



03-02-2015

Sagsnr.
2015-0011991

Dokumentnr.
2015-0011991-8

Sagsbehandler
Mi Kortzau

Bilag 4: Covernotat for afklaringssporet for familiebehandling

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 familiebehandling lægger forvaltningen op til en udvalgsdrøftelse af sporet. Der har været afholdt to arbejdsgruppemøder og foretaget et brugerinterview i sporet.

Covernotatet indgår i udvalgets drøftelse af, hvordan familiebehandlingen bedst organiseres i det nye Behandlingscenter, så tilbuddet gavner flest mulige borgere og specialkompetencerne fastholdes.

Afklaringsspor 6: Familiebehandling

Hovedudfordringer

I dag varetager et særskilt tilbud familiebehandlingen for misbrugere. Men der er imidlertid borgere med et misbrug og børn som ikke er indskrevet i tilbuddet og dermed ikke får gavn af specialkompetencerne. Kan den specialiserede familiebehandling organiseres anderledes så den kommer flere forældre med misbrug til gavn uden at det bliver på bekostning af kvalitet?

Forskellige synspunkter

Størstedelen af arbejdsgruppen var enige om, at flere borgere vil kunne få glæde af familiebehandlingen, hvis man går bort fra at tænke familiebehandling som en institution, som nu. Repræsentanterne fra Familieambulatoriet fastholdt dog, at en fortsættelse af et selvstændigt familiebehandlingstilbud bedst sikrer tæt opfølgning på familien, medicin og urinprøvekontrol.

Hvis man tager skridtet ud og omlægger Familieambulatoriet, var der i gruppen konsensus om, at det er afgørende at fastholde de specialiserede kompetencer i et familiebehandlingsteam. Et team vil kunne yde en mere fleksibel og brugertilpasset familieindsats med kortere forløb til gavn for flere brugere. Der var bred enighed i gruppen om, at teamet med fordel kan samlokaliseres med en eller to behandlingenheder, da det vil give et mere integreret behandlingsforløb for borgeren.

En bruger tilknyttet Familieambulatoriet Thoravej gav udtryk for, at det kunne være rart, hvis man kunne visiteres direkte ind i familieambulatoriet og ikke skulle rundt om en modtageenhed først. Brugeren var glad for behandlingen og den måde som medarbejderne mødte hende på i tilbuddet. Hun gav også udtryk for, at når hun havde

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

været stoffri ½ år og ikke længere havde behov for familietilbuddet havde hun forsat brug for at komme til urinprøvekontrol for at holde sig stoffri. Brugeren benyttede ikke aktivitetstilbuddene i familieambulatoriet, da hun havde mange andre gøremål i hverdagen, bl.a. møder med BIF og BFCK.

Anbefaling

På baggrund af resultaterne fra inddragelsesprocessen ser forvaltningen muligheder i at organisere indsatsen for den specialiserede familiebehandling anderledes end i dag. Det foreslås, at specialkompetencerne samles i et familiebehandlingsteam og samlokaliseres med en eller to behandlingenheder.

Effekt for borgerne

En mere fleksibel og brugertilpasset familieindsats, som for nogle forældre vil betyde kortere forløb. Flere familier får mulighed for at profitere af tilbuddet. Borgeren vil opleve en bedre sammenhæng mellem deres misbrugsbehandling og familieindsatsen. Dertil skal familien opleve sammenhæng i deres samlede sag mellem voksen- og børneområdet.



1. Referat fra afklaringsspor – Familiebehandling

Mødedeltagere: Ann Provis, De drikker derhjemme (DDD)
Marianne Gunst Møller, Alkoholenheden (AL)
Katrine Nordbjærg, Familieambulatoriet Thoravej (FA)
Tine Ratje, Familieambulatoriet Thoravej (FA)
Henrik Stahl Nielsen, Rådgivningscenter København (RCK)
Tina Borup Sperling, Rådgivningscenter København (RCK)
Karin Hansen, Familieambulatoriet Hvidovre Hospital (HH)
Tine Koefoed, Børnefamiliecenter København (BFCK)
Helle Haslund, LFS
Marie Steffesen, Alkoholenheden (AL)
Rikke Reitzel, facilitator
Mi kortzau, ref.

Familiebehandlingen

Hvordan sikrer vi, at den specialiserede familieindsats kommer flere brugere til gavn end i dag?

- **Model 1:** Familieambulatoriets kompetencer fordeles ud på behandlingsenhederne.
- **Model 2A:** Et tværgående team i behandlingscentret som yder fremskudt behandling.
- **Model 2B:** Et tværgående team i behandlingscentret som er lokaliseret sammen med en eller flere behandlingsenheder.

Model 1: Familieambulatoriets kompetencer fordeles ud på behandlingsenhederne

Der var en bred bekymring for, at fagligheden over tid vil forsvinde i modellen. At specialiseringen og kompetencerne bliver udvandet. Der kan trækkes på erfaringer fra regionen, som viser dårligere resultater når man spreder specialiseringen. Der er risiko for, at tværfagligheden går tabt og hermed den helhedsorienterede behandling fordi det specialiserede team i de enkelte enheder bliver for skrøbelige. Risikoen for uensartet behandling i de enkelte enheder øges også ved modellen.

Der var endvidere en bekymring ift. samarbejdsrelationerne med regionen og BFCK, da der vil være mange enheder at forholde sig til som samarbejdspartner.

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

Model 2A: Et tværgående team i behandlingscentret som yder fremskudt behandling

Der var generel enighed om, at modellen vil give et enormt ressourcespild ift. transport, udeblivelser, aflysninger, administration mm.

Der blev givet udtryk for, at den specialiserede indsats kræver nærhed til borgeren. I modellen er man ikke til stede til at fange de akutte problematikker og modellen giver ikke de optimale kår for at skabe relationen mellem borgere og behandler.

Tværfagligheden er central i indsatsen, men svær at se fungerer i denne model.

Der blev lagt vægt på, at en fremskudt indsats er vigtig og at den fremskudte indsats med fordel kan styrkes.

Model 2B: Et tværgående team i behandlingscentret som er lokaliseret sammen med en eller flere behandlingsenheder

Blandt de tre fremlagte modeller var der størst opbakning til model 2B.

Der blev peget på en række fordele ved modellen:

- Der vil være en tættere kobling mellem misbrugsbehandlingen og det specialiserede familieteam og hermed en bedre sammenhæng i borgerens behandlingsforløb.
- En samlokalisering vil betyde, at familiebehandlingen ikke bliver et appendiks, men mere en del af det samlede behandlingsforløb.
- Giver mulighed for, at borgeren ikke er indskrevet i flere år, men hurtigere bliver udskrevet igen.
- Borgeren får en familieindsats så længe der er et behov, hvorefter borgeren blot fortsætter i misbrugsbehandling. Korte forløb er det moderne for øjeblikket.
- Modellen kan skabe bedre tilgængelighed til tilbuddet for borgeren. Den fysiske beliggenhed kan blive mere central end Thoravejs nuværende lokalisering.
- Familieindsatsen defineres ud fra at borgeren har børn frem for typen af misbrug.

Af ulemper blev nævnt:

- Endnu en dør at gå ind ad for borgeren med risiko for at borgeren udebliver.

Opmærksomhedspunkter:

- Med en samlokalisering af familieindsatsen og behandling skal man være opmærksom på, at børnene ikke skal sidde i venteværelse med fulde folk.
- Der er tale om en meget bred målgruppe og det skal et familiebehandlingssted kunne rumme.
- Den fysiske ramme har betydning når vi arbejder med borgeren om deres mål og drømme.
- Arbejde på at udvikle forståelsen af familiebehandling, hvilken viden skal ligge på de enkelte enheder?
- Familiebehandlingen skal bringes mere i spil uden at udsulte den specialiserede indsats. Der skal være et tættere samarbejde mellem den specialiserede indsats og de enkelte behandlingsenheder. Dette samarbejde skal udvikles.

Afsluttende bemærkninger

Tilbuddet De drikker derhjemme (åben anonym rådgivning) gjorde opmærksom på, at de har fokus på børnene ikke på familien og pointerede, at det er vigtigt at adskille familiebehandlingen fra børnene.

Der var en opfordring til at afklare definitionen på familiebehandling.

Der var også en opfordring til at se på den generelle familiebehandling og den specialiserede indsats og drøfte de to spor parallelt.

Gruppen så flest muligheder i model 2B og opfordrede til, at der på næste møde kunne arbejdes videre med denne model.

Skriftlige kommentarer til modellerne

Spørgsmål: Hvad er jeres holdning til dette scenarie?

Model 1

”En model, hvor fagligheden udvandes. Behovet for familiebehandling er ikke end for alle. Nogle behøver en *lettere* indsats andre en mere tung intensiv indsats. Min faglige holdning er, at denne model vil medføre en forringelse af den nuværende indsats” (AL)

”Ikke relevant ift. alkoholbehandling, hvor vi yder familiefokuseret behandling. Når der er behov for mere specialiseret familieindsats er der også behov for andre rammer end det ambulante og her er det fint at kunne henvise til Thoravej.” (AL)

Model 2A

”Fremskudt behandling: På hvilket niveau – let, moderat, intensivt; Vil teamet skulle kunne komme på besøg – altså bestilles? – rigtig dårligt; Hvad skal indholdet af indsatsen være? Jeg synes præmissen

er uklar – hvad skal alle kunne varetage, skal alle kunne varetage familiebehandling? Er der tænkt i let, moderat, intensiv indsats?” (AL)

Model 2B

”Centralt at være et team af familiebehandlere. Lokaliseret et sted” (DDD)

”Faglighed og viden går tabt, hvis der ikke er tale om et team af familiebehandlere” (DDD)

”Børn og unge er udsat for konsekvenserne af forældrenes misbrug. Børn og unge har brug for støtte/behandling et andet sted end forældrene.” (DDD)

”Hvis 2B er det vigtigt med store nok teams , måske 6 personer – hør eksperterne på området – og et team på hver rehabiliteringsenhed, evt. med en bredere åbningstid end resten af enheden. (AL)

”Igen præmisserne mangler – hvad forstås ved familiebehandling. Det er yderst vigtigt at definitionerne er på plads. Er det et overordnet familiefokus, er det samtaler med familierne uden børn, med børn? Er det vurdering af forældre evnen. Har svært ved at have en holdning pga. uklar modelbeskrivelse” (AL)

”Bedre tilgængelighed for borgerne” (RCK)

”Umiddelbart den bedste model” (BFCK)

”Sammen med borgeren” (RCK)”Fysisk – centrale beliggenheder i byen vigtig” (RCK)

Spørgsmål: Hvilke problematikker og faldgruber ser I ved dette scenarie?

Model 1

”Mere til flere sker på bekostning af kvaliteten = tværfaglighed specialiseret indsats.” (FA)

”Risiko for udvanding af faglige kompetencer” (HH)

”Sårbarhed ift. medarbejdersygdom” (HH)

”Risiko for uensartet behandling mellem de forskellige enheder” (HH)

”Stor risiko for at udvande fagligheden. I Alkoholenheden, som er ambulantly behandling, vil vi ikke kunne følge brugerne så tæt som Thoravej kan og det kan bekymre mig.” (AL)

”Tværfagligheden + helhedsfokus går tabt” (FA)

”For sårbart – tværfagligheden går tabt. Mister den helhedsorienterede behandling” (FA)

”Det bliver vanskeligt at udvikle de faglige kompetencer” (FA)

”specialiseret viden bliver udvandet” (FA)

”Specialisering går tabt” (BFCK)

”Vanskeliggøre/(sårbart) samarbejde med BFCK + fam. Hvidovre. Da de skal have samarbejdsrelationer med flere enheder” (FA)

”Mange års erfaringer og specialviden vil gå tabt” (RCK)

”Specialisering/faglighed går tabt” (DDD)

”hvordan sikre en kvalificeret tværfaglig medarbejdergruppe? (BFCK)

Model 2A

”Spild af ressourcer ift. Transport, udeblivelser, aflysninger mm.” (FA)

”Ikke tilstede til at fange *aktutte* problematikker” (FA)

”Forældre er for kaotiske + sårbare til planlagte aftaler om 2-3 uger. Problem ift. nærhed og tilgængelighed” (FA)

”Giver ikke så optimale kår for at skabe relation med behandler” (BFCK)

”Rekvireringstanken kan tage noget af ansvaret fra borgeren” (BFCK)

”Model 1+2A+2B: Spild af ressourcer. Fagligheden sættes over styr når kompetencerne spredes. Ikke taget stilling til hvad/om alle skal kunne det basale fokus? Skal alle kunne det intensive? Sammenhæng i behandlingsforløb?” (AL)

Model 2B

”Risiko for udeblivelser hvis borgeren skal møde op på forskellige adresser” (HH)

”Hvem afgører hvornår forælderen skal over i *specialenheden*. BFCK? FA? (når der er modstand)” (FA)

”Det kan være stigmatiserende for børn og unge at være i behandling med forældrene” (DDD)

”endnu en dør at gå ind ad for borger” (BFCK)

Spørgsmål: Hvilke styrker og potentialer ser I ved dette scenarie?

Model 1

Ingen bemærkninger.

Model 2A

”Lettere adgang for borgere til behandling” (BFCK)

”Mindre stigmatisering af borgeren” (HH)

”Bedre mulighed for faglig specialisering = større arbejdsglæde blandt medarbejderne” (HH)

Model 2B

”Behandlingssted/tilbud defineres ud fra at borgeren har børn fremfor typen af misbrug” (FA)

”Tværfaglighed + helhedsorienteret behandling bliver forsat muligt” (FA)

”Bedre udnyttelse af ressourcerne på tværs fam.teamet og ressourcepersonerne i enhederne” (RCK)

”Bedre fysisk tilgængelighed for borgerne” (RCK)

”En bredere borgergruppe får adgang til familieteamets behandlingstilbud” (RCK)

”Det bedste scenarie for at sikre: høj faglighed; helhedsorienteret behandling; systematisk tilgang til familien – brændende platforme; samarbejde med BFCK + FA Hvidovre” (FA)

”Tydeligt fokus på at hindre skadevirkninger på børn grundet forældrenes misbrug” (FA)

Spørgsmål: Hvad har vi endnu ikke spurgt om, som vi burde spørge om?

Model 1

”Familieorienteret behandling kræver tværfaglighed” (FA)

Model 2A

”Model 1+2A+2B: hvor er fagligheden; hvor er definitionen på familiebehandling; hvad skal alle kunne varetage; hvad skal være specialiseret?” (AL)

”Diff. Af begrebet familiebehandling mangler”

”differentiere ml. forældre med anbragte børn og der hvor forælderen er primær omsorgsperson” (FA)

Model 2B

”Definer og udvikle samarbejdet mellem familieteamet og enhedernes tilbud ? ressourcepersoner.” (RCK)

”Tænk fam.behandling bredere end specialiseret indsats (parsamtaler, pårørende, gruppebehandling).” (RCK)

”familie – indtænke netværk som en ressource(personer)” (RCK)

”Fokus på: Den skilte familie. Fokus på samarbejdet mellem forældrene..” (DDD)

Andet/tværgående

”Nemmere og smidigere (mere ensartet) henvisningsmuligheder for eksterne samarbejdspartnere” (HH)

”Forældrenes modstand, ambivalens og manglende motivation er ikke tænkt ind i de 3 modeller” (FA)

”Behandling på borgerens præmisser vs. barnets præmisser og behov” (FA)

”Fokus på konsekvenserne for børn og unge. Motivere forældrene til at gå i behandling. (DDD)

”Systematisk spørge til børnene i stof- og alkoholbehandlingen” (DDD)

”Der mangler tilbud til børn/unge forældre med stofmisbrug lig De drikker derhjemme” (DDD)

”Jeg kunne ønske mig en generel prioritering ift. at opkvalificere alle ansatte i CfMP på familieområdet og skabe bedre ramme for et familiefokus – også når der ikke er behov for en specialiseret indsats.” (AL)

”Børn og unge har brug for deres eget sted – der er tydeligt adskilt fra forældrenes behandling. (DDD)

”Børn og unge ses i sammenhæng med BFCKs tilbud” (DDD)

”Et familiehus placeret centralt, hvor familier, der har behov for en mere intensiv indsats kan henvises til. Forløbet skal være tidsbegrænset og familien – den misbrugende vender tilbage til det primære behandlingssted. Familiehuset skal have tilbud til børnene.

Der skal være arrangementer, foredrag, forældreevnevurdering hos familier med voldsomt misbrug.” (AL)

”Vigtigt at have åbent anonym tilbud til børn og unge som tidlig indsats” (DDD)

”Familieambulatorie – modellen består, men evt. ny og mere central lokalitet + tættere samarbejde m. enheder” (FA)

”Familiebehandling foregår i /hos familien el. i et terapeutisk rum/sted” (RCK)

”Godt og vigtigt med et samlet sted med høj faglighed hvor der er mulighed for at følge de familier, med dette behov, tæt. Både alkohol og stof” (AL)

2. Referat fra afklaringsspor– Familiebehandling

Deltagere:

Marianne Gunst Møller - Alkoholenheden

Henrik Stahl Nielsen – Rådgivningscenter København

Helle Haslund - LFS

Tina Rathje – Familieambulatoriet Thoravej

Katrine Nordbjærg Thomasen – Familieambulatoriet Thoravej

Tina Borup sperling – Rådgivningscenter København

Marie Steffensen - Alkoholenheden

Ann Provis – De drikker derhjemme

Rikke Reitzel – facilitator

Mi Kortzau - referent

Indledende bemærkninger

I forbindelse med gennemgangen af referatet fra første møde var der følgende bemærkninger.

Til model 2A:”Tværfagligheden er central i indsatsen, men svær at se fungere i denne model”. Dette udsagn blev foldet mere ud. Der er en udfordring i at et flyverkorps (det specialiserede familiebehandlingsteam) ikke får en god samarbejdsrelation til misbrugsbehandlingen fordi de ikke er en integreret del af behandlingen. Tværfaglighed handler om samarbejdet mellem familiebehandlingssdelen og misbrugsbehandlingssdelen.

Det blev bemærket at alternativer til de opstillede 3 modeller manglede. Der er også andre modeller. En alternativ model er, at Familieambulatoriet Thoravej bevares som selvstændig institution i Behandlingscentret men, hvor målgruppe og ramme for behandlingen skærpes for tilbuddet.

Det er i høj grad forældre, som er henvist til behandling, der er Thoravejs målgruppe. Hvis det kun var de motiverede som gik på Thoravej så ville Thoravej have meget få brugere. Børnene er en indirekte målgruppe.

Nu skal vi ramme målgruppen - og ikke tænke klassiske tilbud. Der er mange forældre med anden misbrugshistorik end opioid. De er et helt andet sted.

Der viste sig et behov i gruppen for at afdække målgruppen for den specialiserede familiebehandling og en nævnte, at hun havde håbet på, at gruppen skulle udvikle sin egen model for familiebehandling.

Målgruppe

Målgruppen for familiebehandling:

1. Borgere med erkendt misbrug og motivation for behandling.
2. Borgeren henvist til behandling (ikke erkendt misbrug og ikke motiveret for behandling).
3. Type af stofproblematik - opioider, kokain, hash, smertebehandling, alkohol, sporadisk misbrug eller kontinuerligt misbrug.
4. Familietype (forældre/barn forholdet) - gravid, hjemmeboende børn, eller samværsforældre herunder forældre, hvor barnet er anbragt uden for hjemmet.
5. Bekymring - forældreressourcer, tilknytning til arbejdsmarkedet mv.
6. Behandlingsbehov - behandlingsintensitet, behandlingens længde, behandlingsindsats mv.
7. En tidlig og forebyggende familie/børneindsats.

Funktioner i familieambulatoriet Thoravej

1. Behandling - motivation
2. Kontrol – bekymring og krav
3. Netværk – omsorg og støtte

Et specialiserede familiebehandlingsteam

Alle behandlere i behandlingssenhederne (substitutionsenheder og rehabiliteringsenheder) skal kunne varetage et familiefokus som en del af misbrugsbehandlingen (stof og alkohol).

Der er dog specialviden inden for familiebehandling. Der etableres et særligt team som er specialiseret i familiebehandling, som håndterer de familier som har brug for en særlig familiebehandlingsindsats.

Lokaliteten for det specialiserede familiebehandlingsteam skal være centralt placeret. Arealet på lokaliteten skal være stor nok til at kunne rumme medarbejdere, konferencer og de ydelser og funktioner som tilbuddet skal indeholde. Lokalerne/indretningen skal også være

egnede til, at brugerne kan medbringe deres børn og de kan føle sig trygge. Man kan evt. lade sig inspirere af Distriktpsychiatrisk center på Gammel Kongevej.

Der var forskellige bud på modeller og lokaliseringen for et specialiseret familiebehandlingsteam:

1. En selvstændig familiebehandlingsenhed, som både varetager misbrugsbehandlingen og familiebehandlingen.
2. Samlokalisering af et specialiseret familiebehandlingsteam, en substitutionsenhed og en rehabiliteringsenhed. Hvor der i indretning og placering tages højde for teamets målgruppe mht. indgang, venteværelse, samtalerum mv.
3. Såfremt det ikke er muligt for et specialiseret familiebehandlingsteam at dele adresse med både en substitutionsenhed og en rehabiliteringsenhed oprettes der to teams, hvor af det ene familiebehandlingsteam samlokaliseres med en substitutionsenhed og det andet familiebehandlingsteam samlokaliseres med en rehabiliteringsenhed. Der skal forsat tages højde for de særlige indretningsbehov mm. som teamets målgruppe har i forhold til behandlingsenhedernes øvrige brugere.

Begrundelse for at der skal være et specialiseret familiebehandlingsteam til stede i begge søjler er at graden af social integration er forskellig på de to typer enheder.

Fordele

Med en samlokalisering af det specialiserede familiebehandlingsteam med en eller flere behandlingsenheder er der potentiale for at styrke samarbejdet og den faglige udvikling og det vil give synergi. Der vil være et større sundhedsfagligt fundament på de enkelte behandlingsenheder som også vil komme brugerne af den specialiserede familiebehandling til gode.

Vi kan udvikle den almene familiebehandling som foregår i behandlingsenhederne og vi skal udvikle samarbejdet mellem behandlingsenhederne og det specialiserede familiebehandlingsteam. Det er vigtigt, at vi har et fundament som vi kan arbejde ud fra.

Bekymringer

Det vi erfarer fra Thoravej er, at den helhedsorienterede behandling, som er tværfagligt funderet, giver teamet omkring brugeren og brugeren en oplevelse af nærhed gennem kendskab til de problemstillinger som er aktuelle og til familien (familiens ressourcer og udfordringer) som helhed. Hvis en forælder skal have medicin ét sted, lægge urinprøve et andet sted og til samtale om misbrugets betydning for deres forælderrolle et tredje sted, vil vi miste mange forældre, der udebliver (jf. ambivalens, frygt for at miste børn,

manglende erkendelse, svingende motivation). Vigtig information om ustabilitet, udeblivelser eller snyd med urinprøver og medicinindtag kan gå tabt (i en alt for stor enhed med for mange øjne/medarbejdere), og der vil være risiko for at vigtig information om børnenes trivsel i hjemmet eller fostrets trivsel i maven vil gå tabt. Misbrugsbehandling og familiebehandling bør foregå inden for samme tilbud/enhed. Dvs. en enhed i enheden mhp. at kunne sikre tæt opfølgning af en specialiseret personalegruppe. Forælderen skal kunne gå ind af én dør, samtidigt med at forælderen skal kunne tilbydes muligheder for at indgå i substitutionsenhedens eller rehabiliteringsenhedens øvrige tilbud (fx gruppebehandling, sundhedsfaglige tilbud etc.).

Det blev sagt, at det muligvis også kunne være en fordel for brugeren både bliver mødt af behandlere med en familietilgang men også af behandlere med en anden faglighed eller tilgang end familieperspektivet.

De kontrolfunktioner som Thoravej i dag varetager som overvåget urinprøve og medicinindtag skal sikres. Der var en bekymring for, at kontrollen af borgeren og en ordentlig opfølgning kan gå tabt med en adskillelse af misbrugsbehandlingen og familiebehandlingen. Hvorved borgeren muligvis også forsvinder og dermed ikke får den rette behandlingsindsats.

Endvidere mente en deltager, at sundhedsindsatsen samt den overvågede urinprøvetagning og medicinudlevering skal være en del af familiebehandlingsindsatsen. Hvis det specialiserede familiebehandlingsteam ligger samlokalisert med en eller flere behandlingssenheder så skal en del af enheden/enhederne som betjener familieteamet være en form for sin egen enhed. Ellers er der risiko at vi mister borgeren.

Rådgivningscenter København varetager også opgaven omkring overvåget urinprøvetagning og medicinindtag når det er nødvendigt og mente derfor godt, at en behandlingssenhed kan sikre denne kontrol af brugeren. Alkoholenhederne er, lige som RCK, vant til kontrol med en gruppe brugere, vha urintest, alcotest og antabus og endvidere er erfarne ud i at varetage behandling af brugere med børn og familier. Trods dette mente en medarbejder fra Alkoholenhederne, at de vil have meget vanskeligt ved at rumme de hårdest ramte familier og tilbyde dem et tilstrækkeligt tæt, kontrolleret og motiverende forløb. Dette forudsætter *et* højt specialiseret samlet tilbud som kan varetage hele behandlingen, altså både misbrugs og familiebehandlingen.

Tilbud til børn og familier og samarbejdspartnere

Et specialiseret familiebehandlingstilbud vil indgå i det kommende behandlingsscenters tilbudsvifte.

En række eksterne samarbejdspartnere er dog også vigtige i familiebehandlingsindsatsen. Bl.a. BFCK, undersøgelsesgrupperne

under BFCK, Regionen særligt familieambulatoriet på Hvidovre hospital, Dialog mod vold et behandlingstilbud, Rådgivningen DeDrikkerDerhjemme for børn og unge og TUBA.

Opmærksomhedspunkt

- Afklaring af målgruppen for den almene familiebehandling som varetages af behandlingsenhederne og målgruppen for det specialiserede familiebehandlingsteam.
- Udvikling af samarbejdet/koblingen mellem misbrugsbehandlingen og den specialiserede familiebehandling. Så særligt de borgeren, som ikke er motiveret for misbrugsbehandling og/eller ikke har en erkendelse af misbrugets skadevirkninger på deres barn/børn fastholdes i behandlingen og ikke forsvinder.
- For de behandlingsenheder som ikke er samlokaliseret med et specialiseret familiebehandlingsteam skal der sikres kendskab og videndeling til teamets arbejde.
- Behandlere i de nuværende behandlingsenheder som ikke ønsker at arbejde med familiebehandling. Man skal fagligt kunne håndtere at børnene ikke altid har det godt.
- Er der forskellige familiebehandlingsniveauer afhængig af borgerens behov, misbrug og ressourcer?
- Der kunne være statusopfølgning på borgere indskrevet i den specialiserede familiebehandling. Hvor der følges op på efterbehandlingsbehov, behov for at reetablere sig, i samarbejde med børnefamiliecentret mv.
- I en ny organisering skal vi være åbne for at tænke inddragelse af netværk, andre aktører ect.
- Behov for efteruddannelse.
- Børn og unge kan have behov for samtaletilbud, udenfor familiebehandlingstilbuddet hvor deres forældre går i behandling.
- Der bør arbejdes videre med at definere og beskrive både det almene familiefokus og den specialiserede familiebehandling
- Opfordring til at det faglige spor lytter til og inddrager de erfarne indenfor familiebehandlingerne i det videre arbejde.

Afsluttende bemærkninger

Husk inddragelse af HovedMED forud for politisk behandling af afklaringsspørgsmålene.

Det videre arbejde med udvikling af familiebehandling skal der arbejdes videre med. Dette arbejde kunne foregå i en underarbejdsgruppe i det faglige spor.

Der skal være vilje til samarbejde på allerhøjeste plan.

Brugerinterview om familiebehandling på Familieambulatoriet Thoravej

Bruger: Kvinde, 33 år, to hjemmeboende på børn på 5 og 3 år. Har været misbruger i 13 år og har været i behandling på Thoravej ½ år, har ikke tidligere været i misbrugsbehandling. Misbrug: Metamfetamin. Lider af stres og depressioner.

Brugerne har gået på Thoravej ½ år. Hun blev henvist til behandling af BFCK, da de havde en bekymring for børnene. I starten var hun modvillig i forhold til at deltage i behandlingen da hun ikke syntes, at beslutningen var taget sammen med hende men hen over hovedet på hende og hun fik bare af vide hvad hun skulle gøre. Med brugerens egne ord ” *Jeg var ikke tilfreds med, at de [BFCK] besluttede hvad jeg skulle gøre*”. ” *Jeg dukker ikke op når nogen bestemmer over mig*.”

Efter en måned på Thoravej var det godt at være i behandling her. ” *Man skal ville behandling*”. ” *Man føler sig ikke fremmed her, det er den måde man bliver modtaget på, man føler sig hjemme*.”

For at kvinden kunne blive indskrevet på Thoravej skulle hun visiteres via en modtageenhed. Kvinden blev sendt fra BFCK til en Modtageenhed fordi man skal visiteres til Thoravej af RCK.

” *Man bliver flov over at man har et misbrugsproblem og det skal man acceptere. Det er svært*.”

Brugeren synes, at man skal fortælle sin historie til for mange og det er ikke noget man har særlig meget lyst til at tale om. Først til BFCK, så til Modtageenheden og så igen på Thoravej. Særligt når man er blevet henvist til behandling og ikke føler at man har noget valg, hvis man vil beholde sine børn i hjemmet.

Brugeren gav udtryk for at det kunne være godt hvis man kunne komme direkte fra BFCK til Thoravej.

Brugeren synes, at behandlingen og samarbejdet fungerer godt nu fordi, at BFCK og Thoravej først taler med brugeren inden de taler med hinanden om brugeren. Når der skal koordineres mødes en medarbejder fra BFCK og Thoravej og brugeren deltager også, så der ikke er noget, som sker hen over hovedet på brugeren eller bag brugerens ryg. Det er vigtigt, at man som bruger bliver inddraget i de beslutninger som handler om en.

Eks. Brugeren havde været syg og havde fået stærk medicin. Hendes urinprøve viste tegn på indtagelse af stoffer. BFCK kontaktede kvinden for at høre hvorfor prøve er positiv. Hun fortalte, at hun havde været syg og havde fået medicin. Herefter kontakter BFCK Thoravej og fik bekræftet dette.

På Thoravej føler man sig velkommen. Det er den velkomst man mødes når man kommer ind af døren som brugeren særligt lagde vægt på og anså som vigtig. På MTE sidder man bare blandt en masse andre i venteværelset og venter. De har travlt og man sidder der og er flov over at man har et misbrug. *"I dag når jeg sidder på MTE passer jeg ikke ind for jeg er ikke misbruger længere. Jeg har været stoffri de sidste fem måneder"*.

Brugeren går til urinprøvekontrol 3 gange om ugen på Thoravej. Hun har ca. to samtaler om ugen i forbindelse med urinkontrol. En med en psykolog og en med sin kontaktperson.

Foruden samtalerne på Thoravej har brugeren også en kontaktperson i BFCK, Jobcentret og hjemløseenheden. *"Ugen er fyldt op med samtaler"*.

I behandlingen på Thoravej er der både fokus på brugerens misbrug og konsekvenserne heraf samt konsekvenserne for børnene. Der tales om stoftræng og om hvilke stoffer bliver der taget i hjemmet. Hvad betyder det for børnene, at der bliver taget stoffer i hjemmet og brugerne får bedre indsigt i hvordan børnene har det når ens forældre tager stoffer. Der er fællesmorgenmad og der foregår aktiviteter på Thoravej. Brugeren deltager dog ikke i disse da hun synes at hendes dag er fyldt ud med møder og andre aktiviteter.

Thoravej er mere end jeg troede når man ikke har overskud så hjælper de en så man ikke falder tilbage i stofferne. Man får god støtte.

Ved juletid havde brugeren følt sig meget stresset og havde et kort tilbagefald.

Brugeren fortalte, at hun har veninder som forsat tager stoffer. De har så meget andet end stoffer tilfældes, at hun forsat ser dem. I starten da hun begyndte at gå i behandling så hun ikke veninderne men det var ensomt og nu ser hun dem og kan godt lade være med at tage stoffer selv om de gør det.

Brugeren fortalte, at når hun har været stoffri ½ år kan hun komme i BFCK og behøves ikke at være i behandling mere. Det er til sommer. Brugeren gav dog udtryk for, at hun forsat gerne vil være i urinprøvekontrol så hun ikke bliver fristet af stofferne. *"Det behøves ikke at være tre gange om ugen men en gang om ugen vil være godt."*