten, samtidig er handleansvarlig i forhold til at indkalde til møde mv. Der er dog tilfælde, hvor dette ikke er sket.

Selvom der ikke er stillet en diagnose, eller hvor der er stillet en diagnose om, at patienten har en psykisk lidelse på grund af et stofmisbrug, afvises brugeren i psykiatrien. Så længe der er tale om et misbrug, kan psykiatrien ikke behandle på den psykiske del. Dette er for så vidt forståeligt, men der bør stadigvæk være et samarbejde herom om overgangen til Center for Misbrug. Der efterlyses et samarbejde med psykiatrien undervejs i behandlingen, da der oftest er et behov herfor for de dobbeltbelastede.

Der er dog enkeltsager, der tyder på, at samarbejdet godt kan fungere. Der er ingen direkte forklaring på hvorfor, men et bud går på, at så snart der er tale om et formelt samarbejde, opstår der gnidninger og barrierer, hvorimod uformelle henvendelser omkring enkeltsager ser ud til at give resultater.

Der savnes en mere tværgående udredning/visitation, da mange af misbrugerne i et eller andet omfang er personlighedsforstyrrede, hvor der er et behov for at få skilt fårene fra bukken.

Center for Misbrug er ved at udarbejde en samarbejdsaftale med psykiatrien, som i korte træk går ud på, at hvis en misbruger kommer fra psykiatrien, slipper psykiatrien først sagen i det øjeblik, der har været afholdt et fællesmøde med centret og repræsentanter fra psykiatrien – og omvendt.

4.13 Reformens betydning for den enkelte misbruger

Der kan ikke umiddelbart peges på direkte sammenhænge mellem struktur-reformen og betydningen for den enkelte misbruger. Der bliver lavet det samme over for den enkelte som førhen.

Der er kommet større bevidsthed om faglighed i arbejdet med handleplaner og løbende revurdering heraf som en del af det at skulle sælge ydelser til nabokommunerne. Det er indtrykket, at det i eller andet omfang har smittet af på håndteringen af misbrugerne. Kravene er blevet skærpet. Der foregår mindre i blinde og pr. automatik. Behandlinger bliver ikke længere "blot" forlænget uden, at der foreligger en gyldig og faglig begrundelse.

4.14 Døgnbehandling

Esbjerg Kommune har forsøgt at have eget døgnbehandlingstilbud. Men efter en årrække blev projektet lukket, da det var for dyrt og ikke var bedre kvalitetsmæssigt end private tilbud. Det er indtrykket i kommunen, at kommunale døgntilbud alene er for sårbare i forhold til at dække misbrugernes mangesidige behov.

4.14.1 Tidligere hjemtagelse fra døgnbehandling og efterbehandling

To år inden reformen gik man over til at hjemtage misbrugerne tidligere for at efterbehandle i kommunen.

Efterbehandling i opgangsfællesskab, (hvor der er fyldt op), hvor misbrugerne kan være i fritiden, men ellers være i dagcentret i dagtimerne. Der mangler flere tilbud i stil med og af samme slags som opgangsfællesskabet.

Blandt misbrugerne i Esbjerg er der stort set ikke nogen hjemløse (mener nok mere boligløse). Dette er dog ved at vende, da kommunen sælger ud af deres ældre boligmasse, hvor mange af misbrugerne har boet. Dermed bliver det også vanskeligere at komme ind i noget nyt. Derfor kan der være en idé om at lave flere bofællesskaber. I den forbindelse savner man, at der også er netværkstilbud, der ligger uden for AA og NA, når misbrugerne kommer fra døgnbehandling.

4.15 Manglende graduering af brugerne i substitutionsindsatsen

Ofte er det sådan, at inden for substitutionsbehandling får misbrugerne det samme tilbud. Det betyder, at der er misbrugere, der tilbydes et middelmådigt og utilstrækkeligt behandlingsforløb. En differentiering af tilbuddene kunne afhjælpe dette problem.

4.16 Indrapportering i forbindelse med statistik

Der er blevet bevilget flere HK-timer til at indberette til DANRIS, Sundhedsstyrelsen, de kommunale journaler og egne databaser.

I forvejen bliver al form for statistik over misbrugerne skrevet ned på papir af sagsbehandleren, inden en sekretær indtaster det i en database.

Centret bruger ikke selv direkte de data, der indberettes. Der bruges en akademisk medarbejder i perioder for at hente egne data ud og bearbejde disse data.

Der rejses kritik af den megen tid, der bruges på indberetninger – som andre steder.

4.17 Match af tilbud i forhold til problemer og målgrupper

Det har vist sig problematisk at finde en samarbejdsform mellem værestedets medarbejdere og Substitutionsteamet. Der er ingen fælles strategier om brugerne. En løsning kunne være, at fx en SKP kan komme på værestedet og være sammen med misbrugeren om en række fælles ting, men stadigvæk under de afslappede former, der er på værestedet sammenlignet med misbrugscentret, hvor misbruget fylder relativt mere. Dette er et problem, der ikke har noget at gøre med strukturreformen.

Der efterlyses andre måder at tale ”arbejde” på i forhold til misbrugere og beskæftigelse/aktivering. Der er modtaget mange misbrugere inden for det sidste halve år, som aldrig har været i behandling, men som er blevet sygemeldt fra deres arbejde, og som er startet på en social nedtur. De har haft misbrug, men de har aldrig været i behandling for det; lidt sovepiller, nervemedicin, hash, alkohol, små mængder ekstacy i perioder etc. De har ernæret sig via lidt småjob kombineret med kontanthjælp. Derpå bliver de sendt på kurser og bliver sendt i hårdt fysisk arbejde i et tempo, hvor de slet ikke kan følge med, bliver sygemeldt og arbejdsløse, og hvor den sociale nedtur for alvor tager fat. Problemet er, at deres misbrug har været det samme, hvis ikke mere, mens de arbejdede, for at de har kunnet følge med. Denne gruppe bør have beskæftigelses- og uddannelsesmæssige tilbud/projekter, der er mere rummelige.

4.18 Bedre udvikling på den ambulante del

Den tilværelse, som misbrugerne lever, består næsten kun af misbrug og de institutioner inden for misbrugsområdet. Misbrugerne mister på længere sigt deres tilknytning til samfundet for slet ikke at tale om tilknytningen til

arbejdsmarkedet. Problematisk bliver det, når konjunkturerne vender og efterspørgslen efter arbejdskraft klinger af. Hvad kommer der så af tiltag til denne gruppe af misbrugere?

5 Haderslev Kommune

5.1 Organisation

Case-beskrivelsen af Misbrugscentret i Haderslev tager afsæt i interview med leder af Misbrugscenter Haderslev Anne-Lene Meng og socialkonsulent i Haderslev Kommune Kristian Bennedsen.

Haderslev Misbrugscenter løser opgaven omkring behandling af både alkohol- og stofmisbrugere i Haderslev Kommune. Kommunens tilbud er rettet mod egne borgere. Centret har ca. 170 personer i behandling, hvor stort set alle kommer fra Haderslev Kommune. Nogle enkelte er bosiddende i andre kommuner, og det er typisk personer, som også har været i behandling dengang tilbuddet var amtsligt.

Tidligere var Haderslev Misbrugscenter en del af det amtslige tilbud i Sønderjyllands Amt, som havde centre i Haderslev, Tønder, Aabenraa og Sønderborg. Alle 4 centre blev i forbindelse med kommunalreformen kommunaliseret. Herudover drev amtet et forbehandlingstilbud og pensionat i Toftlund, som i dag drives af Tønder Kommune, men som finansieres af de 4 nævnte kommuner i forhold til indbyggertal.

Behandlingen af stofmisbrugere på Haderslev Misbrugscenter omfatter dagbehandling, som har karakter af ambulans behandling i form af individuel, par-, familie- eller gruppebehandling. Substitutionsbehandling gives til understøttelse af den psykosociale indsats.

Den overordnede målsætning for stofbehandling er et liv uden stof og (re)socialisering. Der arbejdes dog også med delmål, som er mere ydmyge, og som tager afsæt i den enkeltes situation. Det handler bl.a. om mindskning af kriminalitet, forbedret sundhed, aktiveringsforløb eller job mm.

Misbrugscentret visiterer til døgnbehandling i de tilfælde det skønnes relevant. Til døgnbehandling benytter kommunen sig kun af private døgntilbud. Man har en række institutioner, som man kender godt – 5-6 stykker – og som man primært benytter. Tilsynet med institutionen ligger hos beliggenhedskommunen. Centret fører dog også et tilsyn med tilbuddene.

Haderslev Misbrugscenter er et åbent tilbud og gør derfor ikke brug af opfølgende arbejde. Motivationen foregår derfor i de indledende og udredende samtaler med misbrugeren. Udredningsfasen bliver brugt til at blive klogere på, hvad problemet egentlig er, og det er i sig selv en del af behandlingen. Her klarlægges det, hvad det er, der skal arbejdes videre med. Ifølge lederen af misbrugscentret bliver behandlingsgarantien overholdt, men det kan indimellem være problematisk. Nogle gange er der nogen, der sendes for hurtigt af sted, og udredningen bliver knap så grundig på grund af behand-

lingsgarantien. Det betyder igen, at behandlingen ikke altid får den ønskede effekt.

I Haderslev er misbrugsområdet og psykiatrien begge organiseret som afdelinger under Arbejdsmarkedsservice. Misbrugscentret refererer politisk til voksenudvalget. Heri ses en klar fordel, idet arbejdsmarkedsafdelingen som oftest er den forvaltning, der samarbejdes mest med, især efter de politiske stramninger, der er sket på området med krav om aktivering mm. Der afholdes chefmøder en gang om ugen med Arbejdsmarkedsservice, hvilket betyder, at man kender hinanden godt og får talt om problemerne.

Der samarbejdes tæt med de beskæftigelsesmæssige tilbud i kommunen, og man planlægger oftest forløbene for misbrugerne i samarbejde med disse. Mange unge stofmisbrugere har meget svært ved at strukturere deres liv. Det kan kommunens beskæftigelsestilbud hjælpe dem til at blive bedre til, særligt i motivationsfasen. Jordnære motivationsfaktorer og mål (stå op om morgenen, begrænset beskæftigelse kombineret med behandling) med gradvis udvidelse undervejs er målet.

Et af mottoerne på misbrugscentret er: En klient – en handlingsplan. Man afholder netværksmøder med de instanser, som er involveret i den enkelte persons sag, og det aftales, hvilken instans der er ansvarlig ankermand i forhold til indsatsen over for den enkelte klient. Målet er at opstille en samlet handlingsplan.

Man oplever, at der nu er en bedre koordination mellem de forskellige instanser efter kommunalreformen. Når en klient henvender sig, og der er andre instanser involveret, bliver der, såfremt klienten har givet tilladelse hertil, indkaldt til et netværksmøde, hvor alle instanser deltager. Langt de fleste stofmisbrugere er i forvejen inde i det sociale system. Man gør meget ud af at få placeret hovedansvaret for det videre forløb på disse netværksmøder, og det er ikke sikkert, det altid er misbrugscentret, der får ansvaret. Samlet handlingsplan er praksis i dag. Den samlede handlingsplan indeholder altså både en behandlingsplan og en social handlingsplan.

5.2 Visitation

Henvisningen til behandlingen sker typisk fra egen læge eller forvaltningen. Endvidere er der en del misbrugere, der møder op i den åbne rådgivning, og som bagefter påbegynder et behandlingsforløb. En del af dem, der møder op i den åbne rådgivning, skønnes dog at være såkaldte skjulte henvisninger, hvor egen læge, sagsbehandleren eller andre har opfordret klienten til at møde op i den åbne rådgivning. Centret har åben rådgivning hver torsdag, hvor alle kan komme ind fra gaden og få hjælp eller rådgivning. Ca. halvdelen af klienterne kommer gennem åben rådgivning. Det skønnes, at ca.

halvdelen af disse er såkaldte skjulte henvisninger, hvor fx lægen slipper for at lave en henvisning.

Herudover har centret en café, som er åben 3 gange om ugen, og hvor der altid er en konsulent til stede, som kan hjælpe. Det nyligt indførte rygeforbud har desværre betydet, at besøgstallet er faldet meget, og at de, der kommer i cafeen, ikke opholder sig der særligt længe. Derfor har man mistet en del af kontakten med byens misbrugere.

Første del af visiteringen foregår som en eller flere udredende samtaler med klienter, hvor der udfyldes et udredningsskema. Disse skemaer tages med på visitationsmødet, som afholdes hver tirsdag, hvor behandlingen aftales, og på baggrund af hvilken, forsøges der altid at få lavet en eller anden form for kontrakt med klienten. Der er typisk tale om ambulans, dag- eller døgnbehandling. Misbrugscentrets læge deltager i visitationsmødet den første time. Centret har lægedækning en dag om ugen, og den dag skal lægen også tale med brugerne. Den pågældende læge betjener også de 3 andre centre i Sønderjylland.

Tidligere, da det var amtet, der drev centrene, havde man en socialoverlæge tilknyttet, som var mere med i selve behandlingsforløbet. Ved at gøre det til en fast procedure, at lægen deltager i visitationsmødet, er det hensigten at få lægen gjort til en større del af huset, end han hidtil har været. Tanken har ligeledes været, at i og med at lægen nu deltager i visitationsmødet, kan han også deltage i de mere faglige drøftelser omkring iværksættelsen af behandling og behandlingstyper. Dette er vigtigt, fordi man jo netop siger, at substitutionsbehandlingen ikke må stå alene, men skal være en støtte for den psykosociale behandling. Derfor har man valgt at tage ham med der.

Behandlingen, som sættes i værk over for misbrugeren, har ikke altid været genstand for en lægelig vurdering, idet lægen ikke ser alle klienter. Han ser kun nogle af dem. Det hænger sammen med, hvor meget han er på centret. Han ser selvfølgelig alle dem, der er eller skal i substitutionsbehandling. Lægen ordinerer medicinen, og det sundhedsfaglige personale på stedet tager sig af den daglige drift. Opstår der problemer af sundhedsmæssige karakter, er det typisk sundhedsmedarbejderen, der drøfter disse ting med lægen.

Den nuværende læge er god og gør et godt stykke arbejde, men den tidligere læge gik mere end i samarbejdet, fordi han havde flere timer. For at kompensere for dette prøver man altså at hive lægen mere ind i arbejdet, men man er afhængig af, at han kun er til stede en gang om ugen, og det er både til alkoholikerne og stofmisbrugerne.

5.3 Samarbejde – organisering og praksis mellem misbrug og den sociale indsats

Tidligere så man et forvaltningsmæssigt problem i, at amtet varetog behandlingsdelen og kommunen den arbejdsrettede og sociale del. Derfor så man tidligere, at nogle klienter kørte rundt mellem afdelinger i kommunen og amtet. Hele den tidligere diskussion om, hvilken kasse der nu skulle dække udgiften, er forsvundet. Der er kommet mere helhed og større forståelse mellem forvaltningerne i kommunen nu pga. den større indsigt i den enkelte klients sagsforløb, og man kan lave meget mere på tværs end tidligere. Der er stadig en masse ting, som mangler at komme op at stå, men selvom der oprindeligt var stor skepsis, så er der nu muligheder, som man ikke havde før. Tidligere i forløbet efter kommunalreformen var der et stort behov for at afholde samarbejds møder, hvor enkeltsager blev drøftet. Behovet for disse er blevet mindre og mindre pga., at samarbejdet i det daglige nu fungerer bedre efter reformen.

Man er nogle gange nødt til at bruge arbejdsmarkedslovgivningen kreativt i forhold til denne gruppe. Den kan være svær at indpasse i de strukturer, som lovgivningen tilbyder. I det store hele går det meget godt beskæftigelsesmæssigt, men man frygter den dag, hvor konjunkturerne vender, hvad stiller man så med denne gruppe? Ofte lykkes forløbene faktisk, og i forhold til hvor dårlige de egentlig er, kommer der forholdsvis mange ud i beskæftigelse.

Kommunen har et mentorkorps på 38 personer fra private virksomheder, som der er gjort en stor indsats for at oplære. Virksomhederne går selvfølgelig også ind i dette, fordi de står og mangler arbejdskraft. Et arbejdstilbud er en vigtig hjælp til klienter til at få struktur på deres liv, men det centrale er stadig misbrugsbehandlingen. Det må man ikke glemme.

Beskæftigelse og familiære forhold er de ting, som klienterne selv nævner som de vigtigste. Det er en god ting, at begge dele går hånd i hånd. Kombinationen af behandling og arbejdstilbud ligger meget i tiden, hvor der fokuseres på arbejde. Men det er jo samtidig misbrugernes målsætning. Det gode ved at kombinere behandling og arbejdsmarkedrettede tiltag er, at man oplever, at det gør en stor forskel for stofmisbrugerne. Mange af stofbrugerne har startet deres misbrug i en meget tidlig alder, og har derfor mistet dele af både puberteten og de tidlige ungdomsår. De har derfor ikke lært mange af de ting, man lærer i det sociale liv. Mange af dem er på en lang række punkter slet ikke alderssvarende udviklingsmæssigt. Her er ordninger som mentorordning etc. fantastisk gode til at hjælpe med at strukturere livet for dem.

For mange stofmisbrugere er virkeligheden, at de er blevet tudet ørerne fulde af, at livet bliver så fantastisk godt, når de holder op med at tage stoffer, men det gør det ikke. Så skal man jo til at tage stilling til tingene, og man

begynder at mærke livet. Der kunne derfor sagtens bruges langt mere tid på en tættere opfølgning, når de er færdigbehandlede.

5.4 Kommunens tilbud

Haderslev Kommune har en såkaldt Arbejdsmarkedsskole for personer, som har svært ved at komme ind på arbejdsmarkedet. Her arbejdes bl.a. med personlige ressourcer, hvor man laver en ressourcebog om fx at lære at stå op om morgenen i 2 måneder, eller at man tilrettelægger et svejsekursus, hvis der pludselig er efterspørgsel efter dette fra en virksomhed. På Arbejdsmarkedsskolen har man mentorer tilknyttet, som også hjælper klienterne med boligspørgsmål o.l. eller tildeling af en støttekontaktperson fra forvaltningen. Man spiller meget på arbejdsmarkedslovgivningen omkring stofmisbrugerne. Herunder er også de mere sociale elementer.

Kommunen driver en borgercafé, som er et værested, men hvor der ikke er så meget professionel hjælp. Det er mad og hyggeligt samvær, men ikke det professionelle som på misbrugscentret. Der er ansat et par stykker med professionel baggrund og et par stykker inden for det rummelige arbejdsmarked (fleksjob, skånejob). Det er et værested, som har eksisteret i mange år. Kommunen har et værested for psykiatriske patienter, som drives af KFUM, men hvor der også kommer stofmisbrugere. Disse 2 steder benyttes i høj grad i forhold til, hvordan misbrugerne går og har det. I gode perioder kan man komme på KFUM, hvor der er ro og fred. Der ses en fordel i, at man kan skifte mellem de 2 miljøer. Derudover har kommunen et par drikkeskure, men hvor der også tages stoffer.

Kommunen har et tilbud til dobbeltdiagnosepatienter, som er 3 opgange i en boligblok med en fælles lejlighed, hvor der er personale til stede, og hvor man kan være aktiv misbruger. Der var store problemer med naboerne, da det skulle oprettes.

Herudover har kommunen de skæve huse i Hoptrup, hvor der både er stof- og alkoholmisbrugere. Lejeloven gælder der, og det er et problem, fordi man ikke kan smide de voldelige ud derfra igen. Der er brug for undtagelser i lovgivningen.

Overordnet set føler man sig ikke dækket fuldt ind med hensyn til tilbud. Det er vurderingen, at der mangler botilbud til de unge – mere eller mindre permanente tilbud. Man oplever en gruppe unge med svære personlighedsforstyrrelser, som ikke er i stand til at strukturere deres liv, men man opfører sig over for dem, som om man tror, de kan strukturere deres liv. Der er tale om en gruppe, som socialt får det meget svært, hvis ikke der er nogen til at hjælpe dem med at strukturere deres liv og hverdag. Der er brug for et botilbud med både højt til loftet og struktur på samme tid. Disse personer har aldrig været vant til at skulle strukturere deres liv. Det er en gruppe,

som er mellem 20 og 30 år, typisk tidligere institutionsanbragte, omsorgs-
svigtede, dårlig skolegang, incestramte mm.

Så er der dem, hvoraf nogle også tilsyneladende kommer fra helt normale familier, som heller ikke kan finde ud af at tage ansvar for deres liv. De har måske et misbrug, men det er langt fra det, der er problemet. De er i virkeligheden for dårlige til at være rigtige misbrugere og til at skaffe de stoffer, der er nødvendige for at være misbruger. Det kræver en stor mængde ressourcer at skaffe stoffer. De har dårlig indlæringssevne og koncentrationsbesvær. De befinder sig ofte i en gråzone mellem psykiatrien, misbrugsområdet og børne-/ungeområdet.

Man kunne godt have ønsket sig at børne-/ungeafdelingen var en del af konceptet, for så ville tingene hænge sammen. Det ville så kunne betale sig at sætte en tidlig indsats i værk, for det ville kunne aflæses på plussiden i den anden kasse. Der er blevet snakket om tidlig indsats i meget lang tid, men det er ikke blevet bedre, tværtimod måske ringere. I virkeligheden kunne alt forebyggelsesarbejde omkring misbrug starte i vuggestuen. Det er for en stor dels vedkommende der, de trækker billetterne til et senere misbrug.

Når man har haft dem i behandling og fået gjort dem stoffri, så nytter det alligevel ikke noget, hvis ikke de er i stand til at håndtere de udfordringer, de møder efterfølgende. Man er nødt til nærmest at tage dem i hånden og følge dem derhen, hvor de nu skal om morgenen. Alt det praktiske er altid blevet ordnet for dem på institutioner eller lign. Det er de helt basale ting, de ikke magter. De har aldrig lært voksenlivet.

Der er også en anden gruppe, der falder ved siden af de tilbud, man har i dag, dem der er så skæve, at de ikke en gang kan rummes i fx skæve huse.

Der mangler et decideret tilbud til dobbeltdiagnoser. Især i den udredende fase. Dette er dog kendetegnende for hele landet. De kan ikke rummes på misbrugscentre, og de kan ikke rummes i psykiatrien. Når der fx skal strammes op på misbrug eller sidemisbrug i dobbeltdiagnosetilbuddet, hvad gør man så? Hvis man smider dem ud, er der ingen steder, de kan gå hen.

Problemet i dag er ikke at gøre folk stoffri, det er ikke svært, problemet er at få dem til at forblive stoffri. I ungdomspsykiatrien kræver man 3-6 måneder fri af stoffer, hvilket er nærmest umuligt for dem at overholde. Der mangler man et tilbud til dobbeltdiagnoserne, især i den udredende fase.

5.5 Efterbehandlingen

Omkring efterbehandling afholdes der netværksmøder, hvor de forskellige instanser igen samles og siger hvad så? Man får så igen placeret hovedansvaret for det videre forløb. Er det arbejdsmarkedstiltag, der skal iværksæt-

tes, så placeres ansvaret i den afdeling osv. Indsatsen kan bl.a. bestå i at støtte dem til at få et socialt netværk bl.a. i forbindelse med boligplacering. Rådgivningscentret har efterbehandlingsgrupper, ligesom der til centret er knyttet et udslusningshus.

Noget af det der typisk går galt vedrørende den tidligere omtalte behandlingsgaranti er at fastslå, hvornår klienten siger: ”Nu vil jeg i behandling”. Derfra tæller behandlingsgarantien. 99 % af dem, der kommer ind ad døren, vil først blive klogere på, hvad behandlingen egentlig består i. Det vil de gerne have, der bliver fortalt om. Behandlingsgarantien betyder, at det nogle gange går for hurtigt, og at udredningen ikke er grundig nok. Motivationen er ikke altid på plads. En vellykket behandling kræver en ordentlig og grundig udredning.

Haderslev Kommune har mulighed for at sende misbrugere i forbehandling på Toftlund, en tidligere amtsinstitution, som nu drives af Tønder Kommune. Somme tider sender man personer derud med det formål, at de derved får fornemmelse af, hvad behandling egentlig er for noget.

5.6 Udfordringer og problemer

I Haderslev Kommune ser man følgende udfordringer og problemer i fremtiden:

- Mangel på botilbud.
- Behov for mere rummelige botilbud.
- Større fokus på dagtilbud – nogle gange dagtilbud frem for døgntilbud.
- Bevare stor faglighed i misbrugsenhederne.

Det er ikke indtrykket, at den enkelte bruger eller klient har oplevet den store forandring efter kommunalreformen. Man så et lille fald i henvendelserne efter kommunaliseringen, men niveauet er igen normalt.

Man mødes en gang imellem og snakker på tværs på ledelsesniveau i de 4 sønderjyske misbrugscentre. Selvom det hele tidligere var en amtsinstitution, var det alligevel meget regionalt organiseret, så der er ikke sket de store ændringer. Man driver stadig et fælles indberetningssystem, og man driver stadig i fællesskab et forbehandlingssted og pensionat i Toftlund.

Hvis man tidligere sad som ansat ude på rådgivningscentre, ønskede man overvejende centrene blev hjemtaget af kommunen. Hvis man sad centralt i organisationen ønskede man det drevet af regionen. Mange kommuner havde slet ikke forholdt sig til organiseringen på forhånd. Mange af cheferne på de lokale centre og i kommunerne havde måske en forventning om, at regionen ville overtage det hele fra amtet, så det er nok kommet som en overraskelse for nogen, at det hele overgik til kommunerne. I Haderslev var man

meget hurtigt på plads på chefniveau, så kommunen var godt forberedt på at skulle hjemtage misbrugscentret.

På længere sigt er det opfattelsen, at klienterne vil opleve, at systemet er kommet tættere på dem. Mange af dem er dog fortsat ikke interesseret i systemet. Tilbudsportalen gør ikke, at de kommer tættere på, men indførelsen af den samlede handlingsplan vil på sigt føre til, at de føler sig tættere på systemet. Det er ikke slået fuldt igennem endnu.

1½ år er ikke lang tid (efter reformen), så om et år eller to er man sikkert meget klogere på, hvad reformen betyder.

Der, hvor det kan være svært, er i de mindre kommuner, hvor der sidder en enkelt eller få medarbejdere. Man tror, at der i fremtiden bliver lavet flere samarbejdsaftaler mellem kommunerne på området. Lidt som der er på Fyn. Her er der dog sket det, at Middelfart har meldt sig ud af samarbejdet og oprettet sit eget misbrugscenter, så måske går det den anden vej.

De væsentligste udfordringer i fremtiden er botilbuddene samt de sociale tiltag og den fortsatte udbygning af dagbehandlingen. Der skal stadig bruges døgnbehandling, men der er vurderingen, at dagbehandling vil være et bedre tilbud til mange af stofmisbrugerne. Nogle af de unge har været institutionaliseret hele deres liv, og de har brug for hjælp til de helt basale daglige gøremål i nærmiljøet.

Man hører om og fornemmer, at flere og flere klager på området går direkte til embedsmænd eller politikere efter reformen. Det tages som udtryk for, at systemet er blevet mere gennemskueligt. Efter kommunaliseringen er det mere selve sagsbehandlingen, der kommenteres. Måske har man tidligere følt, at amtet var mere fjern. I dag skal der ikke ret meget til, før de gerne lige vil snakke med lederen, selvom medarbejderne gør et glimrende stykke arbejde. Det er stadig mest brokkerne og ikke så meget klagerne, der henvender sig.

Så er der mentorordninger, mere rummelige boformer, som kan udvides og anvendes i højere grad. Skæve huse mm. rummer mange i målgruppen, men de rummer ikke de stærkt udadreagerende unge stofmisbrugere.

5.7 Fremtid

Der er lidt uenighed om udviklingen på området i fremtiden. Lederen af misbrugscentret mener, at forbruget af narkotika er uændret eller stigende, og forbruget af kokain er i stærk vækst, især blandt de unge. Det er en farlig udvikling, da man hurtig bliver afhængig af kokain, og stoffet kan have katastrofale konsekvenser. Antallet af personer, der henvender sig på misbrugscentret er nogenlunde konstant. Omvendt mener socialkonsulenten fra

Haderslev Kommune, at der har været et fald i antallet af unge stofmisbrugere.

Socialkonsulenten gav udtryk for, at tilbudsportalen, Nab, Sib, vbgs mm. er et rent spørgeskematyranni. Et eksempel, hvor han er til møde hos Servicestyrelsen og spørger, hvorfor de ikke kan hente de oplysninger, de skal bruge i Sundhedsstyrelsen, svares der, at de ikke har et godt samarbejde! Han mener, at det er uforståeligt, at man skal belemre alle landets misbrugscentre med en masse dobbeltregistrering, bare fordi man ikke kan tale sammen styrelserne imellem.

Tilbudsportalen er også blevet en salgsportal, hvor det gælder om at markedsføre sine tilbud.

Driftstilsynet og tilsynet med behandlingen er skilt ad. Beliggenhedskommunen har det overordnede driftstilsyn og giver godkendelsen. Det løbende tilsyn med behandlingskvaliteten sker i forbindelse med det løbende tilsyn, kommunen fører med de klienter, de har på stedet.

Det er udtryk for et forsøg på at pace en udvikling frem, som i forvejen er rigtig godt i gang. Kvaliteten på dette område er steget markant inden for de seneste 10-15 år, så der er ingen grund til denne omfattende kontrol, som Tilbudsportalen mm. er udtryk for.

