



**Centerlederforeningen:**

## Misbrugsområdet hører hjemme i kommunerne

STOF bringer den uforkortede udgave af Centerlederforeningens hørings svar i anledning af den igangværende evaluering af kommunalreformen.

AF KARIN RAAHAUGE

Centerlederforeningen har siden midten af 1990'erne fungeret som et netværk for centerledere, der arbejdede på at påvirke udviklingen af misbrugsområdet. Da amterne i 1995 overtog ansvaret for narkobehandlingen blev gruppen af centerledere mindre, men de færre repræsentanter gav mulighed for at give området en mere samlet stemme, og det blev mere overskueligt at lave fælles arrangementer. Forskellig organisering, herunder også forskellige kompetenceniveauer for lederne, har spillet en rolle i foreningens muligheder for at fremtræde med fælles fodslag i principielle sager. Fra 1995 kunne Centerlederforeningen i princippet repræsentere både alkohol- og stofområdet, men selvom samarbejdet mellem de to misbrugsområder udviklede sig konstruktivt i disse år, blev det aldrig helt tilfredsstillende.

Frem til 2007 fungerede foreningen dels som netværk for centerledere, der her kunne hente inspiration og sparring, dels som arrangør af en række studieture til lande, der på forskellig måde kunne inspirere og understøtte udviklingen af nye metoder i behandlingen.

Ved kommunalreformen i 2007 blev det samlede misbrugsområde et kommunalt ansvar. Foreningen blev tilpasset den nye kommunale virkelighed, hvor et voksende antal kommuner har organiseret alkohol- og stofområderne i samme regi. Centerlederforeningen repræsenterer aktuelt 47 kommuner, hvoraf en række leverer rusmiddelbehandling til andre kommuner og /eller samarbejder med andre kommuner (ud over de 47).

Der forestår et stort arbejde, hvis centerlederne fra alle landets kommuner skal samles, for godt nok er vi mange, men også meget forskellige, hvad angår baggrund og kompetencer. Forskellighederne er også tydelige, når man ser på, hvordan rusmiddelområdet

er indplaceret i kommunerne: Det spænder lige fra socialpsykiatrien og sundhedsafdelingen til jobcentre m.m., ligesom der er store variationer i kommunestørrelse, tilgængelighed (geografiske forskelle) og tilbud.

Centerlederforeningens medlemmer og bestyrelse repræsenterer denne variation, og det er bestyrelsens intention at fastholde et fælles perspektiv og en fælles organisering af ledelsesområdet, hvor form og indhold må udvikles i det tempo, det nu er muligt

Foreningen har bl.a. deltaget i drøftelser med Rådet for Socialt Udsatte, med Kommunernes Landsforening om KL's udspil til 'En styrket misbrugsbehandling' samt i Socialstyrelsens forberedelsesarbejde vedrørende 'Socialt tilsyn' på bl.a. ambulante stofbehandling (Serviceloven, § 101). Som det seneste har Centerlederforeningen i marts 2013 afgivet hørings svar i forbindelse med evalueringen af strukturreformen. Vi har ønsket at bringe hørings svaret i STOF, fordi vi finder det beskrivende for foreningens aktuelle tilgang til både emnet og området, og fordi det viser en af de opgaver, som foreningen forsøger at løfte i bestræbelserne på at give stemme til rusmiddelområdet.

Grundlæggende støtter Centerlederforeningen fuldt ud de overvejelser og anbefalinger, som KL lancerede i udspillet 'En styrket misbrugsbehandling' i december 2012, bl.a. fordi det forholder sig konkret til praksis i kommunerne og inddrager både alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Dertil kommer, at 'God social misbrugsbehandling – hvad virker, og hvad kan der gøres?', udarbejdet Birgitte Thylstrup, Center for Rusmiddelforskning, på vegne af KL, bidrager til et relevant og bredere perspektiv på rusmiddelbehandling.

Centerlederforeningen afventer nu, hvornår og hvordan Socialministeriet & Socialstyrelsen konkretiserer udspillet fra oktober 2012 om 'Metoder, der virker på narkoområdet'. ■



# HØRINGSSVAR:

## **Rusmiddelbehandling - er relevant forankret kommunalt !**

*Evaluering af kommunalreformen forholder sig ikke specifikt til alkohol- og stofmisbrugsområdet. Centerlederforeningens udtalelser i nedenstående er derfor generelle og er ikke rettet mod specifikke formuleringer i rapporten.*

To afgørende forudsætningen for en god behandlingsindsats på rusmiddelområdet er, at:

- faglighed (opgaveløsningen) vægtes højere end organisatorisk forankring
- aktørene på området indgår i et forpligtende samarbejde på tværs af områder i kommunerne og mellem kommuner og regioner.

Centerlederforeningens holdning er, at de mange facetterede problemstillinger, som ses i sammenhæng med rusmiddelproblematikker, håndteres bedst i kommunalt regi, hvor de øvrige hjælpeindsatser er forankret. Centerlederforeningen finder, at behandlingsindsatsen på alkohol- og stofområdet er mest hensigtsmæssigt forankret - som nu - i kommunerne.

Kommunerne har - i samarbejde med borgerne - ansvar for at levere og koordinere indsatsen på områderne: forebyggelse, job- og beskæftigelse, bolig, skole og uddannelse, familieproblematikker, socialpsykiatri, plejehov etc.

De seneste reformer på førtidspensionsområdet, flexjobordning og den forventede kontanthjælpsreform tager afsæt i, at der sker en koordineret og helhedsorienteret indsats i kommunerne. Set i det lys forekommer det ikke hensigtsmæssigt at henlægge ansvaret for rusmiddelområdet til sygehusvæsenet.

Danske Regioner har advokeret for at placere ansvaret for alkohol- og stofområdet regionalt. Det er i den sammenhæng alene de sundhedsfaglige aspekter af rusmiddelproblematikken, der har været udgangspunkt for argumentationen.

Centerlederforeningen ønsker at pointere vigtigheden af, at misbrug af rusmidler ansues som en problematik, der indeholder både sundhedsfaglige og psykosociale aspekter, og at de løsninger, der skal til for at minimere skadevirkninger og styrke be-

handlingen, bør bestå af et fint koordineret samspil mellem en sundhedsfaglig og en psykosocial behandlingsindsats.

Det er i det daglige samarbejde, at der sikres løbende vurdering og justering af indsatsen efter behov.

Misbrug af alkohol og stoffer repræsenterer komplekse problematikker og fordrer komplekse svar.

### **Uddybning**

Danske Regioner ser forankring af misbrugsområdet i regionsregi som en garanti for, at problematikken imødekommes fagligt (videnskabeligt), og at der sker en ensartet behandling på land og i by. Misbrug forstås 'biologiseret', dvs. primært defineret som psykisk sygdom, hvorfor misbrugere imødekommes med en behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Brugergruppen er defineret som udsatte og sårbare mennesker, hvoraf *en del* også har anden psykisk sygdom ...

Sociale problematikker ses som *afledte* effekter af 'sygdommen', som følgeproblematikker. Blandt argumenterne for, at regionerne kan levere bedre og mere faglighed (læs: evidensbaserede indsats), fremhæves bl.a. følgende:

- regionerne har en vis volumen (øvelse gør mester)
- specialisering betyder, at arbejdet er evidensbaseret
- der arbejdes systematisk, og eksplicit anvendes den bedste viden om metoder og indsats
- viden udvikles og sikres via akkreditering og brug af standarder
- borgeren udredes, diagnosticeres og behandles i et lægeligt regi, og alle gives denne mulighed.

Opgaven løses bedst, mener regionsfortalerne, hvis rusmiddelbehandlingen defineres som en del af psykiatrien.

### Centerlederforeningen mener, at opgaven bedst løftes i et regi, der rummer mulighed for, at:

- mål og metode løbende drøftes, udvikles og tilpasses den skiftende rusmiddelscene og bredden i målgruppen, der spænder fra unge med problematisk rusmiddelbrug til 'kronikere': misbrugere gennem mange år af alkohol og heroin
- værdier, mål og succeskriterier er politisk godkendte (det skærmer for vejrhanepolitik)
- forsknings- og undersøgelsesresultater inddrages i mål og metodeudvikling
- området 'kigges i kortene' af brugergrupper og eksterne forskere, der ikke er 'belastet' af forforståelsen i fagfeltet: læge- og psykosociale medarbejdere
- målene for indsatsen drøftes og testes: både de individuelle og de samfundsmæssige
- målene er troværdige og realisable – eller skal der skrues på andre virkemidler? ... skal målene revurderes?

Det er alment kendt, men ofte negligeret i det heftigt voksende evalueringsparadigme, at forskningsfeltet og de valgte målepunkter er bestemmende for udkommet, således også for såkaldt videnskabelig forskning, hvor en række faktorer med betydning kan være udeladt, f.eks. uspecifikke faktorer som imødekommenhed, respekt, ligeværdighed, tilgængelighed m.m.

### Det giver ikke nødvendigvis flere raske eller mere velfærd at måle. Men:

- målene skal være graduerede og modsvare den mangfoldighed, rusmiddelscenen repræsenterer
- indsatserne skal (fagligt og samfundsmæssigt) kunne begrundes
- rammer og ressourcer skal gøre det muligt organisatorisk og økonomisk at udmønte de politisk fastlagte mål
- fagligt kompetente folk skal rekrutteres og fastholdes: rette profession på rette sted til rette opgave
- professionerne: sundheds- og socialfaglige skal samarbejde respektfuldt og ligeværdigt for at nå de fastlagte mål
- sektorerne skal samarbejde. Både områderne i kommunerne og mellem behandlingspsykiatri i regionerne og socialpsykiatrien i kommunerne
- den behandlingssøgende, brugerorganisationer og politikere skal medinddrages i at definere og vurdere, om målene er realistiske og relevante
- behandlingsplanen – den individuelle for rusmiddelproblematikken – skal være nedskrevet og kendt af den behandlingssøgende og justeres jævnlige, tilpasset mål og ressourcer

- den medicinske behandlingsplan skal være nedskrevet (SL §101 og 141)
  - handleplanen (SEL §141) for den socialfaglige indsats skal være nedskrevet, herunder skal ansvar og handlekompetencer være veldefineret, og gråzoner mellem region- og kommuneprofessioner skal minimeres.
- Dertil kommer: samarbejde, samarbejde og samarbejde. Det er en politisk og ledelsesmæssig opgave at sikre, at organisationernes opgaver, mål og værdier er kendte og klart formuleret. Det er den enkelte behandlers opgave at udmønte værdierne på baggrund af:
- kendskab til sundheds- og socialfaglig lovgivning på området
  - medicinsk og psykosocial viden, dertil metodemæssige kundskaber
  - indsigt i samspillet mellem fysiologiske, psykiatriske/psykologiske og sociale faktorer
  - kendskab til og erfaring i motivations-, fastholdelses- og ændringsmetoder
  - evne og lyst til at samarbejde

### Forankringsdiskussionen giver ikke i sig selv bedre resultater, men...

Det er, set i lyset af Danske Regioners argumenter for at placere rusmiddelbehandlingen i sygehusregi, nærliggende at rejse spørgsmålet:

'Hvad har forhindret behandlingspsykiatrien i at samarbejde med rusmiddelbehandlingsenhederne, at løfte de sundhedsfaglige opgaver som f.eks. screening og udredning af psykiatriske diagnoser i dag?'

### Sektorerne skal 'spille sammen' – ligegyldigt, hvor opgaven ligger

Udfordringerne er bl.a.:

- Volumen – befolkningsgrundlaget i nogle kommuner er småt?
- Forskellige videnspraktikker/konkurrerende problemforståelser?
- Konkurrerende sektorer? Konkurrerende økonomier?
- Vanskeligheder med at rekruttere og fastholde især sundhedsfaglige ressourcer *både i kommunernes rusmiddelbehandling og i regionernes behandlingspsykiatri.*
- Læger, der er interesserede i rusmiddelbehandling som 'speciale', således at brugergruppen får det bedste fra det sundheds- og socialfaglige område.

Volumenproblematikkerne løftes bl.a. ved gode lokale samarbejdsaftaler og kan løses ved, at kommuner slår sig sammen – f.eks. samarbejder Holstebro og Herning om fælles tilbud til klienter/patienter og fælles personaleuddannelse.



### Centerlederforeningen anbefaler, at:

- Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed 'spiller sammen'. I dag er alkohol- og stofbehandling defineret i hhv. SL §141 og SEL §101 og SL §142
- praksisfeltet i kommunerne, der udgøres af beskæftigelses, social- og sundhedsfaglige fagområder, og kommuner og region indgår forpligtende samarbejdsaftaler

I dag understøtter lovgivningen, at:

Alkoholområdet, forankret i Sundhedsloven, arbejder ud fra en lægefaglig professionsforståelse. Man kan sige, at arbejdet med de afledte, sociale problemer ses som en 'hjælpeydelse'.

Stofområdet, forankret i Serviceloven, arbejder ud fra en psykosocial professionsforståelse. Man kan sige, at de lægefaglige ydelser ses som en 'hjælpeydelse'.

Af effektundersøgelser fremgår det, at et element 'i god behandling' netop er bredde i behandlingstilbuddet forstået bl.a. som samspil mellem ydelser fra andre områder/professioner.

### Ved en placering i regionerne 'risikeres' det, at:

- problemforståelsen kan blive for biologisk, det vil sige 'smal'. Helhedssynet begrænses, og samarbejdet 'på tværs' nedtones. Med al respekt for regionerne er samarbejde 'på tværs' IKKE en spidskompetence
- der opstår en mere entydig lægefaglig tilgang (diagnose = medicinsk lindring), som kun i begrænset omfang vil blive udfordret af andre fag
- der etableres flere enkeltstående, gentagne behandlings'pakker' med fokus på den medicinske del
- der kommer mindre fokus på koordination og overgange mellem region og kommune, mellem sektorer og områder
- alkoholbehandlingen vil blive prioriteret. Alkoholbehandlingen er udviklet i og 'tilpasset' den medicinske problemforståelse
- stofmisbrugsbehandlingen vil blive nedprioriteret. Regionen er uvant med målgruppen (der repræsenterer flere 'vilde' problematikker), hvor den sociale indsats fylder og skal fylde mest
- forebyggelsen (SL § 119), i dag en kommunal opgave, kan blive fragmenteret og miste den sammenhæng, der er under opbygning med folkeskole, ungdomsuddannelserne, tekniske skoler, arbejdspladser, institutionspersonale, hjemmepleje, myndighedspersoner, egen læge m.m.

Indsatsplaner, der skal udarbejdes i kommunerne i forbindelse med den nye førtidpensionsreform og den kommende kon-tanthjælpsreform, fordrer en velkoordineret kommunal indsats, herunder sundhedsfaglig deltagelse (pr. 1.7.13).

Ungeområdet udfordres:

- Nærheden til og samarbejde med Familieafdeling (unge < 18 og unge 18-23), myndigheds- og pårørendeinddragelse udfordres
- Samarbejdet med ungdomsuddannelserne udfordres
- Samarbejdet med jobcentre bliver udfordret

Voksen- og ældreområdet udfordres på:

- Tætheden til det specialiserede område og handicap
- Særlige ydelser: Hjemmehjælp og -sygepleje (hvor der 'skal banes vej' / adgang til hjemmet)
- Dag- og døgnbehandling: visitation og opfølgning
- SKP -ordninger, etablering, visitation og opfølgning
- Særlige tilbud til særlige grupper
- Skæve boliger, visitation
- Væresteder, visitation
- Omsorgsophold, visitation
- Særlige plejehjemslignende ophold, visitation
- Særligt kendskab til klient / patient / bruger

### 'Løsninger' år 2013:

Centerlederforeningen støtter det videre arbejde med at udmønte de mål, der er formuleret i Socialministeriets initiativer 2012 og KL's anbefalinger 2012.

Det videre arbejde kan bl.a. ske i form af konkretiseringer, metodeudvikling og -træning og ved, at der etableres forpligtende samarbejdsaftaler mellem områderne i kommunerne og mellem kommuner og region.

Samarbejdsaftalerne bør udformes således, at de kan tilpasses lokale forhold, og retssikkerheden for brugergruppen skal i fokus. Centerlederforeningen anbefaler en fortsat forankring af området i kommunerne. ■

### REFERENCER

- 'En styrket misbrugsbehandling'. Kommunernes Landsforening. 2012.
- 'To diagnoser - et menneske'. Danske Regioner. 2012.
- Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. Sundhedsstyrelsen.
- 'Projekt bedre udredning' - et eksempel på kommunalt og regionalt samarbejde om psykiatrisk udredning af personer med psykiske lidelser og misbrug. Center for Misbrugsbehandling. Aarhus Kommune. 2010.
- Læs også artiklen i STOF nr. 14 af Kirsten S. Frederiksen: 'Projekt Bedre Udredning hjælper sindslidende misbrugere på rette kurs' - [www.stofbladet.dk](http://www.stofbladet.dk).
- Mads Uffe Petersen: Stoffri døgnbehandling 1997 - 2007. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2009.
- Morten Hesse, Birgitte Thylstrup & Sidsel Schröder: Rapport om døgnbehandling af stofmisbrug. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2012.
- Peter Ege: Behandling gør en forskel. STOF nr. 5. 2005.