



03-02-2015

Sagsnr.
2015-0011991

Dokumentnr.
2015-0011991-5

Sagsbehandler
Mi Kortzau

Bilag 1: Covernotat for afklaringssporet om integration af alkohol og stofbehandling

Socialudvalg skal den 25. februar behandle en sag om resultaterne af fire ud af syv afklaringsspor i forbindelse med udvikling af misbrugsområdet. Med afsæt i dette bilag med resultaterne for afklaringssporet for integration af alkohol- og stofbehandling lægger forvaltningen op til en udvalgsdrøftelse af sporet. Der har været afholdt to arbejdsgruppemøder i sporet.

Covernotatet indgår i udvalgets drøftelse af, hvordan et integreret tilbud af den ambulante alkohol- og stofbehandling (ikke substitution) gøres attraktiv for alle københavnere. Og om hvordan der opnås den bedste faglige synergi af en integration til gavn for borgerne i en omlægning af området.

Afklaringsspor 2: Integration af alkohol og stofbehandlingen

Hovedudfordringer

I dag varetages alkoholbehandling og den stoffrie behandling af 10 mindre tilbud. Kan der etableres mere robust enheder gennem en integration af den ambulante alkohol- og stofbehandlingen? Giver det mening ud fra et fagligt, ressourcemæssigt og borgerperspektiv?

Der har været rejst en bekymring for om nogle brugergrupper vil afholde sig fra at søge behandling ved en integration af stof- og alkoholbehandling. Særligt de mere velfungerende alkoholmisbrugere, har nogle tænkt, ville afholde sig fra at søge behandling.

Forskellige synspunkter

Den nedsatte arbejdsgruppe udviklede over de to møder konsensus om, at integration af alkohol- og stofbehandling (ikke substitutionsbehandling) giver rigtig god mening ud fra de fleste borgers perspektiv samt faglige og ressourcemæssige betragtninger.

En integration *kan* afholde nogle potentielle brugere fra at søge enten stof- eller alkoholbehandling. Gruppen var af den opfattelse, at der bør gennemføres en integration, men at man skal være opmærksom på, at nogle borgere vil være skeptiske overfor integrationen, og at det kan være nødvendigt at oprette differentierede ydelser.

Anbefaling

Ud fra processen i arbejdsgruppen, den tidligere inddragelsesproces og sammenholdt med målsætningen om effektiv ressourceudnyttelse anbefaler forvaltningen en integration af alkohol- og stofbehandling

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

(ikke substitution) i færre og større enheder. Det giver potentialer for en bedre ressourceudnyttelse, mere robuste enheder samt mere differentieret behandling. Derudover vil der være en bedre udnyttelse af fagligheder på tværs.

Effekt for borgerne

For brugerne vil effekten af en integration bl.a. være at blandingsmisbrugerne (alkohol og hash/kokain) vil få deres misbrug behandlet samlet. Behandlingsindgangen vil blive mere entydig for denne gruppe borgere. En integration vil også understøtte princippet om behandling på brugernes præmisser, hvor det vil være let at gå ind af døren og få umiddelbar konkret hjælp for sit misbrugsproblem. Brugerne vil også opleve større differentiering, en øget valgfrihed i tilrettelæggelsen af deres behandlingsforløb. Mere robuste enheder vil skabe bedre rammer for en mere dynamisk udvikling ift. sparring, tværfaglighed og kompetencer, som kommer borgerne til gode.



1. Referat fra afklaringsspor – integration af alkohol og stofbehandling

Mødedeltagere:

Hengemah Ravesh, kognitiv psykoterapeut, CfMP

Malene Nyby Nellemann, leder PAS

Henrik Velin Nielsen, leder, CfMP

Helge Børven, psykolog, RCK

Jesper Langkjær, leder, CfMP

Annette Larsen, områdechef, RCK

Linda Svendsen, Fællestillidsrepræsentant for HK

Vibeke Lund Jansen, facilitator fra KFO

Camilla Hjørnholm Olsen, faglig referent fra DU Udsatte & Psykiatri

Afbud fra:

Kirsten Juhl Larsen, pædagog, CfMP

Viviana Kold, misbrugsbehandler, PAS

Intro

På baggrund af den faglige referents præsentation af scenariet om at integrere alkohol og stofbehandling (dog ikke substitution) drøftes, hvilke problemer integrationen kan give og hvordan kan vi løse dem.

På baggrund af, at en del af mødedeltagerne tog fat i at tale om normering og manglende kendskab til de andre tilbud orienterede den faglige referent om, at formandskabet netop har besluttet at nedsætte grupper til at arbejde med hhv. et drifts- og et fagligt spor, som vil komme mere i dybden end vi når på mødet i dag og mødet den 8. januar 2015.

Hvad er jeres holdning til dette scenarie?

- Det indebærer mange potentialer i det som er til gavn for borgerne (Annette, RCK).
- Rehabiliteringsenhederne er for små til at nå de formulerede mål. Desuden vil en udviklingsenhed trække på ressourcerne (Helge, RCK).
- Det indebærer mulighed for gensidig dynamik, sparring, tværfaglighed, mere behandling og mindre administration (Malene, PAS)
- Det indebærer mulighed for lettere og hurtigere tilgang til behandling (Hengemah, CfMP)

Hvilke problematikker og faldgrubber ser I ved dette scenarie?

Problematikker ved *øget* *valgfrihed*:
(NB! Der er ikke valgfrihed mellem ambulans og døgnbehandling, men at borgere jf. lovgivningen har mulighed for at benytte sin fritvalgsordning til at vælge et tilsvarende privat behandlingstilbud)

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

- Bekymring for at brugere vil vælge behandling hos uerfarne behandlere fx reservelæger, der ”giver dem hvad de vil have” (Hengemah, CfMP)
- Væsentligt at der ikke er for stor valgfrihed for sundhedspersonale henvist af embedslægen, brugere med hjemmeboende børn og brugere henvist af Kriminalforsorgen (Hengemah, CfMP)
- Bekymring for om den faglige vurdering smuldrer (Helge, RCK)
- Den politisk korrekte idealborger, som er klar til at træffe valg og tage ansvar er ikke nødvendigvis er identisk med alle de borgere som søger misbrugsbehandling (Jesper, CfMP)
- Valgfrihed kan gøre det svært at lave en personalenormering der holder (Annette, RCK)

Problemer forbundet med *straksbehandlingen*:

- Udredning tager tid og det kan ”clashes” med straksbehandling. De fleste borgere som søger misbrugsbehandling har brug for mere hjælp, styring (Helge, RCK)

Problemer forbundet med *lovgivning/politik*:

- Stoffer er illegale og alkohol et legalt rusmiddel, hvilket medfører mere stigmatisering omkring stof end om alkohol (Jesper, CfMP)
- Alkohol og stofbehandling er underordnet 2 forskellige lovgivninger (Henrik og Hengemah og Jesper, CfMP)
- Medarbejderne skal håndtere 2 forskellige lovgivninger (Annette, RCK)
- Det er en politisk øvelse mere end noget som udspringer af borgerens behov (Jesper, CfMP)

Problemer forbundet med *Målgrupper*

- Vi bør ikke fokusere på rusmiddeltyper, men differentiere behandlingen pba. sociale belastningsparametre
- Der er store forskelle i behandlingssigtet og borgernes behov
- Ulighed i antallet af behandlingskrævende stofbrugere og alkoholbrugere, idet der er ca. 10 gange flere alkoholbrugere i denne kategori kan give udfordringer ift. prioriteringer af indsatser (Jesper, CfMP)
- Forskellige selvforståelser ift. afhængighedsopfattelse på hhv. stof og alkoholområdet (Jesper, CfMP)
- Risiko for at vi mister nogle borgere som ikke kan se sig selv i det fx de mest ressourcestærke borgere (Annette, RCK)

Problemer forbundet med *Medarbejdere/kultur/faglighed*

(NB! Pr. 1. jan. 2015 træder lov i kraft om at alle, som søger misbrugsbehandling har ret til at blive tilset af læge, hvilket giver

nogle ressourceudfordringer som ikke udspringer af SOFs udvikling af misbrugsområdet)

- Kræver kompetenceudvikling forud for opgaveløsning (Annette, RCK)
- Behov for udrulning af fælles faglighed/uddannelsesprogrammer (Helge, RCK)
- Medfører et kultursammenstød mellem de sundhedsfaglige og socialfaglige faggrupper (Annette, RCK)
- Kræver at man finder ud af i hvilken grad man vil integrere stof og alkoholbehandlingen (Henrik, CfMP)
- Det kan være svært at tiltrække kvalificeret personale, hvis specialistopgaver forsvinder på bekostning af generalistopgaver (Henrik, CfMP)
- Samlokalisering er ikke nødvendigvis det samme som afbureaukratisering (Jesper, CfMP)
- Vi kan ikke organisere os ud at de nuværende problemer der er med misbrugsbehandling fx ang. opfølgning - det kan vi kun uddanne os ud af (Helge, RCK)
- Bekymring for om alkoholbehandling som er vant til altid at have adgang til en læge, hvilket gør behandlerne trygge og sikre, vil få mindre mulighed for adgang til læger (Hengemah, CfMP)
- Bekymring for om man vil blive "oversvømmet af" alkoholbrugere og om der vil komme en sundhedsfaglig ledelse med sundhedsfaglige perspektiver (Helge, RCK)
- At arbejde på tværs kan opleves angstfremkaldende hos medarbejdere (Hengemah, CfMP)

Hvilke styrker og potentialer ser I ved dette scenarie?

Der er potentiale for at tilbyde *ydelse der bedre matcher borgernes behov*:

- Lettere adgang til differentieret behandling ved integration af alkohol- og stofbehandling (Annette, RCK og Henrik, CfMP)
- Mulighed for mere behandling, mindre administration (Malene, PAS)
- Mulighed for at yde behandling ud fra differentiering ift. belastningsgrad frem for rusmiddeltype (Jesper, CfMP)
- Sikre at borgeren ikke falder mellem "2 stole" (Henrik, CfMP)

Der er potentiale for *større og mere robuste enheder*:

- Mulighed for mere gruppebehandling (Hengemah og Henrik, CfMP)
- At kunne udbrede PAS' behandlingskoncept til alkoholbehandling (Malene, PAS)

Der er potentiale for *læring på tværs*:

- Mulighed for at nedbryde nuværende psykologiske barrierer pga. kamp mellem fagligheder og få spredt viden på tværs i SOF (Jesper, CfMP og Malene, PAS)
- Udviklingsenheden skal have ansvar for at behandlingskoncepter udbredes på tværs. Desuden skal de gerne iværksætte indsatser som løbende holder alle medarbejdere opdateret med ny forskning og viden (Malene, PAS)
- Bedre viden om hinandens arbejde og mulighed for fælles kompetenceudvikling (Hengemah, CfMP)
- Bedre udnyttelse af kompetencer på tværs samt større mulighed for faglig sparring (Annette, RCK)

Der er potentiale for **forbedring af dokumentation**:

- Den socialfaglige og sundhedsfaglige dokumentationspraksis er meget forskellige og de to områder kan med fordel lade sig inspirere at hinanden (Jesper, CfMP)

Der er potentialer for **ressourcebesparelser**:

- Udredning og behandling på én gang vil spare ressourcer (Jesper, CfMP)
- Hvis der skal være lige muligheder for stof- og alkohol, så skal alkoholbrugere til at gå i grupper i stedet for at få individuel behandling. Det giver god mening ressourcemæssigt set. Grupper bør sammensættes efter socialbelastningsgrad (Jesper, CfMP)
- Der er et stort effektivitetspotentiale og mulighed for besparelser bl.a. på lederniveau (Henrik, CfMP, og Annette, RCK)

Der er potentiale for **mindre medicin udlevering i behandling**:

- I "Den ambulante behandling" i CfMP arbejdes på at få medicinudlevering ud af behandlingen ud fra en antagelse om at man i behandlingen skal arbejde med medicin håndtering og mestring (Jesper, CfMP)

Er der noget vi har glemt ift. Scenariet?

Vi skal have mere fokus på **de private tilbud**

(NB! Det er Socialtilsynet som har ansvar for tilsyn hos de private og pr. 1. jan. 2015 også for alkoholbehandlingen)

- Der er i gruppen generel utilfredshed med den uensartede kvalitet og output af privat misbrugsbehandling, og man ønsker at hjemtage behandlingen fra de private behandlingssteder.
- SOF har et medansvar for at kvaliteten er i orden hos de private for det er SOF der køber det og har ansvar for at kvalitetssikre tilbuddene (Helge, RCK)

Har I forslag til et andet scenarie?

Helge fra RCK foreslår at man laver 1 rehabiliteringsenhed, 1 substitutionsenhed og en ungeenhed for at undgå koordinationsproblemer og kommunikationstab mellem enhederne. Henrik fra CfMP påpeger at dette andet scenarie vil medføre, at hver enhed har voldsomt mange brugere og at man ikke kan imødekomme den geografiske spredning til gavn for borgerne.

I gruppen er der generel enighed om at det kan lade sig gøre, at de 3 rehabiliteringsenheder får et fælles setup, således at borgerne får lige muligheder for differentieret tilbud indenfor samme rammer og personalet har samme vilkår.

Sidste runde mhp. at identificere hvad gruppen ønsker at tale om til næste møde:

- Inddragelse af netværk/pårørende er vigtigt (Malene, PAS, og Henrik, CfMP)
- Væsentligt at afklaret om integration betyder en fælles indgang eller fortsat opsplittning mellem alkohol og stofbehandling (samlokalisering) eller reel integration (Annette, RCK, og Henrik, CfMP)
- Metodeudvikling

2. Referat fra afklaringsspor – integration af alkohol og stofbehandling

Mødedeltagere:

Hengemah Ravesh, kognitiv psykoterapeut, CfMP

Viviana Kold, misbrugsbehandler, PAS

Henrik Velin Nielsen, leder, CfMP

Jesper Langkjær, leder, CfMP

Annette Larsen, områdechef, RCK

Linda Svendsen, Fællestillidsrepræsentant for HK

Vibeke Lund Jansen, facilitator fra KFO

Camilla Hjørnholm Olsen, faglig referent fra DU Udsatte & Psykiatri

Afbud fra:

Helge Børven, psykolog, RCK

Kirsten Juhl Larsen, pædagog, CfMP

Malene Nyby Nellesmann, leder PAS

Intro

På baggrund af gruppen på første møde havde tilkendegivet, at de på 2. møde ønsker at drøfte tre følgende punkter:

- Én indgang – hvordan gøres det mest hensigtsmæssigt?
- Metodeudvikling

- Inddragelse af netværk/pårørende

Én indgang – hvordan gøres det mest hensigtsmæssigt?

- Der er blandt deltagerne ikke kendskab til at nogle kommuner har en fuld integration af stof- og alkoholområdet, idet der i praksis i fx Frederiksberg og Esbjerg kommuner er tale om en samlokalisering, hvor alkoholbehandlerne ”sidder til højre” og stofbehandlerne ”sidder til venstre” bag den samme dør.
- Gruppen ønsker en reel integration som rækker videre end samlokalisering, således af man kan opnå synergieffekter af medarbejdernes kompetencer, overordnet fælles økonomi for stof- og alkoholområdet, større enheder til gavn for borgerne, som kan få behandlet såvel alkohol- som stofmisbrug det samme sted.
- Camilla supplerer med, at hun da hun var ansat som behandler i Frederiksborg Amts misbrugscenter (før strukturreformen, hvor de fleste kommuner hjemtog behandlingsindsatsen) har gode erfaringer med fuld integration af stof- og alkoholbehandling i samme venteværelse/hus/grupper.

Idéer til proces/tempi/bemanding

- Gruppen synes det er væsentligt, at man får udarbejdet en procesplan som tager højde for i hvilke tempi den fulde integration bedst opnås.
- Der er enighed om at konceptet for straksbehandling (hvor medarbejderne i det rehabiliteringstilbud som opsøges af borgeren har myndighedskompetence til at iværksætte behandling med det samme) skal være på plads fra starten. Men gruppen ønsker, at der skal være en periode til at få medarbejderne omstillet/kompetenceudviklet til at løse behandlingsopgaver på såvel alkohol- som stofområdet bl.a. for at sikre arbejdsmiljø/medarbejdertilfredshed og gode ydelser til borgerne. Deltagerne lægger vægt på, at denne periode hverken skal være for kort eller for lang, og at den skal være klart defineret. Der er nævnt et forslag på en periode på fx 6 måneder.
- Linda peger på , om der er mulighed for om de 3 rehabiliteringsenheder kan køre forskelligt bl.a. i forhold til tempi for integration, idet hun tænker, at enhedernes forudsætninger kan være forskellige på f.eks. brugersammensætning – fordeling mellem stof og alkohol + tyngden , samt medarbejdernes forudsætninger for de to områder. Pegede endvidere på at brugerne frit kan vælge hvor de vil gå hen i forhold til de 3 enheder og det giver en udfordring for ressourcensætningen de enkelte steder.
- Henrik supplerer med oplysninger om, at de aktuelt ikke har problemer med at planlægge bemanding af alkoholenheder på

trods af at borgeren på disse tilbud allerede har en frit valg af geografisk enhed/tilbud.

Vedrørende forskellige lovgivninger

- Det er en udfordring at stof- og alkoholbehandling hører ind under to forskellige lovgivninger, men der er i gruppen en tiltro til at medarbejderne vil kunne oparbejde kompetencer til at arbejde inden for begge områder bl.a. til fordel for borgere med blandingsmisbrug.
- If. Serviceloven § 101 kan medicinsk behandling aldrig stå alene, men skal kombineres med en social indsats, hvorimod medicinsk behandling if. Sundhedslovens § 141 kan stå alene ifm. alkoholbehandling (Annette, RCK)
- Hvor borgere jf. sundhedsloven når de er i alkoholbehandling skal tilses af en læge, så skal borgere jf. ny lovgivning også i stofbehandling fremadrettet have tilbud om at se en læge indenfor 14 dage. Men da det kun er kun et tilbud på stofområdet, er det svært at spå om hvor mange stofklienter som vil tage imod tilbud om lægesamtale, og vi kan ikke forudse ressourcetrækket (Annette, RCK)
- Straksbehandling ønskes også på stofmisbrugsbehandlingsområdet, hvor borgeren har krav på en afgørelse inden for 14 dage, som de kan klage over. Behandlerne skal have bemyndigelse til at træffe en sådan afgørelse i.h.t. SEL § 101 (Annette, RCK)

Vedrørende evt. fælles indskrivningsskema

- Gruppen mener godt, at man kan udarbejde et fælles indskrivningsskema for alkohol- og stofbehandling bare man er opmærksom på at det hidrører to forskellige lovgivninger.
- Det er ifm. udfyldelsen væsentligt at det er borgeren som selv definerer sit hovedmisbrug, således at der ikke bliver problemer med klager. Hvis misbrugsproblemet hen ad vejen evt. ændrer karakter, så ændres behandlingsindsatsen.

Vedrørende øget valgfrihed

- Ifm. at borgeren qua lovgivningen får øget valgfrihed ift. kommunale og private tilbud, stiller det if. gruppen større krav til at SOF leverer ikke bare en god behandling, men også er opmærksomme på at kunne konkurrere med de private aktører på serviceniveauet (ordentlige fysiske rammer som ikke stigmatiserer, forplejning m.v.)

Forskelle ift. diagnosticering og behandling

- På alkoholområdet er der en udpræget sygdomsforståelse af alkoholproblemer, hvor der på stofområdet er mindre fokus på sygdom, men på den samlede sociale situation (Jesper, CfMP)

- If. Sundhedsloven skal alkoholborgere have medicin for at modgå abstinenskramper, hvilket også bidrager til en øget sygdomsopfattelse af ifm. alkoholproblemer (Hengemeh, CfMP)
- Den danske alkoholbehandlingskultur er mere præget af medicinsk behandling end den i USA og GB (Hengemeh, CfMP)
- Behandlingsydelse indenfor alkoholbehandlingen afhænger af hvilken diagnose borgerne får (fx overforbrug, misbrug, afhængighed), hvor der indenfor stofbehandlingen ikke er samme fokus på diagnosticering ift. behandlingsydelse (Hengemeh, Jesper, CfMP, og Annette, RCK)

Vedrørende (forskellige) målgrupper/blandingsmisbrug

- Interviews med borgere og medarbejdere har vist at nogle borgere går i både stof og alkoholbehandling eller kun taler om den ene del af deres sidemisbrug (Camilla, DU UPS)
- En integration vil gøre det mere legalt for borgerne at italesætte begge dele af deres misbrug, og medarbejderne vil få fokus på både alkohol og stof samt kompetencer til at behandle begge dele (Annette, RCK)
- I alkoholbehandling er mange flere tilknyttet arbejdsmarkedet end i stofbehandlingen (Henrik, CfMP, og Annette, RCK)
- Vi er nødt til at tilbyde differentierede tilbud, og have fokus på at vi ikke overbehandler, idet forebyggelse ligger i SUF (Annette, Jesper)

Vedrørende serviceniveau/prioriteringer

- Gruppen taler om, at der er stor forskel på omfanget af alkohol- og stofproblemer. Nyere forskning peger på, at alkoholproblemer er en folkesygdom ift. stofproblemer som kun fylder ca. 1/10 del af alkoholproblemerne samt at alkoholproblemer samfundsøkonomisk også er et større problem end stofproblemer.
- Jesper synes umiddelbart, at det er underligt at integrere to så størrelsesmæssigt forskellige områder, men tænker at det godt kan lade sig gøre, idet man aktuelt ikke "oversvømmes" af borgere som søger alkoholbehandling.
- Henrik peger på, at det er sandsynligt at flere borgere vil opsøge alkoholbehandling i fremtiden, hvis det politiske fokus på problemet fastholdes og det lykkes at nedbryde tabuiseringen af alkoholproblemer.
- Det er en politisk beslutning, hvordan serviceniveauet/prioriteringer i misbrugsbehandlingen skal være i KK (Annette, RCK)

- Integrationen kan betyde, at der bliver mindre tid til stofmisbrugere, fordi vi skal bruge flere ressourcer på alkoholbehandling (Jesper, CfMP)

Metodeudvikling – hvad og hvordan?

- På det første møde var Helge fra RCK fortalende for at anvende én behandlingsmetode, men de tilstedeværende i gruppen til dette møde synes, at det bliver for unuanceret at anvende én metode. Der er i gruppen en holdning om, at forskellige metoder (eller en kombination af metoder) virker for forskellige mennesker.
- Dog lægger Henrik og Hengemeh fra alkoholenhederne vægt på, at man anvender evidensbaserede metoder.
- Alle i gruppen er enige om, at man skal anvender – og aktuelt anvender evidensbaserede metoder – men det står også klart, at der er forskellige forståelser af begrebet evidens, idet man indenfor alkoholområdet/sundhedsområdet mener af forskere testede randomiserede undersøgelser og indenfor det sociale område mener best practice.
- Nogle metoder har langt bedre erfaring af andre fx Community Reinforcement Approach, hvilket vi bliver nødt til at forholde os til ift. metodeudvikling (Henrik, CfMP)
- Man bliver overordnet i Behandlingscentret nødt til at definere behandling. Det vil gøre det lettere at finde ud af hvilke metoder vi skal bruge (Annette, RCK)
- Forandringskompasset på misbrugsområdet bør være indsatsstyrende (Jesper, CfMP)

Inddragelse af netværk/pårørende

- Aktuelt arbejder alkoholenhederne systematisk med inddragelse af pårørende, og alle behandlere har modtaget min. Et kursus vedr. Familiebehandling. PAS inddrager også pårørende i behandlingen og har desuden særlige tilbud til pårørende. Repræsentanter fra stofmisbrugsbehandlingen har ikke så stor tradition for at inddrage pårørende, men er meget interesserede i at øge inddragelsen af pårørende inspireret af alkoholenhedernes systematik, som dog if. Henrik også kan forbedres.
- Der er i gruppen enighed om at der p.t. inddrages for få pårørende ift. behandling i Københavns Kommune, og at der p.t. er for få pårørende grupper med ventelister.
- Henrik peger på, at den nye tendens er at inddrage pårørende i selve behandlingen – i stedet for som tidligere at give særlige tilbud til de pårørende, selvom dette selvfølgelig også kan være en god mulighed, især i de tilfælde, hvor borgeren med det primære misbrugsproblem ikke selv ønsker behandling. (Henrik, CfMP)

- Nyere undersøgelser peger på, at inddragelse af netværk/pårørende ifm. alkoholbehandling medfører 30% større effekt af alkoholbehandling når. (Henrik og Hengemeh, CfMP)
- Frid Hansens/Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. familiebaseret alkoholbehandling kan med fordel implementeres til stofområdet (Camilla, DU UPS)
- Familieambulatoriet Thoravejs erfaringer med familiebehandling skal inddrages (Annette, RCK).

Udfordringerne fra sidste gang – bud på løsninger

Gruppen peger på, at udfordringer med ”målgrupper” og ”medarbejdere/kultur/faglighed” kan forebygges eller løses ved at udarbejde en procesplan og grundige rammer for organisering (herunder afklaringsporet om Myndighed)

Opsamling

Gruppen er enige om, at det giver god mening at integrere alkohol- og stofbehandling (undtagen substitution), idet man mener at en integration bl.a. vil imødekomme borgernes behov bedre og gøre det mere effektivt at drive alkohol- og stofbehandling. Gruppen understøtter at det er væsentligt at rammerne vedrørende straksbehandling er på plads fra start, og at der udarbejdes en procesplan som tager højde for i hvilke tempi den fulde integration bedst opnås. Gruppen ønsker, at der skal være en periode til at få medarbejderne omstillet/kompetenceudviklet til at løse behandlingsopgaver på såvel alkohol- som stofområdet bl.a. for at sikre arbejdsmiljø/medarbejdertilfredshed og gode ydelser til borgerne. Deltagerne lægger vægt på, at denne periode hverken skal være for kort eller for lang, og at den skal være klart defineret. Der er nævnt et forslag på en periode på fx 6 måneder.