



13-11-2014

Sagsnr.
2014-0236390

Dokumentnr.
2014-0236390-3

Bilag 2: Medarbejdere og samarbejdspartneres løsningskoncepter til udvikling af misbrugsområdet

Løsningsfasen startede med indsamling af input til løsninger blandt brugerne. Herefter blev medarbejdere og samarbejdspartnere på misbrugsområdet inviteret til at bidrage med løsninger på de tretten udfordringer, som blev identificeret på misbrugsområdet i første fase.

Der er blevet afholdt to workshops en for samarbejdspartnere og en for medarbejdere og ledere. I sidste halvdel af workshoppen blev deltagerne delt op i grupper og fik til opgave at udarbejde et løsningskoncept som imødekom udfordringerne på misbrugsområdet.

Det er løsningskoncepterne fra de to workshops, som præsenteres i dette bilag. Koncepterne fremlægges i kronologisk orden. Workshoppen med samarbejdspartnere blev afholdt først efterfulgt af workshoppen med medarbejdere på misbrugsområdet. Det er råskitser, som her er videreformidlet i deres oprindelige form, hvilket har været et arbejdsvilkår for denne procesform.

Det løsningskoncept som forvaltningen har forelagt udvalget og Hovedmed tager afsæt i brugernes løsningsforslag og koncepterne for løsninger fra workshops.

Der blev udarbejdet fire koncepter på workshoppen med samarbejdspartnere og seks koncepter på workshoppen med medarbejdere. Der er dog kun skrevet opsamlinger for fem af de seks koncepter.

Løsningskoncepter – samarbejdspartnere

1. koncept

Et hus eller en hel gade eller en matrixorganisation (med tilbud rundt omkring i København) med flere åbne døre/indgange for forskellige målgrupper. Indgangene kan enten være målrettet traditionelle målgrupper som substitutionsmisbrugere, alkoholmisbrugere, unge, dobbeltdiagnosticerede, anonyme. Eller de kan være målrettet målgrupper ud fra deres funktionsniveau/belastningsgrad fx 1) misbrug, 2) misbrug og sociale problemstillinger (boligløs, arbejdsløs

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

etc.), og 3) misbrug, sociale problemstilling og somatiske problemstillinger.

Hvis man målretter indgangene til målgruppernes funktionsniveau/belastningsgrad vil man kunne integrere stof og alkohol. Det kan være nødvendigt at lave separate indgange for at sikre at forskellige målgrupper ikke afholder hinanden fra at møde op og sikre en vis form for overskuelighed for borgeren. Der kunne fx være en afdeling for afgiftning/afrusning for de mest belastede borgere og et tilbud til dem, som måske ikke anser sig selv som misbrugere, hvor man kunne få økonomisk rådgivning eller lære at reparere cykler uden krav om at gå i behandling, men med oplysninger om behandlingsmuligheder samt fremskudt indsats til dem som ikke kan fremmøde. Der kunne også være en cafe og pårørende grupper.

Det skal det være muligt for borgere berørt af forskellige misbrugsproblematikker at kunne henvende sig uden foregående aftale. Der skal ikke være en ikke stemning, der emmer af institution/venteværelse, men indretningen skal være venlig og imødekommende.

Bag hver indgang skal der være en modtagelse, som kan tage imod borgeren og hjælpe borgeren videre – eller på rette vej. Det skal foregå ud fra et *pull, not push*-koncept, hvor man fx ikke ud fra silotankegangen afviser borgere fra andre kommuner eller borgere med psykiatriske problemstillinger, hvis man ud fra borgerens funktionsniveau/belastningsgrad vurderer, at han/hun har behov for en hjælpende hånd enten giver borgen kontaktoplysninger til rette sted, straks forsøger at etablere telefonisk kontakt eller tilbyder en følgeordning til rette tilbud i hjemkommune eller regionalt tilbud.

Der skal også være et tværfagligt team bestående af forskellige faggrupper (fx socialrådgivere, sygeplejersker samt psykiater mhp. psykiatrisk udredning fra start mhp. at sikre bedst mulig misbrugsbehandling fra start) der kan yde en kombination af grundig udredning og straksbehandling samt sikre, at borgeren orienteres om processen og får nogle valgmuligheder (gerne modulvalg, som gør at flere typer tilbud kan deles om indskrivning og udskrivning for at begrænse dokumentationsmængden for såvel borgere som medarbejdere). Måske skal der også være medarbejdere fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen eller psykiatrien. Alternativt kan videokonferencer og lignende med fordel benyttes mellem professionelle samarbejdspartnere. Der skal også være fælles/central visitation, som fungerer bedre og hurtigere end i dag, som kunne udvides med lægelig deltagelse.

Desuden kunne der med fordel være et par andre afdelinger, som kunne supportere, de andre mere specialiserede tilbud fx et lægekorps og en vidensafdeling, hvor man holdt sig ajour med nyeste forskning (evt. selv forskede), havde et konsulentkorps til at uddanne medarbejdere i nøglefunktioner i andre misbrugsrelevante kontekster til at arbejde med misbrug (fx botilbud for borgere med handicap, hospitaler, skoler m.v.) og monitorere tilbud.

2. koncept

Behandlingssystemet skal udvikle moduler / byggeklodser af relevante behandlingstilbud. Nogle af klodserne tilbydes i det tilbud, man kommer til, mens andre klodser ligger uden for tilbuddet. Nogle af klodserne er SKAL klodser (Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen), men de fleste er KAN-klodser (her kan man lave en matrix, hvor man kan flytte lidt rundt på inden for og udenfor). Nogle klodser kræver visitation (KAN-MÅSKE).

Det er i udviklingen af klodserne (tilbuddene), at fagligheden i høj grad ligger. Tilbud kan være: Gruppebehandling, udredning (skal), anonym rådgivning, familiebehandling, psyko- og stofedukation, kurser, individuel rådgivning, psykologsamtaler. Tilbud (mere ude af huset) kan være myndighed (bolig, enkeltydelser...), dag- og døgnbehandling, værested, aktiviteter, sundhedstilbud og – længere væk – hospitaler, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

Brugerne sætter sig mål for behandlingen og vælger de klodser, som bedst understøtter målene. Det sker i en samtale med en kontaktperson. Det er brugeren, som vælger målene, og kontaktpersonen som giver ideer og beskriver indholdet i målene.

Som bruger vil man gerne have tilgængelighed til kontaktpersonen, men kontaktperson er jo også optaget af andre brugere. Hvordan skaber man en god løsning? SMS?..

Det er grundideen at målsætningerne i handleplanen er brugerens egne. Og at valget af klodser også er brugerens valg. Det man så kan gøre som behandlingssystem er at evaluere sammen med borgeren, hvordan behandlingsplanen fungerer (i høj grad ud fra deltagelse) og justere den eller evt. slutte beslutte at afslutte behandlingen. På den måde minder det også om den behandlingsform, de implementerer på alkoholenhederne.

Det var en selvstændig pointe, at der er effektiviseringspotentialer i at lade brugeren styre sin plan. Der bruges mindre tid til visitation, kontrol og bliver mere tid til face to face.

Faktisk er det også en erfaring fra Cenaps, at det giver en bedre stemning på behandlingsstedet og mindre anspændthed for behandlerne. Det er ansvar til borgeren.

Koordineringen af de ”eksterne klodser” sker gennem kontaktpersonen (mentor-inspireret). Kontaktpersonen kan evt. have en bagstopper eller være del af et lille team, så vejen ind til hjælp ikke er for sårbar. En pointe var, at det IKKE er muligt at have overblik. Der er for mange muligheder, når det er et komplekst felt. Viden skal findes gennem netværk, hvor kontaktpersonen kender de øvrige på tilbuddet, og dertil kender nogle i lokalområdet og kender nogle kontaktpersoner på centrale samarbejdspartnere. De kender så nogle yderligere, som man kan blive henvist til (en konsekvens af denne tankegang vil være, at der skal afsættes tid til relationel koordinering – hjælpe hinanden med at hjælpe brugerne rundt – på linje med behandlingskonferencer). NO WRONG DOOR. Princippet skal gælde alle steder og ikke kun i misbrugsbehandlingen, for det er ikke den, som skal være den centrale i borgerens liv. Det er det samlede hjælp, der er central. Det kan man godt tegne op, hvor alle er klodser i hinandens systemer.

Innovation

Det får man blandt andet ved at have brugerråd. Og handletanke hvor forskellige repræsentanter mødes med behandlingssystemet og er med til at beslutte. Brugerråd. Misbrugsuddannelse.

Andre tanker

- Brugeren kan vælge kontaktperson

3. koncept

Principper for et Borgerhuset:

- Tal med borgeren
- Gå ind fra gaden – borgerhus
- Kompetencer og tilgængelighed

Borgerhuset kan det hele. Borgeren bliver mødt med de rette kompetencer. Alle kompetencer er samlet så man kommer hele vejen rundt om borgerens liv.

En enhed samlet for at kunne give borgeren den bedste vejledning – helhed. Løsningen skal komme hele vejen rundt om alle borgerens problemstillinger – Overblik.

Et sted, hvor borgere kan komme ind fra gaden med sine/sit problem. Man kan komme til med det samme.

Borgeren kan få hjælp til sine sundhedsfaglige og socialfaglige problemstillinger som: Bolig, job, misbrug, tænder mv.

Borgeren kommer ikke nødvendigvis ind ad døren fordi han/hun har et misbrugsproblem og vil i behandling. Det kan være at borgeren kommer med en anden problemstilling og at misbrugsproblematikken bliver afdækket senere. Det er mindre stigmatiserende at komme ind ad døren.

Der er et modtageteam som udreder borgeren. Undervejs bliver andre problemstillinger end dem som borgeren henvendte sig med muligvis afdækket og man lægger, sammen med borgeren, en plan for at afhjælpe de enkelte problemstillinger. Det er borgeren som skal prioritere, hvilken problemstilling, der skal løses først og så fremdeles.

I *huset* er der også en cafe, et mødested. Her kan brugere i behandling eller færdigbehandlede brugere hjælpe til – jobpraktik.

Der skal også være andre aktiviteter tilknyttet stedet. Her kommer frivillige organisationer og klubber ind i billedet. De frivillige hører også til i huset og iværksætter aktiviteter mm. Der etableres et brugerråd, som kan varetage brugernes interesser og være med til at sikre, at tilbuddene i *huset* matcher borgernes behov.

Der er udgående teams tilknyttet stedet som færdes på gaden, væresteder, botilbud mv.

Borgerhuset har også en telefonlinje som man kan ringe til. Her kan man som borger få råd og vejledning og aftale om en samtale, hvis man har brug for det. Hvis borgeren ikke kan komme ud kan der komme en udgående medarbejder hjem til en.

Internet og apps er også medier der kan arbejdes med.

De frivillige organisationer, brugerne og de udgående medarbejdere er ambassadører for *borgerhuset* det er dem, som skal øge kendskabet til husets tilbud. Det er medarbejdernes opgave at levere en ordentlig service så brugerne også gerne vil anbefale tilbuddet til andre.

Det er ikke al misbrugsbehandling som skal ligge i huset. De specialiserede tilbud tænkes at ligge på andre lokationer.

Modtageteamet har kompetence til at iværksætte tiltag i huset. Det er medarbejdernes ansvar at sørge for at borgeren kommer det rigtige sted hen, hvis problemstillingen ikke kan løses her (enten ved at give borgeren en adresse eller nummer eller ved at følge borgeren). For at sikre brugerinddragelse og udviklingskapaciteten i tilbuddet nedsættes et brugerråd.

4. koncept

- Al misbrugsbehandling under en hat.
- Systemet er kendetegnet ved stor fleksibilitet
- Behandling er modulopbygget og borgeren kan vælge mellem de forskellige moduler.
- Borgeren har fritvalg til:
 - Behandlingssted
 - Kontaktperson
 - Behandlingsmodul
- Mulighed for omsorgsbehandling for belastede borgere. Evt. Et stabiliseringshus hvor de dårligste borgere kan stabiliseres i en periode.
- Mulighed for boformer/fællesskaber for borgerere der har brug for støtte og for at modvirke ensomhed
- Ret til skæve jobs når behandling er gennemført

Løsningskoncepter – medarbejdere

1. koncept

Det vigtigste tiltag er at lave én indgang for alle borgere, der ønsker hjælp til deres stofmisbrug og relaterede fysiske, sociale og psykiske problematikker.

Formålet er, at alle brugere skal henvende sig et sted, og derefter visiteres videre til det ønskede behandlingstilbud. Indgangen bør både være fysisk, så brugere kan gå ind fra gaden, og telefonisk/virtuel af hensyntagen til brugergrupper, som kan afholde sig fra at søge hjælp samme sted som andre brugergrupper, som de ikke kan identificere sig med. Fx brugere i PAS og brugere med mangeårigt heroinmisbrug og mange sociale problematikker.

Personalet som drifter denne ene indgang skal have overblik over alle behandlingstilbud og -muligheder. I samarbejde med den enkelte borger skal det besluttes, hvad/hvilke problemer borgeren ønsker hjælp til først, og derfra hvad borgeren skal visiteres til. Den fysiske indgang skal placeres i et misbrugshus.

Tværfaglige misbrugshuse med en bred indsatsvifte

Gruppen ønsker at samle flere specialiserede tilbud/kompetencer fysisk i et såkaldt misbrugshus, som skal have et bredt udvalg af indsatser, så brugerne kan tilbydes en helhedsorienteret indsats samme sted. Der kan godt være flere misbrugshuse, blot det er tværfaglige enheder. Hver bruger får en koordinator tilknyttet, som skal følge

brugeren i hele forløbet. Disse tilbud/kompetencer spænder bredt fra anonym rådgivning, gruppe/individuelle forløb, stof og/eller alkohol, udredning og medicinering af psykiske lidelser, beskæftigelsesindsats, psykologsamtaler, socialpædagogisk støtte, myndighedsarbejde, lægefaglig ekspertise, NADA, substitution, fysisk aktivitet, aftengrupper, daggrupper mv. Disse mange specialiserede indsatser, fx psykiatri og boligindsats, må gerne have hver deres afdeling i huset. Blot de er på samme lokation og har mulighed for et samarbejde med hinanden.

Formålet er, at borgeren kan få hjælp til alle sine udfordringer i samme hus, og at man kan tilrettelægge individuelt tilpassede forløb, og justere undervejs, til den enkelte bruger uden at ”tabe vedkommende” undervejs grundet brud i forløb og manglende samarbejde mellem forskellige fysisk placerede indsatser.

I udgangspunktet skal misbrugshusene appellere til alle brugere uanset alder, etnicitet, køn og problematikker. Der var dog uenighed i forhold til, om der skal være et særskilt misbrugshus for hhv. unge og et/flere for voksne.

Satellitenheder til særligt udfordrede målgrupper

Der er dog visse tilbud/målgrupper, som ikke kan rummes i misbrugshusene, da nogle målgrupper vil være for svære at tiltrække. Der skal derfor være såkaldte satellitenheder til at varetage specifikke målgrupper med særlige udfordringer. Fx herberger, stofindtagelsesrum, aflastning, afrusning og evt. efterbehandling.

Udgående teams

Der skal være en eller flere udgående teams tilkoblet misbrugshusene til at udføre opsøgende og forebyggende arbejde omkring målgrupperne. Det spænder bredt fra borgere, der har brug for skadesreducerende hjælp i deres eget miljø, som fx fra svære misbrugere, der har brug for kontanthjælp eller borgere fra andre lande, som ikke må modtage behandling i DK til unge med risikoadfærd, som eksperimenterer med rusmidler og kriminalitet og opholder sig meget på gaden, Christiania mv.

Principperne for et misbrugshus(e) er:

- Hurtig behandlingsstart
- Æn indgang: borgeren kommer det rigtige sted fra start, vil føle sig hjulpet med det samme og kan få hjælp til alle sine problematikker samme sted
- Hver bruger følges af en koordinator gennem hele forløbet
- Viden, kendskab og specialisering er samlet under samme tag
- Tydelighed i forhold til behandling og myndighed

2. koncept

Hele misbrugs behandling i København skulle starte i ET hus.

Der skulle være 3 måder at komme ind i dette hus.

Første måde skulle være digital. Man skulle via nettet kunne komme i kontakt med tilbuddet og lave sin egen ASI. Og man skulle kunne svare på alle de spørgsmål man normalt få stillet ved visitation gennem spørgeskemaer så man ikke behøvet at sidde og krænge sin sjæl ud over for fremmede mennesker ved første møde. Henvendelsen via nettet skulle ende op i en aftale med tid og sted for opstart.

Anden måde skulle være via personlig henvendelse. Her skulle man kunne møde om uden forud indgåede aftale og blive møde at en professionel der tog imod borgeren ansigt til ansigt i rare omgivelser (uden en skranke imellem).

Tredje måde skulle være ved hjælp af et gadeplans team som skulle kunne hjælpe med at opfange dem der ikke har ressourcer til selv at henvende sig.

Efter en af metoderne for første kontakt, skulle man kunne komme i direkte behandling så alle havde en garanti på ikke at blive afvist med en aftale om senere møde så man ikke mister nogen kva ventetid og langtrukne procedure.

I hust skulle der være et tværfaglig højt professionelt team bestående af alle de forskellige interessanter så som psykiatrien, læger, SOF mm.

Så alle de parter der kan komme i spil tog en vurdering af borgeren og fandt det bedst mulige tilbud der passede til borgeren ønsker og behov.

Dette team ville også være i spil ved evt. Senere ønsker om ændret behandling.

Det skulle være mulighed for hurtig og smidig visitation til f.eks. stoffribehandling eller andre tilbud da alle parter er i samme hus og har et tæt dagligt samarbejde så det ikke ville tage måneder at udrede behov og muligheder.

Fra huset fra skulle man kunne blive henvist til specialtilbud som alle havde høj ekspertise inden for deres område så man sikre det højeste niveau for behandling, men det skulle også være muligt at få et tilbud om direkte behandling i huset hvis der var ønske om det.

Til huset skulle der også være en slags værested/herberg, hvor borgeren kunne komme og finde den ro som skal til, så de kunne blive parate til at komme til huset og starte behandling.

Huset skulle indeholde forskellige tilbud, så man ikke blander unge nystartede borger med f.eks. Hash misbrug med hardcore Heroin misbruger eller alkoholiker.

Igennem hele behandlingen skulle borgeren have en kontakt person som var den gennem gående tovholder i borgerens liv som sørget for at det var et smidigt forløb for borgeren da denne ville have et gennemgribende kendskab til borgeren og systemet.

3. koncept

Et samlet misbrugsbehandlingssystem med en indgang med al misbrugsbehandling samlet i samme organisation.

Visitation: Akut, mindre akut med behandlingsplanlægning, sammenhæng mellem mål og indsats.

Forskellige behandlingstilbud:

- For den velfungerende målgruppe misbrugsbehandling uden andre indsatser.
- For den mere udsatte gruppe: Misbrugsbehandling i kombination med myndighed (case management, jobcenter mv.).
- Særligt tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser gerne i tæt samarbejde med regionen og andre relevante samarbejdspartnere.
- Værestedfunktion/omsorg
- Inddragelse af frivillige
- Ungeindsats mv....
- Indsatserne skal være fleksible, målrettede, individuelt tilrettelagt med et helhedsorienteret perspektiv.
- Der opbygges i misbrugsorganisationen et videnscenter der står for forskning, udvikling af behandlingsmetoder og kompetenceudvikling af personalet.
- Desuden et specifikt udgående team der kan bistå ved særligt vanskelige sager mv.
- Det er vigtigt at tænke den rigtige IT-understøttelse ind i konceptet.

4. koncept

Gruppen havde mange input til selve opbygningen af misbrugsområdet i kommunen.

Alle var enige om at kommunen skulle have en sådan ydelse.

Det var vigtigt for deltagerne at der kun var 1 indgang for borgeren og derefter opbygget som en myretue.

Hvis tilbuddet skulle laves om ud fra denne tankegang, var det vigtigt at den første tid på max 3 dage i centrum af **Myretuen**, skulle alle komme unge som gamle.

Efter den første screening /afklaring skal man sendes videre til specialistbehandling.

- Gravide og Børn- Thoravejslignende tilbud
- Unge – U-Turn lignende tilbud
- Afrusning - Hospitaller/ Forchhammersvej
- Pleje – Tilbud a la de eksisterende,
- Alkohol og stofbehandling fortsættes som specialisttilbud

5. koncept

Gruppen tog afsæt i en central tese, der styrede opbygningen af konceptet:

Der skal være mange varer på hylderne (ydelse), hvor ud fra man kan skræddersy et tilbud.

Når man kommer til en enhed, skal man have let ved at komme til (tilgængeligheden). Hver bruger har derfra en forskellig behandlingsvej rundt i enheden (stregerne indenfor enheden på tegningen). Ved at have mange ydelser, gives mange forskellige mulige kombinationer og dermed en differentieret behandling skræddersyet den enkelt.

Det samme princip gør sig gældende i andre enheder. Nogle enheder kan have fælles ydelser (fællesmængder på tegningen).

Måden man bliver ”fordelt” til den rette enhed kunne være gennem en central telefonisk indgang.