
Marts 2019

Den sociale stofmisbrugs- behandling

Visitation til og indhold i behand- lingen



Ankestyrelsen

ANKESTYRELSEN

Telefon: 33 41 12 00 mandag til fredag klokken 9-15

Postadresse: Ankestyrelsen, 7998 statsservice

Mailadresse: ast@ast.dk

Hjemmeside: www.ast.dk

ISBN nr.: 978-87-7811-363-4

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1 SAMMENFATNING	5
Baggrund og formål	5
Metode og datagrundlag	5
Undersøgelsens hovedresultater	6
KAPITEL 2 INDIVIDUELT TILRETTELAGT BEHANDLING	10
De lovgivningsmæssige rammer for den sociale stofmisbrugsbehandling	10
Tre overordnede typer af behandling	12
Retningslinjer for forløb	12
Intensitet og varighed i tilbuddene	14
KAPITEL 3 HELHEDSORIENTERET BEHANDLING	16
Stofmisbrugsbehandling kan ikke stå alene	16
Behov for en indsats i andre systemer	19
KAPITEL 4 VISITATION TIL DØGNBEHANDLING	
Kommunernes kriterier for at visitere til døgnbehandling	22
Kommunernes og behandlingsstedernes perspektiver på udviklingen i brugen af døgnbehandling	27
KAPITEL 5 BEHANDLINGSTILBUD	30
Tilbuddet afhænger af målet med behandling	30
Stofophør eller reduktion	30
Tilbagefaldsforebyggelse	32
Stabilisering og skadesreduktion	32
Øvrige behandlingstilbud	35
BILAG 1 INDHOLD OG AKTIVITETER	37
Individuelle samtaleforløb	37
Gruppebehandling	37
Cafémiljø og andre sociale tilbud	37
Træning i at få struktur på hverdagen	38
Psykiater	38
Koordinering af øvrige indsatser	38

Sundhedsydelser	39
Undervisning	39
Tilbud til pårørende	40
BILAG 2 METODEBILAG	41
Udvælgelse af kommuner og behandlingstilbud	41
Interview med kommuner	42
Semistrukturerede interview	44
Analyse og afrapportering	44

Sammenfatning

BAGGRUND OG FORMÅL

Ankestyrelsen har på vegne af Børne- og Socialministeriet undersøgt, hvordan kommunerne arbejder med stofmisbrugsbehandling. Fokus er på visitation til social stofmisbrugsbehandling samt indholdet af de behandlingstilbud, som kommunerne visiterer til.

Baggrunden for undersøgelsen er, at der er et fald i visitationen til døgnbehandling. En analyse foretaget af KL viser, at langt de fleste borgere, der bliver tilbudt social stofmisbrugsbehandling, bliver henvist til ambulante behandling eller dagbehandling, og at der i nogle kommuner ikke er klare retningslinjer for, hvilke borgere der visiteres til de forskellige behandlingstilbud.

Denne undersøgelse har til formål at undersøge:

- Kommunernes praksis for visitation til den sociale stofmisbrugsbehandling med særligt fokus på visitation til døgnbehandling
- Kommunernes praksis i forhold til tilrettelæggelsen af indholdet i den sociale stofmisbrugsbehandling.

Undersøgelsen skal samtidig se på, hvorvidt der er en klar sammenhæng og ensartethed i visitationen til stofmisbrugsbehandling og det indhold i behandlingen, kommunerne tilbyder den enkelte borger.

Den gruppe af personer med stofmisbrug, som vi fokuserer på i undersøgelsen, er personer over 18 år, som har et uautoriseret forbrug af rusmidler, der medfører fysiske, psykiske og/eller sociale problemer for personen. Personer, der udelukkende har et misbrug af alkohol, hører ikke under målgruppen.

METODE OG DATAGRUNDLAG

I boksen nedenfor præsenterer vi kort undersøgelsens datagrundlag. For yderligere information henviser vi til bilag 2.

UNDERSØGELSENS DATAGRUNDLAG

- Interview med stofmisbrugsbehandlere, ledere, sagsbehandlere og andre relevante fagpersoner i fem kommuner:
 - Holstebro kommune
 - Københavns Kommune
 - Norddjurs Kommune
 - Odense Kommune
 - Aarhus Kommune
- Interview med ledere på de to selvejende døgnbehandlingsinstitutioner Kongens Ø og Sct. Ols
- Interview med medarbejdere og leder på det kommunale stofbehandlingstilbud KABS, der varetager ambulantly behandling og dagbehandling for en lang række af landets kommuner.

UNDERSØGELSENS HOVEDRESULTATER

Stofmisbrugsbehandlingen tilrettelægges individuelt

Undersøgelsen viser, at kommunernes praksis i forhold til visitation til den sociale stofmisbrugsbehandling baseres på en individuel vurdering af, hvad den enkelte borger har behov for.

Denne vurdering tager udgangspunkt i den enkelte borgers situation, ressourcer og ønsker, og planlægges i samarbejde med den enkelte.

Som følge heraf er der ikke en klar ensartethed i visitationen til behandling og det faktiske indhold i behandlingen.

Dette er i tråd med lovgivningen på området, der giver kommunerne et stort råderum i forhold til organisering af og indhold i behandlingen. Området er reguleret af servicelovens § 101 og § 101a samt i sundhedslovens § 142. Desuden har Socialstyrelsen i samarbejde med centrale aktører på området udarbejdet de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling med anbefalinger til organisering og gennemførelse af den sociale stofmisbrugsbehandling.

Behandlingen består derfor som udgangspunkt ikke af faste pakker, men sammensættes af elementer, der giver mening i forhold til den enkelte borgers problematikker og ressourcer. Elementerne kan fx bestå af individuelle samtaler, gruppebehandling og medicinsk behandling. De steder, der benytter sig

af standardiserede pakker, er formålet at definere og taksere intensiteten af behandlingen, når en kommune varetager misbrugsbehandlingen for en anden kommunes borgere.

Stofmisbrugsbehandlingen skal være helhedsorienteret

Alle kommuner understreger, at stofmisbrugsbehandling ikke kan stå alene. Behandlingen skal støttes op med en helhedsorienteret indsats, der skal tage hånd om eksempelvis borgerens bolig, dagligdag og sociale relationer.

Der er en tæt sammenhæng mellem at have et stofmisbrug og have psykiske og sociale problemer, og derfor er det nødvendigt at håndtere både stofmisbruget og de øvrige problemer. Hvis en borger får behandling for stofmisbruget, og der ikke samtidig tages hånd om eksempelvis borgerens hjemløshed, er det svært at opnå og fastholde stoffrihed.

Omvendt fortæller flere kommuner og behandlingssteder, at stoffrihed ikke nødvendigvis er et realistisk mål for alle med stofmisbrug. For nogle kan stabilisering af misbruget i kombination med håndtering af boligproblemer og sociale problemer være det, der skaber livskvalitet og indhold i hverdagen.

Derfor arbejder alle kommuner og behandlingssteder med at sikre, at der samtidig med igangsættelse af behandling sættes ind med en helhedsorienteret indsats. Fokus er at sikre borgeren indhold i tilværelsen i form af eksempelvis bolig, job eller uddannelse og sociale relationer.

Behov for tæt samarbejde med psykiatrien

Sammenhængen mellem stofmisbrug og psykiske og sociale problemer går begge veje. For nogle dækker stofmisbruget over psykiske vanskeligheder som ADHD, og er i virkeligheden en slags selvmedicinering fra borgerens side. For andre borgere har stofmisbruget medført en række symptomer, der kan forveksles med eller har udløst en psykose.

Det betyder, at der er behov for et samarbejde mellem stofmisbrugsbehandlingen, det sociale system og andre systemer som fx det psykiatriske system. Flere kommuner fortæller dog, at det er vanskeligt at få en person med misbrug ind i det psykiatriske system, før de er stoffrie, da det er vanskeligt at diagnosticere en person med aktivt misbrug. Det er dog også vanskeligt for kommunerne at behandle misbruget, med mindre der samtidig tages hånd om den psykiske sygdom, hvilket gør denne gruppe vanskelig at håndtere.

Kriterier for visitation til døgnbehandling

Alle de fem kommuner, vi har interviewet, fortæller, at de kun visiterer til døgnbehandling i beskedent omfang. Hvis en borger selv ønsker at komme i døgnbehandling, hjælper de gerne borgeren med at udarbejde en ansøgning, men visse kriterier skal være opfyldt, for at ansøgningen munder ud i en bevilling. Disse kriterier er blandt andet følgende:

Relevante ambulante tilbud skal være afprøvet

Et vigtigt kriterium for at bevilge døgnbehandling er, at alle relevante ambulante tilbud i kommunen skal være afprøvet først. Baggrunden er en vurdering af, at behandlingen er mest effektiv, hvis den sker i borgernes nærmiljø, hvor der samtidig tages hånd om problemer med eksempelvis bolig, netværk og beskæftigelse.

Der skal være noget at komme hjem til

Kommunerne peger desuden på, at der skal være noget at komme hjem til. Det hænger tæt sammen med opfattelsen af, at behandlingen er mest effektiv, hvis den sker i borgerens nærmiljø. Der er behov for at håndtere problemer i borgerens nærmiljø, før stoffrihed er realistisk.

Skal kunne indgå i rammerne for døgnbehandlingen

Når kommunen vurderer en ansøgning om døgnbehandling, er en del af vurderingen, om borgeren er i stand til at indgå i et behandlingsforløb på et døgnbehandlingstilbud. Hvis borgeren er for kaotisk, psykotisk eller er for dårligt fungerende kognitivt, er det ikke muligt at deltage i et døgnbehandlingsforløb. Samtidig skal borgeren være motiveret for at deltage i behandlingen.

Behov for at komme væk

Enkelte kommuner fortæller desuden, at døgnbehandling kan være en mulighed i tilfælde, hvor borgeren har behov for at komme væk fra nærmiljøet for at kunne indgå i behandlingen.

Døgnbehandling kan ikke stå alene

Endelig fortæller kommunerne, at det er afgørende for en succesfyldt behandling, at der har været et forløb før og efter døgnbehandlingen. Døgnbehandling bliver altså ikke opfattet som et alternativ til ambulante behandling, men som et potentielt meningsfuldt element i et sammenhængende behandlingsforløb, hvor det bliver kombineret med ambulante behandling.

Et eksempel på et forløb forud for døgnbehandling kan være, at borgeren indledende gennemgår et ambulante forløb, som vedkommende profiterer af, men hvor der, for at kunne lægge stofferne helt på hylden, er behov for en mere intensiv indsats, som døgnbehandling er. Der kan også være behov for, at man inden døgnopholdet får styr på bolig, familie og job, så borge-

ren ved, at der er 'ro på bagsmækken' og derved kan koncentrere sig om behandlingsforløbet.

Et eksempel på et forløb efter døgnbehandling kan være, at borgeren overgår til et ambulantly forløb med henblik på at forebygge tilbagefald. Det er dog samtidig helt afgørende, at der tages hånd om borgerens samlede forhold, så borgerne har noget at komme hjem til. Det kan være forhold som bolig, omgangskreds og hvad dagene skal fyldes ud med. Hvis der ikke er taget hånd om dette, er risikoen for tilbagefald betydelig.

Behandlingstilbud

Som nævnt tilrettelægger de medvirkende kommuner og behandlingstilbud stofmisbrugsbehandlingen individuelt på baggrund af den enkelte borgers målsætninger, ressourcer og problemer.

For nogle borgere er målet stofophør, mens det for andre alene er at reducere stofforbruget. Det kan være, at man i samarbejde med borgeren i første omgang beslutter, at reducere af misbruget er det realistiske mål, men at borgeren senere har mod på at arbejde mod stofophør. På den måde er tilrettæggelsen af behandlingen en løbende proces.

Samtlige kommuner fortæller, at de ofte tilbyder et tilbagefaldsforløb efter endt behandling for at forebygge tilbagefald. Det øger sandsynligheden for, at borgeren kan fastholde stofrihed på sigt.

Der er desuden borgere, hvor det eneste realistiske mål er at stabilisere forbruget og reducere skadesvirkninger ved misbruget. Det kan fx ske i form af substitutionsbehandling eller heroinklinikker.

Derudover tilbyder kommunerne forskellige andre tilbud afhængigt af behov, som en indsats mod dobbeltdiagnoser, familiebehandling, tidlig og forebyggende indsats og opsøgende og fremskudt indsats.

KAPITEL 2

Individuelt tilrettelagt behandling

Der er store variationer i kommunernes organisering af stofmisbrugsbehandlingen, ligesom der er stor variation i, hvilket behandlingsforløb den enkelte borgere tilbydes.

I dette kapitel introduceres de lovgivningsmæssige rammer, som har betydning for den kommunale organisering og tilrettelæggelse af behandlingen. I forlængelse af dette vil vi beskrive, hvordan kommuner og behandlingssteder tilrettelægger den enkelte borgers stofbehandlingsforløb.

DE LOVGIVNINGSMÆSSIGE RAMMER FOR DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

De store variationer i kommunernes organisering af deres stofmisbrugsbehandling skal formentlig ses i sammenhæng med, at lovgivningen på området giver mulighed for at tilrettelægge behandlingen meget forskelligt fra kommune til kommune.

Kommunernes arbejde med stofmisbrugsbehandling er dels reguleret af servicelovens § 101 og § 101a og dels af sundhedslovens § 142. I tekstboksene nedenfor beskrives de mest centrale elementer af disse lovparagraffer.

§

SERVICELOVENS §§ 101 OG 101A

Serviceovens § 101 slår fast, at kommunerne er forpligtede til at tilbyde behandling for stofmisbrug.

Som borger kan man selv vælge, hvor man gerne vil modtage sin stofmisbrugsbehandling. Hvis man ønsker det, kan man derfor frit vælge et andet offentligt eller privat behandlingssted af samme karakter som det, man er blevet vist til. Det gælder dog ikke behandling med lægeordineret heroin. Retten til selv at vælge kan også begrænses i tilfælde, hvor hensynet til borgeren taler for det.

Kommunerne har pligt til at igangsætte behandlingstilbuddet senest 14 dage efter borgerens henvendelse, medmindre borgeren benytter sig af frit valg.

Kommunerne skal ifølge serviceovens § 101a desuden tilbyde anonym ambulant behandling til borgere, der alene har behov for behandling for deres stofmisbrug, og ikke for øvrige sociale problemer. Kommunerne har pligt til at tilbyde anonym ambulant behandling gennem minimum to forskellige aktører, hvoraf mindst ét af tilbudene skal ligge uden for kommunen. Den anonyme ambulante behandling skal være af *"kortere varighed og indeholde gruppebehandling og mulighed for en individuel afsluttende samtale"* (SEL § 101a).

§

SUNDHEDSLOVENS § 142

Kommunerne skal tilbyde alle borgere, der ønsker at komme i behandling for deres stofmisbrug, en vederlagsfri lægelig samtale. De skal tilbyde lægelig behandling til de borgere med stofmisbrug, som har brug for medicinsk behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

De nationale retningslinjer for stofmisbrugsbehandling

Hertil kommer, at Socialstyrelsen i samarbejde med centrale aktører på området har udarbejdet de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, hvor de kommer med anbefalinger til, hvordan kommunerne bør organisere og gennemføre den sociale stofmisbrugsbehandling. Anbefalingerne er en del af udspillet *"Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen"*,

som den daværende regering lancerede i 2012. Retningslinjerne er en systematisk samling af anvisninger, der bygger både på lovgivning og aktuel bedste viden fra forskning og praksis. Inden for disse retningslinjer er der et stort råderum for at tilrettelægge behandlingen forskelligt fra kommune til kommune.

TRE OVERORDNEDE TYPER AF BEHANDLING

Kommunerne opererer overordnet set med tre typer af stofmisbrugsbehandling: ambulantly behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Ambulantly behandling

Størstedelen af den sociale stofmisbrugsbehandling består af ambulantly behandling. Det står dog ikke helt klart, hvornår behandling skal betegnes som ambulantly behandling, og hvornår det skal betegnes som dagbehandling. Det daværende Servicestyrelsen har i 2010 med udgangspunkt i Stofmisbrugsdatabasen defineret ambulantly behandling som tilbud, der leverer en ydelse 2-8 gange om måneden.

Dagbehandling

Dagbehandling defineres som tilbud, der leverer en ydelse:

- 3-5 gange om ugen i mere end 2 timer eller
- 2 dage i over 2 timer og 2 dage i under to timer

Servicestyrelsen skriver endvidere, at dagbehandling ofte er mere gruppebaseret end ambulantly behandling.

Blandt de kommuner, som vi har interviewet, er det kun Københavns Kommune, der har et eget tilbud, som de kalder dagbehandling. Det udelukker dog ikke, at de øvrige kommuner kan tilbyde behandling af en intensitet svarende til dagbehandling.

Døgnbehandling

En stor del af døgnbehandlingen bliver varetaget af selvejende døgnbehandlingsinstitutioner. Af de kommuner, som vi har interviewet, er det kun Københavns Kommune, der har egen døgnbehandling. De øvrige kommuner visiterer udelukkende til eksterne tilbud, når de visiterer til døgnbehandling.

RETNINGSLINJER FOR FORLØB

I de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling er det beskrevet, at formålet med den sociale stofmisbrugsbehandling skal tilpasses den enkelte borgers situati-

on, ressourcer og ønsker, og planlægges i samarbejdet med den enkelte.

Vores undersøgelse viser, at kommuner og behandlingssteder i overensstemmelse med de nationale retningslinjer i høj grad forsøger at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkeltes behov og i samarbejde med den enkelte. Det er derfor ikke muligt at skitsere et typisk behandlingsforløb eller at lave en sammenstilling mellem forskellige målgrupper og deres behandlingsforløb.

På behandlingstilbuddet KABS begrundes en socialrådgiver det på følgende måde:

”De er så forskellige, det giver ikke nogen mening at sige, at når man kommer ind ad døren her, så får man den og den og den slags samtaler, for det er det, der virker. Det er der jo ikke noget belæg for at sige (...) det er vidt forskelligt, hvad det er, vi arbejder med, fordi det er forskelligt, hvilken funktion stofferne har for dem” (socialrådgiver, KABS).

Standardisering

Den individuelle tilrettelæggelse af behandlingen betyder, at de fleste af de kommuner, vi har interviewet, ikke arbejder med behandlingspakker eller andre former for standardisering af ydelserne, når borgeren først er visiteret til behandling. Selve udredningen og opfølgningen er derimod standardiseret.

De to steder, hvor man arbejder med standardiserede pakker for behandlingen, har pakkerne til formål at taksere og definere intensiteten af indsatsen. Pakkerne kan være særligt relevante i samarbejdet med andre kommuner, når kommunen varetager behandlingen for en borger, der kommer fra en anden kommune, eller når behandlingen foretages af et selvejende behandlingstilbud. At behandlingen er organiseret i denne type af pakker kan sikre enighed om, hvilke ydelser betalingskommunerne køber, og hvad misbrugscentre tilbyder.

Der er dog kun tale om et udgangspunkt for ydelsen, som kan justeres alt efter borgerens behov:

”I forhold til det med pakkeforløb; vi kan også ændre undervejs i et forløb. Det med, at man siger, ’hvad er dit behov nu’, det er ikke sikkert, at det er det samme om en måned, der kan vi skrue på det, og det er rigtig rart, at vi kan møde borgerne der, hvor de er. Vi kan tilrettelægge det på en måde, så brugeren oplever sig set og hørt, måske for første gang” (behandlingskoordinator, KABS).

Pakkerne definerer ikke selve indholdet af behandlingen. Eksempelvis kan to borgere indskrevet hos KABS være på samme takst og begge være i dagbehandling, men hvor den ene er i gruppebehandling hver dag og går til træning og akupunktur, går den anden måske i gruppebehandling en gang om ugen.

INTENSITET OG VARIGHED I TILBUDDENE

Det er ikke alene indholdet af behandlingen, der varierer efter borgerens problematikker og behov, det gør intensiteten og varigheden af behandlingen også. Udgangspunktet er igen en vurdering af, hvad borgerens behov er.

Ambulant behandling

Nogle borgere modtager kun enkelte samtaler, mens andre indgår i behandlingsforløb af flere års varighed. I en kommune får borgeren som udgangspunkt tilbudt 12 samtaler, men altid med mulighed for forlængelse. Ingen af de kommuner, vi har interviewet, opererer med en maksimal varighed af et behandlingsforløb. Behandlingsforløb kan således forlænges eller afkortes efter borgerens behov.

Nogle borgere møder ind til behandlingsaktiviteter dagligt, mens andre eksempelvis møder ind til samtaler en gang om ugen, en gang om måneden eller sjældnere. Intensiteten og aktiviteterne kan på denne måde blive tilpasset borgerens livssituation og behov. Der er også mulighed for at skrue op og ned for intensiteten undervejs i en borgers forløb.

For borgere i heroinbehandling eller substitutionsbehandling er der større standardisering i forhold til intensitet. Her kan man være nødt til at møde hver dag eller et vist antal gange om ugen. Nogle borgere i substitutionsbehandling ønsker ikke behandlingssamtaler, men ønsker bare at få udleveret deres medicin. For andre kan der være ønsker om samtaler i perioder, fortæller en medarbejder fra Aarhus Kommune. Der er også borgere, der undervejs får et ønske om at arbejde på at blive stoffri, og derfor får et mere intensivt forløb.

Dagbehandling

I Københavns Kommune, hvor man har dagbehandling, er intensiteten af dagbehandlingen højere end intensiteten af den ambulante behandling. Her forklarer en leder, at intensiteten af den ambulante behandling er 1-2 kontakter om ugen, mens dagbehandling er 3-5 kontakter om ugen. I øjeblikket er det tre dage af tre timers varighed, men det kunne ifølge lederen også være flere timer om dagen.

Som allerede nævnt tidligere i kapitlet er der også kommuner, der tilbyder behandlingsaktiviteter på daglig basis i deres ambulante behandling. Vi kan derfor ikke konkludere, at dagbehandling nødvendigvis er mere intensivt end ambulante behandling på tværs af de kommuner, vi har interviewet.

Døgnbehandling

På de to døgnbehandlingstilbud, som vi har interviewet, er intensiteten af behandlingen højere end intensiteten af den ambulante behandling og dagbehandling, som kommunerne tilbyder. Her får borgerne daglige behandlingssamtaler, samt en række andre aktiviteter på baggrund af den enkelte borgers behov. Disse aktiviteter er nærmere beskrevet i bilag 1.

Helhedsorienteret behandling

Samtlige kommuner og behandlingssteder, der indgår i undersøgelsen, fortæller, at det er afgørende, at stofmisbrugsbehandling ikke ses isoleret, men som en del af en helhedsorienteret indsats. I dette kapitel beskriver vi, hvordan de kommunale og selvejende behandlingstilbud arbejder med en helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling, og deres refleksioner over dette.

STOFMISBRUGSBEHANDLING KAN IKKE STÅ ALENE

Alle kommuner og behandlingssteder fortæller, at deres stofmisbrugsbehandling er rettet mod hele borgerens liv. Det er nemlig ikke nok at behandle stofmisbruget, de bagvedliggende problemer skal også håndteres:

“Vi samarbejder meget tættere med alle instanser, der er omkring den unge, både de kommunale, men også frivillige, fx Headspace. Så vi sætter ind med hele batteriet. Det ved vi jo, det er det, der giver mening. Hvis den unge kan få en fod indenfor i IKEA nogle timer om ugen, så er det den vej, vi først og fremmest skal gå” (socialrådgiver, Odense Kommune).

Når kommunerne beskriver, at stofmisbrugsbehandling ikke kan stå alene, skyldes det, at der ofte er en tæt sammenhæng mellem det at være have et stofmisbrug og at have andre sociale problemer. Det er ikke nok at behandle misbruget, hvis der ikke samtidig tages hånd om de andre problemer.

Sammenhængen går begge veje. For nogle er stofmisbruget et symptom og en måde at dulme eller kamouflere andre problemer på. For andre har misbruget betydet, at de eksempelvis ikke har råd til at blive boende i deres lejlighed, har mistet deres job eller er droppet ud af uddannelse. Stofmisbruget bliver dermed årsagen til en række sociale problemer.

Stofmisbruget kan dække over andre problemer

Flere kommuner fortæller, at misbruget i nogle tilfælde kan dække over andre problemer, for eksempel sociale problemer. Nogle gange kan stofmisbruget være borgerens måde at håndtere eller distancere sig fra sine problemer på. Kommunerne fortæller om borgere, hvor de har mistanke om, at borgeren bruger for eksempel hash, for at falde til ro:

“Så tænker vi i hvert fald, at der måske kan være noget selvmedicinering i det her. Hvor hashen kan skabe noget ro

i alle de her tanker, tankemylder og alt hvad der foregår i hovedet” (behandler, Norddjurs Kommune).

For borgeren er stoffet dermed mere en måde at håndtere nogle bagvedliggende problemer, end selve årsagen til problemerne. Det giver den udfordring, at man ikke kan behandle stofmisbruget alene, da det blot kan gøre det bagvedliggende problem mere påtrængende. I første omgang er man nødt til at adressere de problemer, der ligger bag stofmisbruget, for ellers bliver borgerens liv blot mere kaotisk:

”Nogle gange giver det mest mening at finde en bolig eller hjælpe med det, før det overhovedet er relevant at snakke om hash og andet” (behandler, Københavns Kommune).

Andre eksempler kan være borgere, der har haft traumatiserende oplevelser som overfald eller overgreb. Her kan et stofmisbrug på samme måde dulme konsekvenserne af oplevelsen. Det bliver derfor svært at komme ud af misbruget, hvis det bagvedliggende problem ikke adresseres, da tankerne fra de traumatiserende oplevelser på den måde vil blive for dominerende.

Der skal være noget at sætte i stedet for misbruget

Den anden vinkel på koblingen mellem stofmisbrug og sociale problemer er, at stofmisbruget medfører en række sociale problemer. Det kan eksempelvis være, at borgeren er blevet smidt ud af sin bolig, eller kun har kontakt med andre, der har misbrug.

Det giver det problem, ifølge kommunerne, at når borgeren bliver stoffri og skal ud og klare sig alene igen, så er det de samme problemer, borgeren står i. Det kan derfor være svært at fastholde stoffriheden:

”Hvis du skal bo på gaden, når du er blevet stoffri, det giver ikke den helt store mening” (leder, Aarhus Kommune).

Det samme gælder, hvis borgerens liv og omgangskreds er koncentreret om stofmisbruget. Hvis alle vennerne har et stofmisbrug, skal borgerne vælge mellem at være stoffri alene eller at være sammen med andre, der har et stofmisbrug, og så bliver det for svært at opretholde stoffriheden. En stor del af misbrugsbehandlingen drejer sig om at give borgeren andre strategier i de situationer, hvor borgeren tidligere ville have brugt rusmidler. Her er det afgørende, at der er sat et støtte-system op, der bakker op om de nye strategier.

Derfor arbejder alle kommuner og behandlingssteder med at sikre, at de samtidig med at igangsætte og udføre behandling, også sætter en helhedsorienteret indsats i gang:

”Det ligger i selve behandlingskonceptet, at der også er en planlægning af, ’hvad er din plan, når du kommer hjem’,

'hvordan skal det se ud'. Og så er der risikosituationer, som man arbejder med, og hvordan de skal håndtere det. Så selvfølgelig en helt klar plan, 'vil du gå til NA¹ møder eller AA møder' og 'hvordan vil dit netværk se ud', så man har arbejdet med det. Det er en del af det hele tiden i det terapeutiske arbejde, faktisk fra dag et begynder man stille og roligt at se på det, der skal ske bagefter, og håndtering af det. Det gør vi også i dagligdagen, når vi er i situationer og bearbejder måden at håndtere det på" (leder, Kongens Ø).

Rent praktisk foregår det ved, at behandlerne allerede ved starten af behandlingen har en samtale med borgeren om, hvad der skal ske, når behandlingen er slut og borgeren er stoffri. Igen er der tale om et individuelt fokus, hvor planen afhænger af den enkeltes udfordringer, ressourcer og ønsker. Det er dog helt afgørende at starte snakken med det samme, så man kan lægge en plan, og borgeren ikke ender med at stå alene ved endt behandling.

Der er fokus på at sikre borgeren indhold i hverdagen i form af enten job eller uddannelse. Samtidig er der fokus på, om borgeren har brug for en social indsats eksempelvis i form af en boligsocial indsats, for at kunne fungere i egen bolig:

"Det er vigtigt, at der er lavet ordentlige aftaler med jobcenteret, hvad de skal i gang med, så de får en stabil hverdag. Der skal gerne være noget perspektiv i det. For de fleste har drømme om uddannelse eller job, så der skal bygges på det. Men det er ikke noget, vi finder ud af bagefter, det skal være der den dag, de tager af sted. Ofte er der socialpædagogisk støtte på inden, i forsøget på at skabe en sammenhængende indsats, som også følger dem undervejs (§ 85), og efterfølgende for at fastholde både udviklingen og den forebyggende behandling. Inden de kommer hjem, er der lavet et skema for, hvilken dag de skal mødes med deres sagsbehandler, måske henter bostøtten dem endda og sørger for, at de kommer hjem og godt på plads. Datoerne for møde i rusmiddelcenteret og hvor ofte er også allerede fastlagt for at være på forkant" (leder, Norddjurs Kommune).

Netop dette fokus på at sikre, at der er noget at sætte i stedet for misbruget, når behandlingen er slut, er ifølge alle kommuner og behandlingssteder afgørende for, at behandlingen er en succes.

¹ Narcotics Anonymous

BEHOV FOR EN INDSATS I ANDRE SYSTEMER

En væsentlig del af udfordringen i stofmisbrugsbehandlingen er som nævnt, at stofmisbruget kan dække over andre problemer, og at behandlingen derfor ikke kan stå alene. Flere behandlingssteder har nævnt eksempler på, at stofmisbruget har været en slags 'selvmedicinering' af psykiske problemer som ADHD.

"Det er lidt den der hønen eller ægget, for selvfølgelig bliver de afvist i psykiatrien mange af dem, fordi de har et misbrug også. Der vil vi gerne være skarpere på, at det ikke nødvendigvis er det [misbruget], der er årsagen til, at de har det svært. Men at de netop er misbrugende, fordi der er en anden årsag [psykiatrisk lidelse]" (behandler, Norddjurs Kommune).

Det betyder, at der er behov for et samarbejde mellem stofmisbrugsbehandlingen, det sociale system og andre systemer, som eksempelvis sundhedssystemet:

"Nogle af dem vil rigtig gerne have støtte til psykiatrien, fordi de er blevet afvist, fordi psykiatrien er belastet. Så de har fået at vide, måske endda af deres egen læge, at lægen ikke vil indstille til en udredning. Og hvis de er kommet i psykiatrien, og de er blevet afvist i en udredning, så er det en frygtelig situation. Der kan vi så trække på vores psykologer i forhold til at få lavet noget internt, som forhåbentlig kan skubbe på. Der er også nogen, der efterspørger at komme af med diagnoser, fordi det i en tid er gået for stærkt med borderline, ADHD og så videre" (behandler, Holstebro Kommune).

Udfordringen er at finde ud af, hvad der er det primære problem, og dermed hvad der skal håndteres først. En kommune beskriver, at de arbejder med forskellige måder at udrede borgeren på, for eksempel i forhold til en eventuel bagvedliggende psykisk lidelse:

"Det gør vi jo ved at undersøge det nærmere, vi har den her screener, hvor der er nogle forskellige spørgsmål i, og hvis de bonner ud på nogle af spørgsmålene, så er det der, vi er opmærksomme på, at det skal undersøges nærmere. Der er blandt andet spørgsmålet 'kravlede du på væggene, da du var lille?', eller 'blev du beskrevet sådan, da du var lille?'. Det er noget, de sådan kan forholde sig til, særligt hvis de er meget ADHD-ramte, 'ja, det var sådan, jeg var', så kan vi undersøge det nærmere" (behandler, Norddjurs Kommune).

Det understreger igen behovet for at se stofmisbrugsbehandling som en del af en samlet helhedsorienteret indsats, hvor man skal sætte ind på flere parametre for at hjælpe borgeren.

Indsatserne kan køre parallelt

I samtlige kommuner og på behandlingsstederne understreges vigtigheden af, at de tilbud, som en helhedsorienteret indsats består af, i nødvendigt omfang kører sideløbende. Det vil sige, at borgeren både kan være i behandling for et stofmisbrug og samtidig modtage en social indsats, eksempelvis i form af boligsocial støtte. Et andet eksempel er, at man samtidig med en stofmisbrugsbehandling kan starte på en uddannelse eller komme i en eller anden form for praktik:

“Nu er der rigtig meget, der kan sættes i gang, selv om stofmisbruget ikke er holdt op, og selv om det måske aldrig holder op. Der er kommet en holdning til, at vores målgruppe også kan være med, og det kan jeg virkelig mærke på nogle af vores borgere, at ‘hold da op, der er nogen, der regner med mig’, det synes jeg er meget, meget positivt, at i hele kommunen er vi enige om, at faktisk kan vi godt finde to timer i IKEA til [borgeren], i stedet for at de skal være stoffri først” (leder, Odense Kommune).

Dermed er målet, i hvert fald i første omgang, ikke nødvendigvis at opnå stoffrihed, men i højere grad at opnå stabilitet og minimere kaos.

Ved at opnå en højere grad af stabilitet i borgerens liv bliver det nemmere at motivere borgeren til stoffrihed på sigt, og samtidig skaber man rammerne for et liv, hvor det ikke er stofmisbruget, der er i fokus. Det kan være det, der skal til, for at borgeren selv når til det punkt, hvor det virker realistisk at blive stoffri.

Flere kommuner og behandlingssteder har dog understreget, at stoffrihed ikke nødvendigvis skal være målet. Det kan i sig selv være en succes, at borgeren opnår stabilitet og indhold i livet, selv om det ikke er muligt at blive stoffri.

“Der er så meget andet, der kan blive godt i livet, selv om man måske aldrig bliver stoffri, det synes jeg er positivt” (leder, Odense Kommune).

Et aspekt af behovet for, at flere indsatser kan finde sted samtidig, opstår i forlængelse af krydsfeltet mellem misbrug og psykisk sygdom. Flere kommuner fortæller, at det er vanskeligt at få en borger med misbrug ind i det psykiatriske system, før de er stoffrie. Kommunerne udtrykker generelt forståelse for, at det er vanskeligt for psykiatrien at give en diagnose til en person med misbrug, da misbruget både kan udløse og kamuflere en psykisk sygdom.

På trods af denne forståelse giver det dog kommunerne en række udfordringer, fordi disse borgere er svære at behandle

for stofmisbruget uden samtidig at håndtere den bagvedliggende psykiske sygdom:

“Nogle af vores borgere bliver jo aldrig udredt, hvis de skal være stoffri 6-8 uger. Det er jo selvmedicinering. Om det er den psykiske diagnose, der kom først, eller om man fik symptomerne, fordi man har taget centralstimulerende stoffer i for mange år, det ved jeg ikke” (leder, Odense Kommune).

Enkelte kommuner ønsker således muligheden for at køre et parallelt forløb mellem stofmisbrugsbehandlingen og den psykiatriske udredning, for at sikre, at borgeren får den rigtige hjælp.

Visitation til døgnbehandling

Alle kommuner og tilbud, der har deltaget i denne undersøgelse, er enige om, at døgnbehandling ikke kan stå alene, men skal ses som et led i en samlet misbrugsbehandling. I dette kapitel beskriver vi kommunernes brug af døgnbehandling og deres kriterier for at visitere til døgnbehandling. Afslutningsvis vil vi beskrive kommunernes og de selvejende behandlingstilbuds perspektiver på udviklingen i brug af døgnbehandling.

KOMMUNERNES KRITERIER FOR AT VISITERE TIL DØGNBEHANDLING

Alle de fem kommuner, vi har interviewet, fortæller, at de kun visiterer til døgnbehandling i beskedent omfang. Når de bevilger døgnbehandling, er det typisk, fordi borgeren selv har givet udtryk for et ønske om døgnbehandling. En gennemgående fortælling er, at sagsbehandleren eller stofmisbrugsbehandleren til enhver tid på loyal vis hjælper borgere, der har et ønske om at komme i døgnbehandling, med at skrive en ansøgning, men at visse kriterier skal være opfyldt, for at ansøgningen munder ud i en bevilling. Disse kriterier bliver beskrevet i det følgende.

Ambulante tilbud skal være afprøvet først

I alle fem kommuner er det et centralt kriterium for at få bevilget døgnbehandling, at man først har forsøgt sig med de relevante ambulante behandlingstilbud, der er i kommunen. Døgnbehandling kommer derfor som hovedregel først på tale, når de ambulante tilbud ikke har vist sig tilstrækkelige.

I Odense Kommune bliver det af en leder beskrevet på følgende måde:

“Det er et spørgsmål om at kigge sagen igennem. Er der prøvet de ting, vi tænker, kan gøres i ambulante regi? Har man fået tilbud om nogle af de ting, man kan gøre i vores kommune? Det kan for eksempel være bostøtte, det kan være støttekontaktperson, det kan være boligsocial vicevært. Kan man gøre et eller andet for at understøtte de udfordringer, man har, hvordan er samarbejdet med psykiatrien, kan man lave en koordineret indsatsplan? Vi gør alt, hvad vi kan, i vores eget nærmiljø, før vi sender i døgnbehandling” (leder, Odense Kommune).

I Aarhus Kommune uddyber en leder, hvorfor man i kommunen har den tilgang, at de ambulante tilbud først skal være afprøvet:

"(...) man kan gå ind og ud af den der ambivalens, man har, man kan gå ind og ud af stoffrihed, man kan øve sig, man kan rydde op i sit miljø, mens man er der, man kan bygge sit liv langsomt op. Så man ikke laver en kunstig boble, hvor man har det fint indeni, men måske grundlæggende er usikker på, hvordan skal jeg håndtere det, når jeg kommer hjem (...) man kan opretholde sit liv. Hvis man går i skole, så kan man blive ved med det, hvis man har en lejlighed, kan man beholde den. Alt det gode man har, kan man holde fast i" (leder, Aarhus Kommune).

Kriteriet om, at ambulante tilbud skal være afprøvet først, går igen i flere kommuners fortællinger. En enkelt kommune fortæller desuden, at borgerne også skal kunne profitere af det ambulante tilbud, da det ellers ikke virker realistisk, at borgeren kan profitere af et døgnbehandlingstilbud:

"De får ikke døgnbehandling, fordi de ikke kan profitere af ambulant behandling. Som en del af det forløb, vi er i gang med, kan døgnbehandling måske hjælpe os til at komme hurtigt videre eller understøtte det til at give et flow i det behandlingsforløb, de er i gang med. Så kan det godt være, at tre måneders ro omkring borgeren kan give et boost til at slippe det sidste for at blive stoffri (...) Nogle, der ikke kan profitere af ambulant tilbud, kan heller ikke profitere af døgntilbud. Så er de simpelthen ikke klar til at slippe stofferne, så er det alt muligt andet, de er klar til at stoppe, men fortsætte rusen af stofferne. Så må vi vente, til de er klar til, at det er stofferne, de også har fokus på" (leder, Norddjurs Kommune).

Udtalelsen følges op af en anden leder, der påpeger, at de i sådanne tilfælde skal arbejde mere med de pågældende borgere i ambulante regi, før det giver mening at sende dem i døgnbehandling. Døgnbehandling bliver med andre ord ikke opfattet som et alternativ til ambulante behandling, men som et supplement.

Samlet set viser interviewene, at døgnbehandling i ingen af de interviewede kommuner står alene, men anses for et potentielt meningsfuldt element i et sammenhængende behandlingsforløb, hvor det bliver kombineret med forudgående ambulante behandling.

Der skal være noget at komme hjem til

Udover enighed om, at ambulante tilbud skal være afprøvet først, er der blandt de kommunale og selvejende behandlingstilbud, som vi har interviewet, også enighed om, at der skal være et tilbagefaldsforebyggende forløb i kommunen efter endt døgnophold for, at det overhovedet giver mening at visi-

tere til døgnbehandling. Et sådant forløb kan bestå af ambulante behandlingsaktiviteter eller egentlig dagbehandling (de steder, hvor man tilbyder dagbehandling). Det kan også bestå af øvrige indsatser, som har til formål at skabe de rammer omkring borgeren, som skal til for at forebygge tilbagefald: bolig, beskæftigelse, håndtering af psykiske problematikker med videre:

“Nu er det ikke mange, vi sender i døgnbehandling, men det er nemt nok at komme væk fra miljøet, sociale problemer, blive afruset. Men problemerne starter først, når man kommer hjem igen, for der kan stadig være manglende bolig, job og netværk. Det er der, udfordringerne kommer. Det er det, man arbejder med i den ambulante behandling: hvordan kan man leve et hverdagsliv uden rusmidlerne. Det er det, vi ser, i hvert fald for de unge. Det står meget sjældent alene. Det er få af de unge, der ryger hash dagen lang, som har et godt liv, gode relationer og uddannelse. Det eksisterer nærmest ikke, så der skal arbejdes med de ting i det miljø, de er i” (leder, Københavns Kommune).

En rådgiver i Aarhus Kommune beskriver det på følgende måde:

“(...) de skal for eksempel gerne have et sted at bo. Der skal gerne være sat noget i gang, til når de kommer hjem. Hvad gør vi, skal de i halvvejshuset², skal de have en behandler tilbagefaldsforebyggende, skal de gå i NA³, eller skal de i gang med uddannelse eller arbejde. Det der med bare at sende folk i døgn og så sende dem hjem til det kaos, de kommer fra... Man vil gerne sørge for, at der er ryddet op i det inden, for at man kan fastholde dem i stoffrihed, når de kommer hjem” (rådgiver, Aarhus Kommune).

Døgnbehandling kan altså bruges som afrusning og stabilisering i et sammenhængende behandlingsforløb i de få tilfælde, hvor borgere får bevilget døgnbehandling.

Skal have et vist kognitivt og psykisk funktionsniveau

Nogle kommuner peger på, at det kræver et vist kognitivt funktionsniveau hos borgeren, hvis døgnbehandling skal blive en succes. Man skal kunne indgå i intensiv terapi og derfor også være reflekterende, man skal kunne indordne sig de givne regler på døgnbehandlingsstedet og kunne indgå i sociale sammenhænge:

² En udslusningsbolig, der understøtter stofophøret

³ Narcotics Anonymous

"Hvis man skal have noget ud af døgnbehandling, skal man være kognitivt velfungerende. Og det vil sige, at man skal være i stand til 'at rykke' i ambulantly behandling. Hvis man skal have en indstilling til døgn, så kører vi oftest en psykolog på, for hvis man har en lille mistanke om, at vedkommende ikke er kognitivt velfungerende, så skal det målrettes det. Og om vedkommende overhovedet er i stand til at modtage behandling. Derfor skal man være klar over, hvem man indstiller, det skal ikke bare være for at komme ud af byen, for nissen flytter jo med" (behandler, Holstebro Kommune).

I Odense Kommune forklarer en behandler det på følgende måde, da interviewer spørger, hvem der er den ideelle borger til et døgnbehandlingsforløb:

"En, der er forholdsvis kognitivt velfungerende, og som kan indgå i såvel gruppebehandling som individuelle samtaler, og hvor der er fuldstændig kontekstafklaret i forhold til, hvad det betyder at komme i døgn, hvad det betyder at komme hjem fra døgn, hvad vi arbejder med inden døgn" (behandler, Odense Kommune).

Derudover peger kommunerne på, at det er nødvendigt, at borgeren ikke har for store psykiske problemer, hvis vedkommende skal have bevilget døgnbehandling:

"Der kan være den tanke, at borgeren kommer ind og kan være decideret psykotisk, og vi tænker, at det kan de jo ikke håndtere (på døgnbehandlingsstedet). Der er jo ikke psykiatri derude, hvad så hvis borgeren oven i købet skulle blive stoffri, hvad er det så, der dukker op? Det med et krav om en eller anden udredning, at man er udredt psykiatrisk, og man har en eller anden form for stabilisering, at døgninstitutionen ikke står med et problem, de ikke kan håndtere" (leder, Aarhus Kommune).

Brug for at komme væk

I Odense og Københavns kommuner kan det også være et kriterium for at få bevilget døgnbehandling, at borgeren har brug for at komme væk fra det miljø, som personen færdes i, og som er forbundet med misbruget:

"Så har vi nogle, der, når de har været i ambulantly behandling, siger, at de ikke kan komme af med det sidste, at de har brug for at komme væk fra miljøet for at komme af med det. Der prøver vi at finde ud af, om det kan lade sig gøre ambulantly, eller om det faktisk vil være en god idé at kom-

me af sted og få det sidste væk” (leder, Københavns Kommune).

I Aarhus Kommune bliver det beskrevet på den måde, at døgnbehandling kan være den bedste løsning for borgere, der har haft en voldsom stofderoute på kort tid med kriminalitet og trusler i miljøet.

Skal være borgerens egen motivation

Flere kommuner kommer i interviewene ind på, at de af og til oplever, at borgere kommer og beder om døgnophold, hvor de har et klart indtryk af, at det ikke er borgerens eget ønske, men i stedet er et ønske fra en nær pårørende. I sådanne tilfælde mener interviewpersonerne ikke, at der er grundlag for, at døgnopholdet bliver en succes:

”Hvis det er andres ønske, mor for eksempel, så tænker jeg aldrig, at det er godt givet ud” (leder, Odense Kommune).

I både Aarhus og Odense kommuner bliver det beskrevet, at der er borgere, der ønsker døgnbehandling, hvor de som professionelle har indtryk af, at det ikke bunder i en reel motivation for at blive stoffri, men derimod et ønske om en pause fra miljøet. Her mener interviewpersonerne ikke, at der er grundlag for en succesfuld døgnbehandling:

(...) Så er der også borgere indimellem, som kommer med et ønske om døgn, hvor det reelt set ikke er fordi, man har et ønske om at blive stoffri, men at man får et lille frirum eller en lille ferie, eller hvad man skal sige. Altså et andet sted at komme hen, en anden lokation end lige her, men hvor motivationen ikke nødvendigvis er til stede” (sygeplejerske, Odense Kommune).

For kaotisk til ambulans behandling

Som det fremgår af de ovenstående afsnit, skal borgerne have en vis mængde ressourcer og motivation for at få bevilget døgnbehandling. I Odense Kommune beskriver interviewpersonerne også et andet kriterium, som adskiller sig fra de øvrige. Det handler om, at døgnbehandling kan være relevant for borgere, som er for kaotiske til at få fuldt udbytte af den ambulante behandling. Her er tale om borgere, som grundet de kaotiske forhold har brug for en periode i et miljø præget af stabilitet og fast struktur:

”Der er også dem, hvor man kan sige, de vil egentlig gerne, men de har ikke noget netværk andet end dem, der sidder nede i fixerummet, eller at familien er væk, den er smuldret væk. Det er rigtig fint, når jeg sidder til de her samtaler,

men jeg kan ikke holde fast i det, når jeg går ud herfra. Jeg vil gerne, men jeg kan ikke, hvad skal jeg lave'. Jeg har for eksempel haft en, der var stærkt styret af ADHD, og han formåede simpelthen ikke at have nogen struktur omkring hverken bolig eller netværk eller noget som helst. Han kunne ikke samle sig om noget, og man kunne heller ikke formå at få ham i medicinsk behandling for sin ADHD, for han var så rodet og kunne ikke overholde noget i forhold til den medicinske del. Han kom i døgnbehandling, og det var måske også en mulighed for at få ham stabiliseret og få bygget lidt struktur omkring ham og komme godt i gang" (leder, Odense Kommune).

I overensstemmelse med pointen fra Odense Kommune, fortæller en behandler fra Københavns Kommune, der arbejder med stofmisbrugsbehandling for unge til og med 24 år, at han vil indstille til døgnbehandling, når den unge er for kaotisk til at indgå i den ambulante behandling:

"Når det er så kaotisk, at den unge kommer meget ujævnt, og jeg ved, at der er meget misbrug, og jeg vurderer, at der skal en læge til for at trappe ned. Hvis der er høje daglige doser af kokain, så kan jeg ikke se, at det bliver rummet godt i U-turn. Det er oftest der, hvor det kræver en læge" (behandler, Københavns Kommune).

Her skal det præciseres, at den pågældende behandler ikke selv kan visitere til døgnbehandling, men alene beskriver, hvornår han vil indstille den unge til døgnbehandling.

KOMMUNERNES OG BEHANDLINGSSTEDERNES PERSPEKTIVER PÅ UDVIKLINGEN I BRUGEN AF DØGNBEHANDLING

Flere af de medvirkende kommuner fortæller, at de visiterer færre til døgnophold og i stedet arbejder med borgerne i deres hjemlige miljø med fokus på netværk, beskæftigelse med videre.

I Københavns Kommune peger en leder på, at det i hvert fald i denne specifikke kommune skal ses i sammenhæng med fremkomsten af forskellige sociale indsatser som støttekontaktpersonordning, Housing First, ACT med videre, ligesom man i højere grad visiterer denne borgergruppe til botilbud.

Disse mennesker får dermed en støtteindsats, som ikke er hæftet direkte op på misbrugsbehandling, men som ifølge den pågældende leder et langt stykke hen ad vejen er lig den, der sker i døgnbehandling. Hun uddyber det med, at en stor del af formålet med døgnbehandling er at komme i trygge rammer,

og at indsatserne skal tilpasses borgerens behov og udfordringer.

Kritisk indstilling til døgnbehandlingstilbuddene

Flere af de kommunale interviewpersoner er kritiske over for virkningen af døgnbehandling. De mener, at ambulante behandling er det bedste tilbud for langt de fleste borgere. Og i Københavns Kommune efterlyser en leder sammenhæng mellem den faglige tilgang, man anlægger i den kommunale stofmisbrugsbehandling og i den private/selvejende døgnbehandling.

”Det er ærgerligt, at vi gør tingene så forskelligt og ikke får lavet de tilbud, der er brug for” (leder, Københavns Kommune).

Lederen efterlyser døgnbehandlingssteder, som lægger sig op ad kommunens egen tilgang og Socialstyrelsens anbefalinger til god misbrugsbehandling.

Fra lange til korte ophold

Udover at der bliver visiteret færre til døgnbehandling, er varigheden af de døgnbehandlingsforløb, som kommunerne visiterer til, også blevet kortere, fortæller interviewpersonerne på tværs af kommuner og selvejende behandlingstilbud. Interviewene med de fem kommuner og tre behandlingstilbud giver et billede af, at de fleste bliver visiteret til ophold af tre måneders varighed, evt. med mulighed for forlængelse. Det er en sjældenhed, at der er borgere, der får visiteret længere ophold end tre måneder. Der er også borgere, der får visiteret ophold af en enkelt måneds varighed.

Interviewpersonerne fra både de fem kommuner, KABS og de to døgnbehandlingstilbud fortæller, at varigheden af døgnbehandlingsforløbene tidligere typisk var 6 måneder eller længere. Som en leder fra det selvejende døgnbehandlingstilbud Kongens Ø fortæller, kan en del af forklaringen ligge i, at kommunerne i højere grad selv udfører forbehandling og efterbehandling, og bruger døgnbehandlingen som et element i et sammenhængende behandlingsforløb, som beskrevet tidligere i kapitlet.

Flere af repræsentanterne fra behandlingstilbuddene forholder sig kritisk over for denne udvikling. De begrundet det med, at det kræver en periode med stoffrihed, før det er muligt for personen selv at forholde sig til, hvad vedkommende vil med sit liv, og hvilke mål der skal arbejdes hen imod. I den sammenhæng også hvilke øvrige tiltag, der skal gøres i forhold til bolig, beskæftigelse mv. Bevidstheden om, at man om få måneder skal afslutte døgnopholdet, kan i dette perspektiv, gøre

det svært for personen at finde den nødvendige ro til at arbejde med sig selv.

Er det blevet for svært at få bevilget døgnbehandling?

Der er blandt de personer, som vi har interviewet, forskellige holdninger til, om der er for få, der får bevilget døgnbehandling. På den ene side står dem, der oplever, at det er blevet for svært:

”Jeg vil sige, at jeg kan have det lidt svært med, at jeg nogle gange får henvendelser fra ungeafdelingen med nogle, der er så unge og ude i ret kaotisk misbrug, hvor der har været søgt døgn flere gange, men er blevet givet afslag. Og de her unge mennesker, de når dertil, hvor de giver op, og hvor de også når at komme ind i en afhængighed” (leder, Odense Kommune).

På den anden side står dem, der finder det mere meningsfuldt at anvende ressourcerne på ambulante behandling i kommunen:

”Hellere bruge ressourcer på det ambulante og et samlet tilbud frem for døgnbehandling. Det er dyrt i forhold til, hvor mange ambulante behandlere, der kan ansættes” (leder, Norddjurs Kommune).

I Københavns Kommune opponerer en leder imod selve modstillingen af døgntilbud og ambulante tilbud:

”I stedet for at tale om døgn eller ikke døgn vil jeg gerne tale om formålet med behandlingen. Hvad er det, borgeren gerne vil forandre, og hvordan kan man bedst skabe den forandring for borgeren. Der kan døgnbehandling være et element. Men et element ud af mange, og måske er det det ikke. Deres [de borgere som skal i misbrugsbehandling] omfang af psykosociale problemer er mindre, og de har en højere grad af social integration. Der er flere, der er på arbejdsmarkedet og i uddannelse. Når man tilrettelægger et behandlingsforløb, skal man se på, om de kan fortsætte de elementer af stabilitet, som de har. Eksempelvis uddannelse, i stedet for at man hiver dem ud og får ødelagt noget af det, som måske fungerede eller kunne komme til at fungere godt. Og hermed hjælpe dem ud af stofferne” (leder, Københavns kommune).

Behandlingstilbud

Dette kapitel beskriver overordnet, hvilke behandlingstilbud kommunerne tilbyder borgerne på baggrund af visitationen. De konkrete behandlingsaktiviteter, som kommuner og behandlingstilbud tilbyder, er beskrevet mere detaljeret i bilag 1.

TILBUDET AFHÆNGER AF MÅLET MED BEHANDLING

På baggrund af den udredning og visitation, som kommunerne har foretaget i det enkelte tilfælde, tilrettelægges et tilbud til den enkelte borger. Afgørende for tilbuddet er, hvad der umiddelbart vurderes at være et realistisk mål for behandlingen af den enkelte borger.

For nogle borgere er målet stofophør, altså helt at afslutte et stofmisbrug, mens det for andre er at reducere stofmisbruget. Der er desuden nogle borgere med stofmisbrug, for hvem målet med misbrugsbehandlingen alene er at opnå en mere stabil tilværelse.

Der er forskel på, hvad de enkelte behandlingssteder tilbyder af indhold i behandlingen, og som nævnt afhænger det meget af borgerens problemer og behov. Det er derfor ikke muligt at beskrive udtømmende, hvad et behandlingstilbud indeholder, men alene at beskrive målet med behandlingen og kommunernes refleksioner i den forbindelse.

STOFOPHØR ELLER REDUKTION

Som udgangspunkt er målet med misbrugsbehandling, at borgeren skal stoppe misbruget. Det er dog ikke altid et realistisk mål, i hvert fald ikke i første omgang. Kommunerne arbejder derfor løbende med at tilpasse målet og behandlingen efter borgerens behov og situation.

Stofophør

Alle kommuner og behandlingssteder, som indgår i undersøgelsen, tilbyder behandling, der har stofophør som endemål. Behandling mod stofophør er dog en proces, der i mange tilfælde er langvarig. En leder fra døgnbehandlingstilbuddet Kongens Ø beskriver formålet med et ophold på dette sted:

”Der er en afgiftningsfase og en primær behandlingsfase af forskellig varighed og længde. Det er stoffri behandling, hvor første hovedmål er at få dem ud af medicin, og så bli-

ver de behandlet, mens de er stoffri, så målet er, at de kommer clean hjem” (behandlingsleder, Kongens Ø).

For at kunne deltage i et behandlingsforløb er det nødvendigt først at opnå en vis stabilitet, fx gennem afgiftning. Hvis borgerens liv og hverdag er for kaotisk, og de derfor ikke kan møde stabilt til medicinsk behandling og samtaler, er det ikke realistisk at arbejde med egentlig behandling for stofophør. Så er første skridt at sikre en større stabilitet, der måske på sigt kan føre til egentlig behandling mod stofophør.

Afgiftning har også andre formål. En behandlingsleder fra døgnbehandlingstilbuddet Sct. Ols påpeger, at afgiftning som led i behandlingen kan være nødvendigt for at afdække borgerens egentlige problematikker:

”Vi oplever mange, som har haft alle mulige former for psykiatriske problemer, hvor når man fjerner stofferne, så forsvinder de psykiatriske symptomer ret hurtigt. Så har vi selvfølgelig også nogle, hvor det ikke gør” (behandlingsleder, Sct. Ols).

Fokus i behandlingen vil udover selve stofophøret også være på, hvordan borgeren bibeholder ophøret, hvilke risici for tilbagefald der kan spottes, og hvordan borgeren kan sørge for, at hverdagen er indholdsrig, fortæller en behandler fra Aarhus Kommune. Det er også forhold, der kan ændre sig i takt med, at borgeren bliver afgiftet, hvorfor tilrettelæggelsen af behandlingen er en løbende proces.

Stofreduktion

For nogle borgere er det ikke realistisk at opnå stofophør, i hvert fald ikke i første omgang. Alle de kommunale tilbud, vi har interviewet, arbejder også med stofreduktion som indsats. Det kan eksempelvis være relevant for borgere, der har haft et omfattende misbrug igennem mange år, og som ikke har egentlig stofophør som deres målsætning:

”Nogle borgere har et mål om stoffrihed, og dem arbejder vi målrettet med og tilstræber at få dem visiteret videre til stofophør. Andre har en erkendelse af, at ’jeg skal være i metadonbehandling resten af mit liv og have et godt liv i det’, og så skal vi så reducere de skader, der kan være i et sidemisbrug” (misbrugsbehandler, Odense Kommune).

Reduceringen af misbruget kan i nogle tilfælde være centreret omkring sidemisbruget, og ikke nødvendigvis det primære stofmisbrug. På den måde kan stofreduceringen både fungere som endemål i sig selv, men også som et skridt i en lang proces, der slutteligt kan ende med stoffrihed for borgeren.

TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE

Når en borger afslutter en behandlingsindsats, tilbydes vedkommende oftest en indsats med henblik på at forebygge tilbagefald. Det kan ske på forskellige måder alt efter, hvor langt borgeren er i sit forløb, og hvad planerne er efter endt behandling.

Flere kommuner beskriver, at netop beskæftigelse og indhold i hverdagen er vigtigt, og derfor sætter de ind med handleplaner, strategier og jobkonsulenter i deres tilbagefaldsforebyggelse.

Udover beskæftigelse er der i tilbagefaldsforebyggelsesbehandlingen fokus på risikofaktorer for tilbagefald og strategier for, hvordan borgeren bibeholder et stofophør. En leder fra døgnbehandlingstilbuddet Sct. Ols beskriver, at det er vigtigt, at der er nogen, der følger op på borgeren, og at der er tilrettelagt et behandlingstilbud i kommunen efter døgnopholdet:

”Efterbehandling, efterbehandling, efterbehandling. Det, at der er en plan, når de udskrives herfra. Lige fra de lander på Hovedbanegården, så står der i bedste fald en og tager imod dem. Det, at der er nogle, der følger op med det samme. At der er en ren lejlighed at komme hjem til. At der er en førstesamtale hos sagsbehandleren eller dagbehandlingen (...) Hvis der ikke er planlagt noget, når de kommer hjem, hvis der ikke er nogen, der følger op, så kan det hele være tabt på gulvet i løbet af 10 min” (Leder, Sct. Ols).

Det er dog ikke alle borgere, der er motiveret for et tilbagefaldsforløb. En behandler fra Odense Kommune beskriver, at borgere kan være behandlingstrætte, og nogle har bedre af at slippe tilknytningen til behandlingsstedet, eksempelvis i tilfælde, hvor de er kommet i arbejde eller uddannelse.

STABILISERING OG SKADESREDUKTION

For nogle borgere er det ikke realistisk at reducere eller ophøre med stofmisbruget. Her er det alene realistisk at stabilisere misbruget og skadesvirkninger af misbruget. For andre er stabilisering det første afgørende skridt i forhold til en egentlig udredning af borgerens problematikker, og dermed nødvendig for at kunne tilbyde en egentlig behandling rettet mod stofophør.

Alle de kommunale behandlingstilbud, der indgår i vores undersøgelse, arbejder med stabilisering for de borgere, der har behov for at få stabiliseret deres stofmisbrug og eventuelle sidemisbrug. En afdelingsleder fra Norddjurs Kommune fortæller

ler, at stabilisering af stofmisbrug kan være en betingelse for at kunne arbejde med borgerens eventuelle øvrige problematikker:

”Vi arbejder ikke nødvendigvis mod stop af misbrug. Det kan også handle om at stabilisere deres forbrug, så det ikke accelererer, og holde det på et niveau, mens der bliver arbejdet på resten af det kaos, der kan være i deres liv” (afdelingsleder, Norddjurs Kommune).

En borger, hvor behandlingen er rettet mod stabilisering, er ofte ikke i stand til at møde til aftalte tidspunkter eller deltage aktivt i behandlingen. Her bruger kommunerne andre måder at få kontakt med borgerne på og eventuelt prøve at motivere dem til behandling. Fx har kommunerne samlingspunkter som eksempelvis caféer eller kontakthuse, hvor borgerne kan komme og få hjælp:

”Det er et sted, du altid kan komme ind, hvis du har brug for at blive set og tale med nogen. Vi er altid to dernede og forsøger at få kontakt og få snakket om, hvad de ønsker af hjælp (...) Vi har udflugter og forskellige aktiviteter, der gør, at det giver mening at komme. Og det skal fungere som et ’helle’ i stofmisbrugsmiljøet. Hvis nogen står et sted i deres liv, hvor de føler sig klar og har et vendepunkt, så er vi der med det samme” (medarbejder i Kontakthuset, Aarhus Kommune).

Et af de tilbud, der gives som led i stabilisering, er ledsagelse. Det kan fx være ledsagelse til tandlægebesøg eller hospitalsbesøg, hvor det kan være svært for borgeren at tage af sted på grund af eksempelvis angst eller manglende evne til at få overblik over ugedage.

Flere kommuner beskriver også, at en stabiliserende indsats kan være, at borgeren kommer på et forsorgshjem. Her er formålet ikke stoffrihed, men muligheden for at komme væk fra nærmiljøet og få en pause. I enkelte kommuner bliver det anvendt som et alternativ til døgnbehandling, hvis borgeren ikke opfylder betingelserne for døgnbehandling, men stadig har brug for et tilbud, hvor der er sundhedspersonale til stede.

Substitutionsbehandling

Samtlige kommunale behandlingstilbud, der indgår i undersøgelsen, arbejder med substitutionsbehandling, mens det ikke er et tilbud, som de to døgnbehandlingstilbud arbejder med.

Et substitutionsbehandlingsforløb begynder i alle kommuner med en samtale med en læge, da det er nødvendigt for at

kunne påbegynde medicinsk behandling. Lægen afdækker misbruget og sætter en medicinsk behandling i gang.

Der er ikke krav om behandling i form af samtaler i forbindelse med substitutionsbehandling, men behandlerne beskriver, at de forsøger at motivere til behandling. En behandlingskoordinator fra KABS beskriver, at substitutionsbehandlingen giver behandlerne mulighed for at få kontakt med borgerne, da de i begyndelsen skal komme dagligt.

Efter den første indkøringsperiode forløber substitutionsbehandlingen forskelligt fra borger til borger. Der er dog nogle retningslinjer for udleveringen af substitutionsmedicinen. Behandlerne observerer blandt andet, om borgerne er stabile i afhentningerne.

”Så trækker vi dem ind og ser, om der er noget, vi skal have justeret på: ‘Har du en træls periode? Har du brug for at komme oftere? Skal du snakke med lægen? Skal du have noget mere medicin?’ Så det er hele tiden tilpasning efter, hvad der er behov for” (Behandler, Holstebro Kommune).

Substitutionsbehandling kan også indeholde andre behandlingsaktiviteter såsom samtaleforløb individuelt eller i grupper.

I Københavns Kommune er de i gang med at starte et tilbud specifikt til unge i substitutionsbehandling. Her handler det om at afskærme de unge fra det hårde miljø, som de kan møde i den eksisterende substitutionsbehandling, og give en mere håndholdt og fremskudt indsats.

Heroinklinik

København, Aarhus og Odense kommuner samt KABS har alle tilknyttet en heroinklinik. Målgruppen er borgere, der ikke profiterer af substitutionsbehandling. Formålet med at tilbyde heroinbehandling er blandt andet at stabilisere borgerens misbrug og reducere de skader, der følger af et misbrug.

En behandlingskoordinator fra KABS beskriver, at de har 40 borgere, og de fleste kommer to gange dagligt alle årets dage. Formålet med heroinklinikkerne er skadesreduktion og indtagelse af heroin under ordnede forhold.

”Det her er skadesreducerende arbejde, vi forebygger ny kriminalitet, vi forebygger, at de går ud og laver fejlfix med beskidte kanyler, fordi de får rent kanylesæt af os. Vi forhindrer, at kvinder går ud og prostituerer sig for at skaffe de her 1000 kr. hver dag, fordi de kan få det gratis hos os” (Behandlingskoordinator, KABS).

ØVRIGE BEHANDLINGSTILBUD

Kommunerne tilbyder derudover en række behandlinger, der er rettet mod særlige målgrupper eller har til formål at sikre fortsat behandling. Her gennemgås en række af de eksempler kommunerne har givet på sådanne tilbud.

Dobbeltdiagnoser

Nogle af de borgere, der kommer i misbrugsbehandling har psykiske problematikker i kombination med deres misbrug. Det er generelt en af de målgrupper, kommunerne beskriver som vanskelig at håndtere, da de to problematikker påvirker hinanden. Et stofmisbrug kan således både udløse og maskere en psykisk lidelse.

Et kommunalt behandlingstilbud har fx lavet en speciel indsats for borgere med dobbeltdiagnoser, hvor der også er fokus på behandling af den psykiske lidelse. Deres personalesammensætning er derfor tværfaglig for at kunne dække forskellige behandlingsbehov, herunder medicinsk behandling.

Familiebehandling

Der findes forskellige indsatser, hvor borgerens familie er involveret. Odense Kommunes misbrugscenter har i samarbejde med familieambulatoriet et forløb for gravide kvinder, der enten aktuelt er i misbrug eller tidligere har haft et misbrug. Her er der tilknyttet en socialfaglig og en sundhedsfaglig medarbejder i et team, som borgeren kan indskrives i.

Derudover beskriver en leder fra Københavns Kommune, at de har en indsats, der handler om familieorienteret rusmiddelbehandling. Det er en koordineret indsats i samarbejde med Borgercenter Børn og Unge, der arbejder med udsatte børn og unge. I den familieorienterede rusmiddelbehandling handler det overvejende om barnets perspektiv, frem for borgerens.

Der foregår også familierettede behandlingsaktiviteter på de enkelte enheder i Københavns Kommune. I form af eksempelvis samtaler, hvor børnene deltager, eller tilbud alene for børnene. På de enkelte behandlingseinheder i Københavns Kommune har de endvidere gruppeforløb, hvor fokus er på stofmisbrugets betydning for familielivet. Her deltager familien ikke, forløbet er alene rettet mod den person, der har et misbrug.

Tidlig og forebyggende indsats

I kommunerne er der indsatser, der har til formål at forebygge stofmisbrug. Disse indsatser er tværfaglige og placeret steder, hvor kommunen har erfaring med, at miljøet kan være præget af stoffer. Eksempelvis har de i Norddjurs Kommune undervisning og rådgivning på produktionsskolen. I Holstebro Kommu-

ne oplever de også, at studievejlederne tager kontakt, hvis de er bekymret for en ung. Der søger misbrugsbehandlerne at være fleksible og møder gerne op til en samtale på uddannelsesstedet.

Det tidlige og forebyggende arbejde har altså til formål at sætte ind, inden misbrugsproblemerne vokser sig for store. Indsatsen er ofte rettet mod unge mennesker, og i Norddjurs Kommune er der kommet et øget samarbejde mellem misbrugskonsulenter og ungekonsulenterne.

“Vi har et ungesyn, der hedder, at man først og fremmest er ung, mere end man er misbruger” (misbrugsbehandler, Norddjurs Kommune).

Indsatsen handler derfor også om, at have fokus på de unges nærmiljø og tage udgangspunkt i, at den unge først og fremmest er ung.

Opsøgende og fremskudt indsats

Den opsøgende og fremskudte indsats har til formål at være fleksibel i forhold til behandlingssted. En fremskudt indsats kan fx være en del af et eksisterende behandlingsforløb for meget kaotiske borgere, der har brug for en opsøgende indsats for at kunne indgå i behandlingen. Der kan også være tale om en opsøgende indsats rettet mod at få motiveret borgere, der ikke i forvejen er i kontakt med systemet, til at starte i behandling. Flere kommuner beskriver, at de fremskudte sagsbehandlere har deres myndighedsfunktion med, og derfor kan visitere borgere til behandlingstilbud.

Flere behandlingstilbud beskriver, at deres behandling foregår i borgerens nærmiljø, og ikke nødvendigvis på behandlingstilbuddet. I KABS kører de ofte ud til de borgere, der skaber en negativ stemning på tilbuddet, eller som har social angst, og ikke selv kan tage offentlig transport ind til behandlingstilbuddet. Behandlerne, der består af en misbrugskonsulent og nogle gange en psykolog eller psykiater, tager derved ud på borgerens hjemmebane, om det er i deres eget hjem, på biblioteket eller et værested.

Et andet eksempel er to behandlere, en socialfaglig og en sundhedsfaglig, der tager ud og laver behandling hos borgere, der er så somatisk syge, at de ikke kan komme ind til behandling. Der er derfor flere forskellige baggrunde for den fremskudte indsats, og indsatsen har også forskellige formål knyttet til forskellige problematikker.

BILAG 1

Indhold og aktiviteter

Det følgende bilag har til formål at beskrive indhold og aktiviteter i stofmisbrugsbehandlingen på tværs af kommunale og selvejende misbrugsbehandlingssteder.

INDIVIDUELLE SAMTALEFORLØB

Borgere i stofmisbrugsbehandling har i alle de kommunale og selvejende behandlingstilbud, som indgår i undersøgelsen, mulighed for individuelle samtaler. Antallet af samtaler varierer efter behov. I kommunalt regi er kognitiv adfærdsterapi en udbredt tilgang til de individuelle samtaler. Fokus er også på motivation og afdækning af borgerens ressourcer. Borgerens egne ønsker og behov er i centrum for samtalerne.

GRUPPEBEHANDLING

Gruppebehandling er også udbredt blandt de kommunale og selvejende behandlingstilbud, der indgår i undersøgelsen. Her kan deltagerne lære af hinandens historier og blive inspireret af hinandens måder at mestre og skabe forandring.

Der er forskel på, hvor ofte gruppebehandling foregår. Gruppebehandling i forbindelse med ambulant behandling kan hos KABS for eksempel være et forløb med fremmøde en gang ugentligt, 12 uger ad gangen med mulighed for at starte forfra i samme gruppeforløb efterfølgende ved behov.

Et eksempel fra døgnbehandlingstilbuddene er to gange om dagen i 1-1,5 timer. I disse grupper fremlægger borgerne forskellige emner, der handler om deres afhængighed, erkendelsesprocesser, selvfortællinger og tidslinje-forløb. På døgnbehandlingstilbuddene er der mellem otte og 12 borgere tilknyttet en gruppe.

CAFÉMILJØ OG ANDRE SOCIALE TILBUD

Der er forskellige sociale tilbud tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen. Det kan være ture i svømmehallen, sportsaktiviteter, fitness og spil. Disse sociale aktiviteter er ofte knyttet til behandlingstilbuddenes cafémiljøer. Cafémiljøerne giver mulighed for at samles og mødes med både behandlere og andre personer med misbrug i uformelle rammer. Det er som regel ikke borgernes behandlere, der er tilknyttet caféerne, men socialfaglige medarbejdere, der kan hjælpe med kontakt til læ-

gen eller en sagsbehandler. Caféerne er nogle gange placeret på behandlingsstederne. Her kan eksempelvis være markering af højtider eller temauger, såsom en sundhedsuge, hvor der kommer fodterapeuter og rygestopkonsulenter og hjælper de borgere, der er interesserede. Borgerne kan desuden få hjælp til praktiske gøremål som for eksempel at tilgå deres e-boks.

TRÆNING I AT FÅ STRUKTUR PÅ HVERDAGEN

Behandlingstilbuddene (især døgnbehandlingstilbuddene) beskriver, hvordan de arbejder med at støtte borgerne i at tilegne sig daglige vaner og relationer, der understøtter mere selvhjulpethed og struktur i hverdagen. Det kan eksempelvis være at komme op om morgenen, spise morgenmad, få varieret kost, rydde op og dyrke motion.

PSYKOLOG

Nogle af de kommunale behandlingstilbud har psykologer tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen med det formål at udrede og holde samtaler med borgeren om de svære problemer, som fylder i personens liv. Psykologen kan også indgå som en del af et tilbagefaldsforebyggelsesforløb i overgangen fra døgnbehandling til ambulante behandling. Der kan psykologen hjælpe borgeren til at arbejde videre med nogle af de værktøjer, borgeren har fået fra forløbet. I Norddjurs Kommune, hvor behandlergruppen er tværfagligt sammensat, bliver psykologerne typisk tilknyttet de borgere, som har dobbeltdiagnoser.

PSYKIATER

Nogle af kommunerne har eksterne psykiatere tilknyttet, som kan udarbejde psykiatriske udredninger og varetage medicinsk behandling for borgere med psykiatriske problemer.

På behandlingstilbuddet KABS har misbrugsbehandlerne i nogle tilfælde en psykiater med ude på hos borgere, der modtager fremskudt behandling i hjemmet eller nærmiljøet.

KOORDINERING AF ØVRIGE INDSATSER

Både hos de kommunale behandlingstilbud, herunder også KABS, og døgnbehandlingstilbuddene kan borgerne få en samtale med en socialrådgiver eller anden medarbejder, der kan drøfte øvrige sociale problematikker med borgeren og skabe kontakt til relevante kommunale afdelinger, hvor der kan være behov for indsatser. Det kan eksempelvis være i forhold til beskæftigelse, bolig eller familieforhold. Nogle gange kan det

være en forudsætning for, at borgeren kan koncentrere sig om behandling af misbruget. Andre gange skal misbruget omvendt være stabilt, før en behandler eller socialrådgiver kan hjælpe med de øvrige problematikker.

Behandleren eller socialrådgiveren kan hjælpe borgeren med støtte, der ikke relaterer sig direkte til misbrugsbehandlingen, som for eksempel at søge om NemID, hjælp til boligansøgninger, tandlægebesøg samt koordinering med andre myndigheder som jobcenteret eller kommunens afdeling for børn og familie. Behandleren eller socialrådgiveren kan også hjælpe med eksempelvis ansøgninger til uddannelse samt retsmøder.

SUNDHEDSYDELSER

I stofmisbrugsbehandlingen er der tilknyttet sundhedspersonale i form af eksempelvis læger, sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter. Alle, der modtager substitutionsmedicin, har ret og pligt til en lægesamtale.

Tilstedeværelsen af sundhedspersonalet har dels til formål at sørge for, at borgeren får den rette dosis medicin i forbindelse med substitution eller nedtrapning. Der bliver i samarbejde med lægen lavet en medicinsk nedtrapningsplan, og borgeren bliver screenet i forhold til, hvilke typer af abstinenser der typisk kan opstå.

Tilstedeværelsen af sundhedspersonalet har desuden til formål at varetage helbredsmæssige undersøgelser. Hvis det er relevant, kan nogle borgere få taget blodprøver og EKG. Læger kan desuden give vaccinationer og følge borgere i deres behandling af infektion med eksempelvis HIV eller hepatitis.

Borgerens sundhed er vigtig i behandlingen, og på døgnbehandlingstilbuddene fokuserer de eksempelvis også på kost, søvn samt fysiske aktiviteter.

UNDERVISNING

Stofedukation er et tilbud til personer med stofmisbrug og pårørende. Formålet er at øge deres viden om, hvordan forskellige stoffer påvirker både den person, der har et misbrug, og familien. Det struktureres flere steder som kurser i grupper. Deltagerne får eksempelvis viden om afhængighed, hjernen og hjernens udvikling samt måden, de forskellige stoffer påvirker hjernen og kan føre til afhængighed. Det kan også være en mulighed for at skabe kontakt til andre med lignende problemer og udveksle erfaringer. Det kan dog være en udfordring for de borgere, der har socialangst at komme til disse kurser, da det ofte foregår i grupper. Der er også særlige tilbud til un-

ge under 25 år, der blandt andet handler om, hvordan de unge gerne vil leve i fremtiden, og om til- og fravalg i relation til stoffernes konsekvenser for deres fremtidige liv.

TILBUD TIL PÅRØRENDE

Når et familiemedlem har et stofmisbrug, kan det påvirke hele familien, og det kan have betydning for behandlingen, at de pårørende inddrages. Derfor er der forskellige pårørendetilbud, der handler om, hvad stofmisbruget har af konsekvenser for familien. Fokus kan eksempelvis være på kommunikation, identitet og værdier. Der er både individuelle samtaler og gruppesamtaler, herunder også gruppesamtaler udelukkende for pårørende. Der er også anonyme tilbud til pårørende, hvor eksempelvis forældre kan få rådgivning og værktøjer til, hvordan de kan hjælpe deres barn, uden at barnet nødvendigvis er indskrevet i et misbrugsforløb. Desuden er der uformelle café-møder for pårørende, hvor alle kan deltage.

Andre aktiviteter i stofmisbrugsbehandlingen

Kommunerne og behandlingstilbuddene nævner andre aktiviteter i stofmisbrugsbehandlingen såsom yoga, mindfulness, fodboldhold, anonym rådgivning, jobpraktik, øreakupunktur (NADA) og førstehjælpskurser.

Metodebilag

Undersøgelsen er baseret på kvalitative gruppeinterview med stofmisbrugsbehandlere, faglige ledere, sagsbehandlere og andre relevante fagpersoner i fem kommuner.

I nogle kommuner har vi foretaget særskilte interview med myndigheds- og udførerniveauet, mens vi i andre kommuner har foretaget ét samlet interview med fokus på både visitation til og indhold af stofmisbrugsbehandlingen. Det skyldes, at der i nogle kommuner er en organisatorisk adskillelse mellem, hvem der visiterer, og hvem der behandler, mens der i andre kommuner er et betydeligt overlap.

De deltagende kommuner er:

- Aarhus Kommune
- Holstebro Kommune
- Københavns Kommune
- Norddjurs Kommune
- Odense Kommune

Undersøgelsen er desuden baseret på kvalitative gruppeinterview med ledere og medarbejdere fra de to selvejende døgnbehandlingstilbud Kongens Ø og Sct. Ols.

Endelig har vi foretaget interview med medarbejdere og leder fra det kommunale behandlingstilbud KABS, der tilbyder ambulans behandling og dagbehandling.

I forbindelse med den indledende research har vi foretaget interview med Mads Uffe Pedersen fra Center for Rusmiddel-forskning ved Aarhus Universitet, socialoverlæge Helle Petersen fra Københavns Kommune og Rafai Atia fra Center for Social og Sundhed i KL. Disse såkaldte ekspertinterview er alene blevet brugt som baggrundsviden, og vi har derfor ikke citeret fra dem i rapporten.

Interviewene er alle blevet udført i perioden juni-august 2018.

UDVÆLGELSE AF KOMMUNER OG BEHANDLINGSTILBUD

Kommuner

De deltagende kommuner er udvalgt på baggrund af en række kriterier:

- Variation i kommunestørrelse og organisering
- Erfaring med målgruppen
- Geografisk spredning

- Egne behandlingstilbud

Udvælgelsen af kommuner har taget udgangspunkt i eksisterende data fra Ankestyrelsens undersøgelse om Stofmisbrugsdatabasen fra 2017, Tilbudsportalen og kommunernes egne hjemmesider.

Det har været et væsentligt kriterium for udvælgelse at finde kommuner med så stort et erfaringsgrundlag som muligt. Dette har vi tilstræbt ved at udvælge en blanding af store kommuner som Københavns Kommune og Aarhus Kommune samt kommuner, der varetager stofmisbrugsbehandling for andre kommuner såsom Holstebro, der har samarbejdsaftale med Lemvig og Struer, og Odense, der varetager behandling for Kerteminde og Nordfyn.

Et sekundært kriterium for udvælgelse har været geografisk spredning. Det har således været vigtigt at få kommuner fra forskellige dele af landet, dog har det ikke været et krav at alle fem regioner skulle være repræsenteret. Vi har således opnået en bred repræsentation af kommuner fra Jylland, Fyn og Sjælland.

Øvrige behandlingstilbud

Det kommunale ambulante behandlingstilbud KABS er valgt fordi de varetager stofmisbrugsbehandlingen for en lang række kommuner.

I udvælgelsen af private døgnbehandlingstilbud har det også været afgørende at få adgang til så stort et erfaringsgrundlag som muligt. Vi har valgt Kongens Ø og Sct. Ols, da de ifølge rapporten *DanRis 2016 – STOF* fra Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet er klart de største med 125 indskrivninger på Kongens Ø i 2016 og 134 på Sct. Ols samme år.

INTERVIEW MED KOMMUNER

I hver af de deltagende kommuner har vi foretaget gruppeinterview med personer der har ansvar for at visitere borgere til stofmisbrugsbehandling samt personer med ansvar for de aktiviteter, som bliver tilbudt under de forskellige kommunale stofbehandlingstilbud. Som udgangspunkt er der i hver kommune tale om en eller flere faglige ledere samt sagsbehandlere og stofmisbrugsbehandlere. I nogle kommuner er det de samme mennesker, som visiterer og behandler, mens der i andre kommuner er en klar adskillelse. Sammensætningen af deltagerne afspejler organiseringen, og er derfor forskellig fra kommune til kommune. I hvert interview har deltaget 3-6 in-

interviewpersoner. Vi har i hver kommune tilstræbt at få repræsenteret alle de dele af forvaltningen, der visiterer til stofmisbrugsbehandling for borgere over 18 år, samt alle de kommunale behandlingstilbud, de har i kommunen.

Formålet med interviewene har været at få viden om:

- Sammensætning af målgruppen i kommunen
- Organisering af området
- Retningslinjer og praksis for visitation: hvem bliver visiteret til hvilke tilbud. Herunder hvornår man i kommunen vælger at visitere til døgnbehandling.
- Hvilke behandlingsaktiviteter de forskellige kommunale stofbehandlingstilbud tilbyder.

Vi har afholdt interviewene som gruppeinterview, så fagpersonerne kunne supplere hinanden i deres beskrivelser af organisering, retningslinjer og konkret praksis. Vi har valgt at have repræsentation af både ledelse og medarbejdere for at sikre, at vi ville få afdækket både de overordnede retningslinjer og den konkrete hverdagspraksis. Som allerede nævnt har der (afhængigt af organiseringen) i nogle kommuner været tale om to særskilte interview, hvor det ene havde fokus på visitation og det andet på indhold i behandlingen, mens der i andre kommuner har været tale om ét samlet interview med fokus på begge dele.

INTERVIEW MED SELVEJENDE DØGNBEHANDLINGSTILBUD

Vi har foretaget et gruppeinterview på hvert af de to selvejende døgnbehandlingstilbud Sct. Ols og Kongens Ø. Deltagerne har været ledere og medarbejdere med overblik over overordnede retningslinjer og indholdet i behandlingen. Deltagerantallet har for begge interview været 2.

Formålet med interviewene har været at få viden om, hvilke forskellige behandlingsaktiviteter de pågældende behandlingstilbud tilbyder borgere indskrevet i behandling.

Ligesom med interviewene i kommunerne har vi afholdt interviewene som gruppeinterview, så deltagerne kunne supplere hinanden i deres beskrivelser af retningslinjer og konkret praksis.

SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW

Samlet set har vi foretaget 12 interview med kommuner og behandlingstilbud. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview. Vi har taget udgangspunkt i interviewguides, der indeholder en række temaer og spørgsmål, som skulle berøres i løbet af interviewet. Samtidig har vi bibeholdt en åbenhed for, at rækkefølgen kunne ændre sig og andre temaer kunne dukke op i løbet af interviewet.

ANALYSE OG AFRAPPORTERING

Vi har optaget interviewene på diktafon, som vi efterfølgende har transskriberet. Herefter har vi systematisk kodet transkriptionerne, dels ud fra kategorier, som vi havde bestemt på forhånd, og dels ud fra kategorier, som opstod undervejs i interview- og analysefasen.

På baggrund af dette materiale har vi foretaget en tematisk analyse. De analytiske pointer har vi løbende dokumenteret med illustrative, anonymiserede citater fra interviewene. Af formidlingsmæssige hensyn har citaterne været genstand for mindre redigering, hvor vi har fjernet fyldord og gentagelser med stor opmærksomhed på ikke at ændre i betydningen. De deltagende kommuner og behandlingstilbud har ved efterfølgende høring godkendt citater og øvrige dele af rapportens tekst, som bygger på deres udtalelser.