



Bilag 3

Omlægning af Københavns Kommune misbrugsindsats - Status på processen

I dette statuspapir giver vi en samlet status for, hvor vi er i processen med omlægningen af Københavns Kommunes misbrugsindsats.

Der har efter en bred involverende proces været noget usikkerhed om hvor vi er i processen, om den brede involvering er afsluttet og om der nu ligger et fix og færdigt forslag til beslutning.

Vi skal beklage at der er opstået denne usikkerhed. Vi har et klart ønske om at fortsætte den brede involverende proces således at vi kan få det bedst mulige beslutningsgrundlag for fastlæggelsen af indsatsen på dette vigtige område i de kommende år.

1. Afsættet

For snart et år siden, satte direktionen en udviklingsproces på misbrugsområdet i gang. Afsættet var en ændring i misbrugsformerne, en række uhensigtsmæssigheder på området, samt en oplevelse af at der var områder hvor potentialet ikke blev udnyttet optimalt. Det forvaltningen konstaterede var, at:

- Der er en fortsat ændring i misbruget. Færre bruger heroin, færre er i substitutionsbehandling, og de bliver ældre og ældre. Samtidig afføder den stigende gruppe af hash- og kokainmisbrugere fortsatte krav om at udvikle den stoffrie behandling. En meget betydelig del af vores nuværende struktur og ressourcer er bundet op på substitutionsbehandling
- En del af de nuværende enheder er små og sårbare. Det er ikke fagligt, økonomisk og personalemæssigt holdbart i længden
- Samspillet mellem misbrugs- psykiatri- og hjemløseområdet bør styrkes, så det afspejler målgruppens sammensatte problemer
- Behandlingen er spredt ud over flere centre, så ressourcerne – fx lægerressourcerne – ikke udnyttes optimalt
- Alkoholområdet er kommunaliseret for nogle år siden, men der er endnu ikke gennemført tiltag der kan sikre, at synergien mellem alkoholområdet og stofområdet udnyttes. Ligeledes er der fortsat ubalance i budgetteringen, så borgerne ikke får en lige behandling
- Behandlingsbegrebet er uklart, hvilket måske hænger sammen med, at de tre misbrugscentre udover behandling, også varetager opgaver med myndighed, pleje, beskæftigelse og stofindtagelsesrum (fixelance)

12-11-2014

Sagsnr.
2014-0233745

Dokumentnr.
2014-0233745-1

Socialforvaltningen

Bernstorffsgade 17
1592 København V

www.kk.dk

- Der er mange københavnere, med et misbrug, som ikke er i behandling. Der skal ske en styrkelse af den opsøgende indsats og vi skal hjælpe flere – ikke mindst dem med alkoholproblemer – i behandling.

2. En inddragende proces

Til udvikling af området, valgte forvaltningen en åben og inddragende proces. Inddragelsen har omfattet brugere, interesseorganisationer, samarbejdsparter, ansatte og Medudvalg, ligesom vi har konsulteret litteratur og forskere for også at få videns-dimensionen med.

Konkret har vi været ude og tale med cirka 70 brugere i behandlingen, vi har afholdt 4 workshops, hvoraf to af dem var for Afdelingsmed i de tre centre og to med samarbejdsparter. Vi har dertil talt med repræsentanter for 6-byerne og med forskere.

3. Udfordringer identificeret gennem inddragelse

Den første inddragelsesfase handlede om at afdække udfordringerne, som de involverede så dem. Og denne fase viste en række nye og andre udfordringer, der skal tages højde for i den endelige løsning.

Resultatet af den brede inddragelsesfase ift. udfordringer resulterede i tretten udfordringer, som efterfølgende blev forelagt Socialudvalget i efteråret:

1. De ydelser SOF tilbyder matcher ikke altid de behov brugerne giver udtryk for (*identificeret af brugere*)
2. Manglende sammenhæng og helhedsorienteret indsats i behandlingen og i forebyggelsen (*identificeret af brugere*)
3. Manglende mening og gennemsækelighed i behandling (*identificeret af brugere*)
4. Begrænset tilgængelighed til behandling når behovet er der (*identificeret af brugere*)
5. Behov for hjælp til at erstatte gamle destruktive netværk og aktiviteter med nye konstruktive netværk og aktiviteter (*identificeret af brugere*)
6. Attituden man mødes med er vigtig – og ikke altid god (*identificeret af brugere*)
7. For lidt inddragelse af frivillige (*identificeret på workshop for eksterne interessenter*)
8. Vi er ikke gode nok til at hjælpe borgere som har en dobbeltdiagnose (*identificeret på workshop for eksterne interessenter*)
9. Svingende kvalitet i eksterne pladser (*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)

10. Manglende konsensus om mål og midler i behandlingen
(*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
11. Manglende samspil mellem stof- og alkoholmisbrugsbehandling
(*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
12. Misbrugsområdet er i dag inddelt i for små enheder
(*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)
13. Politikere og forvaltning mangler et kvalificeret vidensgrundlag til at prioritere mellem brugergrupper
(*identificeret på workshop for medarbejdere og ledere*)

De 13 udfordringer blev opsummeret i følgende 3 hovedudfordringer:

1. Manglende overblik og gennemskuelighed
2. Vores ydelser matcher ikke altid brugernes behov
3. Manglende samarbejde generelt og manglende sammenhæng og mening for brugerne

Socialudvalget godkendte de 13 udfordringer som udgangspunktet for det videre arbejde.

4. Grundprincipperne i forslag til ny organisering

Vi er nu i løsningsfasen, hvor vi igen har interviewet brugere og afholdt en række workshops. Ideerne fra inddragelsen har en bredt sammensat arbejdsgruppe koncentreret til en række principper, som er samlet i et sammenhængende koncept. Det er dette forslag til koncept, direktionen har fremlagt for HovedMed d. 7. november 2014

Forslaget til grundprincipperne er følgende:

Behandling på brugernes præmisser

Centralt i konceptet står ”behandling på brugernes præmisser”. Det betyder, at brugerne skal inddrages mere i fastlæggelsen af indsatsen og at vi vil give brugeren øget valgfrihed. Borgeren skal i højere grad kunne vælge, hvor han/hun skal behandles, hvad behandlingen skal indeholde og fravælge kontaktpersoner, som de ikke fungerer med. Vi skal som fagfolk være dem, der skaber de kvalificerede behandlingstilbud og evaluerer behandlingsplanen med brugeren. Valgfrihed handler om at give en god service til københavnernes, men det handler også om at inddrage dem i højere grad i egen behandling. Som svar på hovedudfordringerne er vi overbeviste om, at øget inddragelse giver øget motivation, ejerskab og sammenhæng, når brugeren i højere grad selv sammensætter og tager ansvar for egen behandling.

Behandling på brugernes præmisser betyder også, at vi vil give umiddelbar, kvalificeret behandling når borgeren henvender sig. Det skal være let at gå ind ad døren og få hurtig hjælp for sit

misbrugsproblem. Det betyder også mindre dokumentation og mindre visitationsarbejde. Vi tror på, at vi ved at gøre det simple både hjælper borgeren og bliver mere effektive.

Integration af alkohol- og stofbehandling

Integration af alkohol- og stofbehandling betyder, at brugere med både alkohol- og stofmisbrug kommer til at opleve en mere sammenhængende behandling. Mange af brugerne på misbrugsområdet har et kombineret misbrug af både stoffer og alkohol. Mangel på sammenhæng var en af hovedudfordringerne, og det er blandt andet fordi brugere ikke oplevede deres samlede misbrugssituation behandlet i det nuværende system. Integration af de to områder er også en måde at skabe et ensartet serviceniveau for de to områder. Det giver borgerne lige muligheder i modsætning til nu, hvor enhedsprisen i alkoholbehandlingen er betydelig lavere end for stofbehandlingen. En integration af alkohol- og stofbehandlingen giver også mulighed for at have mere fagligt robuste enheder.

Øget samspil mellem socialpsykiatri, misbrug og hjemløse

Der er en markant overlap mellem målgrupperne indenfor misbrug, psykiatri og hjemløshed. Der er samtidig mange borgere i de tre målgrupper, som i dag ikke finder hen til misbrugsbehandlingen. Vi ønsker derfor at lave en mere fremskudt indsats, hvor vi mere aktivt opsøger målgrupperne. Det gælder ikke mindst beboere på de psykiatriske botilbud med misbrugsproblemer og på herbergerne. De vil opleve øget sammenhæng i hjælpen fra kommunen, når den fremskudte indsats nedbryder grænsen mellem socialpsykiatri, hjemløshed og misbrugsbehandling.

Kvalitetsforbedring af substitutionsbehandlingen

Det vil være et krav at vi skal have kvalitetsudviklet vores substitutionsbehandling på en række områder. Der er lige kommet en undersøgelse om narkotikarelaterede dødsfald, som dokumenterer en række mangler ved den nuværende behandlingen, som vi skal reagere på. Dette omhandler bl.a. øget brug af Buprenorphin, reduktion af metadondoser og øget fokus på overvågning af metadonindtagelse. I Københavns kommende misbrugsindsats vil ovenstående skulle sikres.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi har også brug for større og mere robuste behandlingsenheder, som er bæredygtige arbejdspladser, der kan håndtere, at medarbejdere er syge, på ferie og på kursus. Større enheder er samtidig også en nødvendig ramme for ambitionerne om at kunne tilbyde en bred vifte af behandlingstilbud i enkelte enheder. At samle behandlingen på større behandlingsenheder giver også mere økonomisk effektive enheder og muligheder for at omprioritere.

Vi skal også udnytte de eksisterende specialkompetencer bedre. Som det er nu, er kompetencerne koncentreret på enkelte specialtilbud og kommer kun de indskrevne på disse konkrete specialtilbud til gode. Imidlertid er der mange brugere med behov for specialkompetencerne, så der er brug for at gøre kompetencerne mere tilgængelige og lade dem komme flere til gode.

5. Forslag til det nye behandlingscenter

Ovenstående ambitioner skal understøttes med den rigtige organisering. Vi forestiller os at vores fremtidige misbrugsindsats baseres på ét behandlingscenter med fokuserede indsatser. Behandlingscentret tænker vi skal opbygges med følgende grundstruktur (der dog ikke er fuldstændig fastlagt endnu):

Behandlingscentret foreslås at indeholde:

- En ledelse og stab plus en udviklingsenhed, der sikrer den fortsatte faglige udvikling og tilpasning til ændrede vilkår og ny viden samt en kvalificeret styring af området.
- En søjle for rehabilitering bestående af tre enheder, der hjælper borgerne til at mindske eller stoppe deres misbrug af både alkohol og stoffer. De 3 rehabiliteringsenheder skal samtænke den indsats der i dag sker i de 4 modtageenheder, de 4 alkoholenheder og Ambulanten.
- En søjle for substitutionsunderstøttet behandling med tre enheder, der arbejder for høj kvalitet i substitutionsmedicinering, skadesreduktion og misbrugsbehandling. I samme søjle skal der være et lægeambulatorium, der giver de samme tilbud til de borgere, der er mere selvhjulpne. Substitutionssøjlen skal samtænke den indsats der i dag sker i de 4 behandlingsenheder, Forchhammersvej, lægeklinikkerne og ambulatoriet i Classensgade.
- Med tværgående kompetencer, som leverer specialydelser for brugerne på alle enhederne.
- Eventuelt skal der også være en ungesøjle med 1-2 ungeenheder, der har særlige kompetencer i forhold til unge med misbrug. (enten på voksenområdet, på børne- og ungeområdet eller delt mellem de 2 områder)
- Det er på de 3 rehabiliteringsenheder og de 3 substitutionsenheder at der sker både behandling og sagsbehandling – borgerne skal kun gå ét sted hen.

PAS, Netværket og Hotellet tænkes at indgå som selvstændige tilbud i rehabiliteringssøjlen, mens Valmuen og Stæren tænkes at indgå som selvstændige tilbud i substitutionssøjlen.

Andre mere plejefokuserede enheder og botilbud er ikke direkte misbrugsbehandling og bliver derfor ikke integreret i Behandlingscentret og foreslås derfor at få en anden organisatorisk forankring. Det gælder følgende tilbud: Lundtoftegade (RCK), Plejekollektiverne (CfMP), Fristedet (CfMP), E-huset (CfMP), Flinterupgård (CfMP), Forchhammersvej (baghuset, plejeafdeling, Fixelance) (CfMP) og Kollektivet (CfMP)

6. Fortsat afklaring og inddragelse

Som beskrevet indledningsvist er vi midt i processen med at udarbejde det samlede oplæg til den fremtidige organisering af misbrugsindsatsen i København. Ovenstående forslag til grundstruktur er derfor vores nuværende bud på hvordan en hensigtsmæssig grundstruktur kan se ud. En grundstruktur der på en lang række områder skal kvalificeres yderligere.

Vi vil derfor i de kommende måneder nedsætte en række arbejdsgrupper der skal arbejde med at kvalificere en række af de delelementer der indgår i en fremtidig struktur. Arbejdet vil foregå som en udvidet inddragelsesproces, hvor ledere og medarbejdere fra relevante tilbud, brugere og relevante eksterne interessenter indgår i en række arbejdsgrupper, som skal svare på afklarings spørgsmål, der vedrører dele af konceptet.

Vi er klar over, at det for nogen kan være frustrerende, at ændringerne trækker i langdrag og utrygt, at der ikke er en afklaring endnu. Men det er vilkåret, når vi ønsker den grundige inddragelse og samskabelse. Tag det som et udtryk for, at tingene stadig er til diskussion og at direktion og formandskab er lydhøre.

Helt konkret vil vi derfor nedsætte følgende arbejdsgrupper der hver skal arbejde med et afklaringsspor.

Afklaringsspor 1: Myndighed og beskæftigelse

Det ligger fast at brugeren kun skal komme ét sted (ex i en af rehabiliteringsenhederne) og både modtage behandling og modtage social sagsbehandling.

Men myndighedsopgaverne - i forhold til borgerne i misbrugsbehandling - kan tænkes på flere måder. De kan være tæt integreret, så den enkelte medarbejder både varetager behandling og myndighedsopgaver. De kan også være mere adskilt, så medarbejderne enten varetager behandlingsopgaver eller myndighedsopgaver. Derimellem er der en række mellemformer, hvor

man kan differentiere mellem de forskellige myndighedsopgaver eller man tænker fremskudt løsning af myndighedsopgaven.

Som led heri skal det tillige belyses hvordan den myndighedsopgave der pt. varetages af SCK ift. brugere der kommer i alkoholenhederne fremadrettet bør varetages.

Som led heri skal det afklares hvor myndighedsopgaven ledelsesmæssigt skal referere hen (selv om den fysisk udføres på behandlingsenheden). Det skal også afklares hvor de specialiserede "back-office" opgaver der i dag løses enten af RCK's stab eller i SCK fremadrettet skal løses. Det vil fortsat være sådan at det er den enkelte brugers sagsbehandler der modtager ansøgning, sikrer koordinering og formidler svar også for de ydelser vedkommende ikke selv afgør (fx bolig, døgnbehandling med videre).

Endelig skal der i forhold beskæftigelse ses på hvordan den fremtidige struktur bedst spiller sammen med beskæftigelsesindsatsen i BIF.

Afklaringsspor 2: Integration af alkohol- og stofbehandling

Ved at integrere alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen kan de bedste metoder og tilgange deles til gavn for borgerne, der kan ske en mere koordineret behandling af brugere med et kombineret misbrug og det kan sikres at der er ressourcer til at have tre robuste enheder og dermed lokal tilstedeværelse rundt i byen.

Vi ved at en stor del af målgruppen har et misbrug af både stoffer og alkohol. Derfor giver en skarp opdeling ikke meget mening. Ligeledes er der i dag en skæv vægtning af ressourcer ift. hvilken indsats vi tilbyder stofmisbrugere og hvilken vi tilbyder alkoholmisbrugere.

Integration rejser imidlertid spørgsmålet, om nogle borgere bliver skræmt eller bekymret for integration af stof- og alkoholbehandlingen. Det kan fx være, at en alkoholbruger ikke identificerer sig med stofmisbrugerne. Det er et afklaringsspor at finde ud af, hvordan en integration sker, så brugerne finder behandlingstilbuddet attraktivt. I forhold til denne bekymring skal det anføres at der ikke tænkes at ske en samtænkning af alkoholbehandlingen og substitutionsbehandlingen. Ligeledes skal der ses på, hvordan vi kan bruge det bedste fra både stofmisbrugsbehandlingen og alkoholbehandlingens forskellige behandlingsfilosofier til gavn for brugerne.

Integrationen kræver endvidere, at få afklaret, hvordan Ambulantens behandling bedst bliver en del af alle tre rehabiliteringsenheder. De ydelser og de kompetencer, der er i Ambulanten bør være til stede i alle tre enheder, men med hvilken intensitet i behandling er hensigtsmæssig og realistisk at udbyde fra tre enheder. Vi skal begynde at se, hvordan vi kan få et godt samspil mellem

Ambulantens, Alkoholenhedernes og Modtageenhedernes kompetencer og ydelser i de tre enheder, og hvordan de kan spille tæt sammen med Netværket.

Afklaringsspor 3 og 4: Substitutionsbrugere

Vi mener, at det nye behandlingscenter skal fokusere behandlingen, der retter sig mod borgere der modtager substitutionsmedicin. Det kræver et særligt teknisk og fagligt set up at udlevere medicinen på en måde, så den ikke tager opmærksomheden væk fra det øvrige behandlingsarbejde. Med fokuserede substitutionsenheder vil vi også kunne følge op på de krav og forventninger, der er til området, som de er aktualiseret af den nylige dødsfaldsrapport.

Den påtænkte kvalificering af substitutionsbehandlingen rejser imidlertid to spørgsmål, som skal besvares i to arbejdsgrupper.

Det ene spørgsmål handler om de mere stabile og velfungerende brugere, der skal tilbydes behandling i et lægeambulatorium. Kommunen vil stille en række forstærkede krav til funktioner og ydelser (øget brug af Buprenorphin, reduktion af metadondoser og øget fokus på overvågning af metadonindtagelse), men det skal afklares, hvordan opgaven løses bedst muligt og hvem der vil skulle drive et sådan ambulatorium (privat eller kommunalt).

Et andet spørgsmål handler om de svageste substitutionsbrugere. De svage brugere er fordelt på Forchhammersvej, Classensgade og behandlingsenhederne som alle tænkes omlagt, så brugerne fremover bliver behandlet i tre decentrale substitutionsenheder. Spørgsmålet er, hvordan man sikrer, at brugerne får den adækvate behandling. Hvad ydes der i dag på behandlingsenhederne, Classensgade og Forchhammersvej? Hvordan sikrer vi, at de ydelser kommer de svage brugere til gavn i de nye enheder? Hvordan er behovet for væresteder for brugerne, og hvordan kan behovet dækkes? Hvordan kan lokaliseringen af substitutionsenhederne evt. løse nogle af ovenstående spørgsmål?

Afklaringsspor 5: De unge

Det er nødvendigt at overveje, hvordan vi bedst fremadrettet varetager misbrugsindsatsen ift. unge op til 24 år.

På den ene side giver det mening at samle al behandling i Behandlingscentret. Det vil give mulighed for at udnytte specialkompetencer på tværs af centret til gavn for alle – også de unge (fx psykiater og substitutionsbehandling). Man ville også lettere kunne have flydende aldersgrænser og lade ressourcerne flytte med de unge.

På den anden side kan det give mening at lade U-turns særlige ungeprofil komme flere unge til gavn, hvis man samlede al ungebehandling i et selvstændigt unge-center. Et selvstændigt

ungecenter kunne udvikle og styrke kontakten til det øvrige ungeområde og videreudvikle et særligt miljø, de unge kan identificere sig med.

Endelig kunne man forestille sig en kombineret løsning (som der også er i dag), hvor de unge under 18 år varetages i U-turn og hvor de unge mellem 18 og 25 år frit kan vælge, hvor de ønsker at gå i behandling - U-turn (med en ungeprofil) eller i Behandlingscentret (med en voksenprofil). En sådan løsning vil skulle følges op med krav om en øget koordinering og overvejelser om særlige områder hvor de 2 enheder kan supplere hinanden.

Samtidig skal det afklares hvordan der kan ske en styrkelse af indsatsen ift. den lille gruppe af meget tunge misbrugende unge, samt den mere opsøgende indsats ift. døgninstitutioner for unge og lignende.

Afklaringsspør 6: Familiebehandlingen

Som det er nu ydes familiebehandling koncentreret i Familieambulatoriet. Derudover er der mere sporadiske kompetencer og ressourcer rundt på de forskellige enheder.

Ambitionen er, at det nye behandlingscenter skal tilbyde familiebehandling i alle enheder. Det kan være i den enkle form som fx rådgivning af pårørende og parsamtaler. Men også den mere omfattende familiebehandling, der kræver koordinering ift. Børne- og Ungdomsforvaltningen, til Børne- og Familiecenter København og Hvidovre Hospital. Som det er nu, er det alene de indskrevne i Familieambulatoriet, der nyder godt af sidstnævnte intensive behandling. Spørgsmålet er derfor, hvordan man organiserer familiebehandlingen, så den gavner flest muligt.

Vi skal have belyst fordele og ulemper ved enten af have en samlet lokalitet eller ved at have et udgående team, der kan give fremskudt rådgivning og behandling på de enkelte enheder.

Afklaringsspør 7: Tilbuddene som ikke bliver en del af Behandlingscentret

Der er som nævnt en række pleje- og botilbud, som ikke foreslås at være en del af selve Behandlingscentret. De skal derfor have en alternativ forankring inden for DU-området. Spørgsmålet er, hvordan den bedste organisatoriske forankring er under hensyntagen til brugernes oplevelse, faglighed og ressourceudnyttelse.

7. Den videre proces

Vi har de næste måneder en inddragelsesproces ift. ovenstående afklaringsspør.

Den kommende tidsplan for omlægningen af misbrugsindsatsen forventes at have følgende forløb.

| Dato | Aktivitet |
|-----------------------------|--|
| 7. november 2014 | Drøftelse i HovedMED |
| 3. december 2014 | Førstebehandling i Socialudvalget |
| December 2014 – januar 2015 | Kvalificering af afklaringsspor (medinddragelse) |
| Primo 2015 | Drøftelse i HovedMED |
| Primo 2015 | Andenbehandling i Socialudvalget |
| Primo 2015 | Overgangsorganisering – leder udpeget |
| 1. juli 2015 | Bemanding og ledelsesstruktur på plads |
| 1. januar 2016 | Løsningskoncept fuldt implementeret |