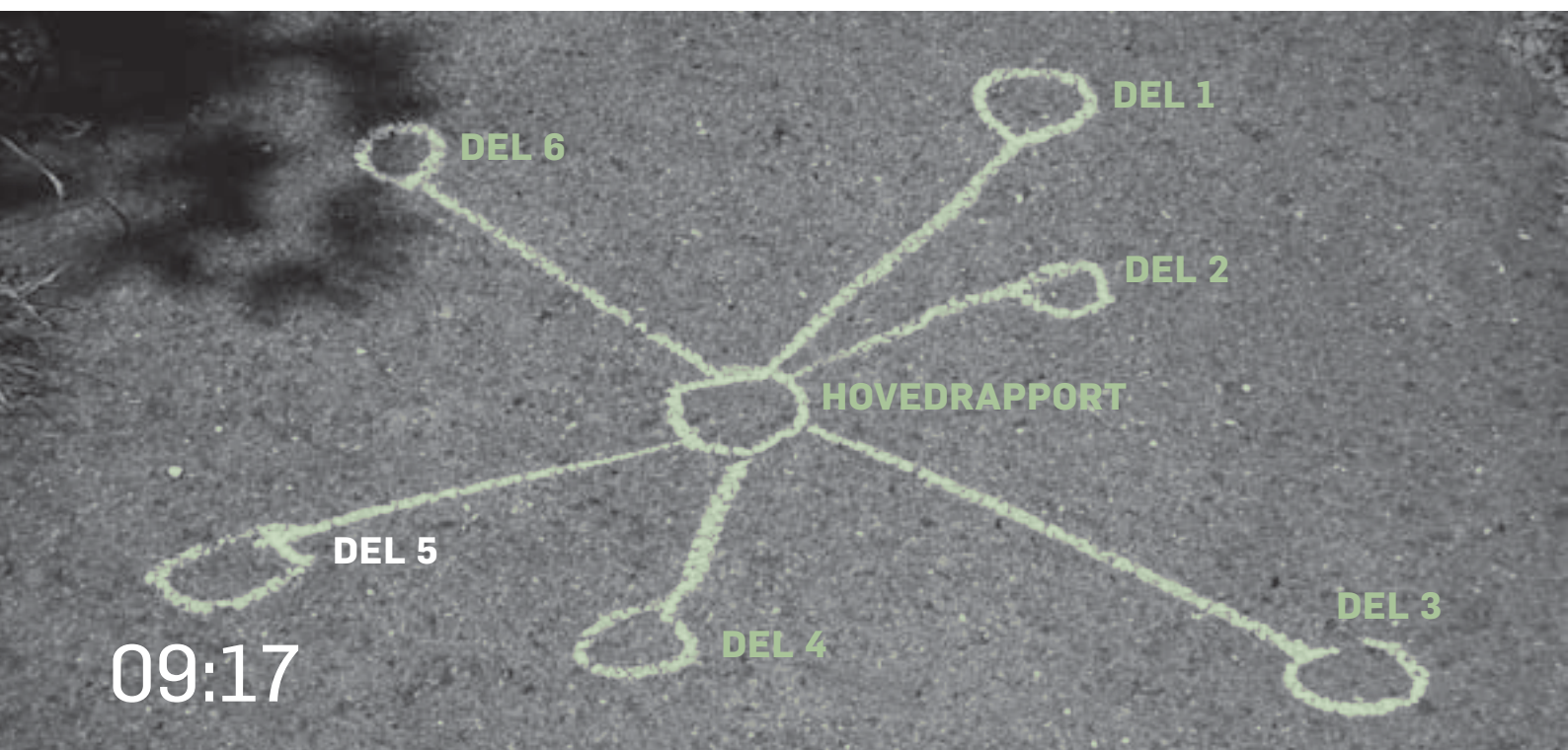


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

VISITATION OG SAGSBEHANDLING



DITTE ANDERSEN
DORTHE SKOV

09:17

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

VISITATION OG SAGSBEHANDLING

DEL 5

DITTE ANDERSEN
DORTHE SKOV

KØBENHAVN 2009
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING. VISITATION
OG SAGSBEHANDLING

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Rafai Al-Atia, Kommunernes Landsforening
Preben Brandt, Rådet for Socialt udsatte
Klaus Debel-Hansen, Servicestyrelsen
Peter Ege, Socialforvaltningen, Københavns Kommune
Ib Hansen, Centerlederforeningen
Mette Kronbæk, Servicestyrelsen
Ingelis Langgaard, KABS, Socialpædagogernes Landsforbund
Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen
Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning
Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen
Anette Poulsen, Indenrigs- og Socialministeriet
Nina Suenson, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-944-2

Layout: Hedda Bank
Netpublikation

© 2009 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	17
	Rapportens opbygning	19
2	DATA OG METODE	21
	Spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer	21
	Interview med visitatorer	24
	Journalundersøgelsen	25
3	STRUKTUREN I VISITATIONSSYSTEMERNE	29
	Centrale forskelle og karakteristika ved visitationssystemerne	30
	Eksempler på visitationssystemer	36
	Visitationskompetence	67

	Visitationsudvalg	73
	Visitatorer	76
	Opsummering	79
4	SAGSBEHANDLINGSPROCEDURER	83
	Udredning	83
	Skriftlige planer og opfølgning	89
	Udeblivelser og tilbagefald	98
	Opsummering	107
5	REDSKABER OG SAMARBEJDSPARTNERE I SAGSBEHANDLINGSPROCESSEN	109
	Redskaber	110
	Samarbejde med jobcentre, socialafdelinger, kriminalforsorg og psykiatri	127
	Samarbejde med døgnbehandlingssteder	146
	Opsummering	152
6	MÅLSÆTNINGER OG BRUGERINDDRAGELSE	157
	Målsætninger	157
	Brugerindflydelse	175
	Frit valg	182
	Opsummering	190
7	BEHANDLING AF BRUGERNES ØNSKER BELYST VIA EN JOURNALUNDERSØGELSE	193
	Brugerne i journalundersøgelsen	194
	Behandlingsønsker og behandlingsforløb	204
	Opsummering	213

8	JOURNALFØRTE KONTAKTER OG HANDLEPLANER	215
	Antal registrerede kontakter	216
	Indholdet af samtalerne mellem bruger og behandler	222
	Sociale handleplaner	225
	Opsummering	235
9	SAMMENFATNING	237
	Strukturen i visitationssystemerne	238
	Sagsbehandlingsprocedurer	241
	Redskaber og samarbejdspartnere i sagsbehandlingsprocessen	243
	Målsætninger og brugerinddragelse	248
	Behandling af brugernes ønsker ifølge journalundersøgelse	250
	Antal journalførte kontakter og handleplaner	251
	LITTERATUR	253
	BILAG 1: RAPPORTER I SERIEN	255
	BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL VISITATORER	257

FORORD

Denne rapport er den femte delrapport i samlet en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI har gennemført for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i Serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Undersøgelsen bygger på et omfattende empirisk datamateriale, hvor både brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale medarbejdere og repræsentanter for de frivillige sociale organisationer er blevet interviewet. SFI retter i den forbindelse en tak til alle de personer, der har medvirket i undersøgelsen.

Denne delrapport belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse. De øvrige rapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.

- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 4 beskriver kommunale myndigheders arbejde med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 6 afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter, det vil sige i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Denne delrapport er udarbejdet af forskningsassistent Ditte Andersen og fuldmægtig Dorthe Skov. Forsker Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, har fungeret som referee på samtlige rapporter i serien. Undersøgelsen har desuden været fulgt af en følgegruppe (se kolofonen). Både referee og følgegruppe takkes for deres kommentarer.

København, august 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport handler om visitation og sagsbehandling i den sociale stofmisbrugsbehandling efter §101 i Serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens §142.

Rapporten beskriver kommunernes forskellige visitationssystemer, sagsbehandlingsprocedurer og redskaber, der bliver brugt i forbindelse hermed. Rapporten er primært baseret på tre typer datamateriale: kvalitative interview med 14 visitatorer, en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer fra alle landets kommuner med en svarprocent på 88 pct. og en journalundersøgelse, hvor 470 journaler er udtrukket tilfældigt på seks forskellige behandlingssteder i Danmark.

VISITATIONSSYSTEMER

Kommunernes visitationssystemer er forskellige på en række parametre. Det hænger sammen med, at nogle kommuner er 'udfører-kommuner', dvs. at kommunen selv har et eller flere behandlingssteder for stofmisbrugere, mens andre kommuner er 'bestiller-kommuner', dvs. at kommunen køber stofmisbrugsbehandling fra andre leverandører, ofte en anden kommune, som de har en samarbejdsaftale med. I udfører-kommuner kan kommunen visitere til eget behandlingstilbud, mens bestiller-kommuner altid må visitere til andres behandlingstilbud. I nogle

tilfælde lader bestiller-kommuner deres leverandør af behandling stå for både udredning og visitation.

Kommunerne har valgt at placere visitationskompetencen forskellige steder. Man kan skelne mellem fire modeller for placering af visitationskompetence.

- For det første kan visitationskompetencen være placeret *på* behandlingsstedet hos en behandler eller behandlingsleder, der i så tilfælde fungerer som visitator, eller hos et udvalg af personer fra behandlingsstedet, der så fungerer som et visitationsudvalg. Denne model er en mulighed for både udfører- og bestiller-kommuner.
- For det andet kan visitationskompetencen være placeret *på* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg, der er udstationeret fra en myndighedsafdeling. Denne model er principielt mulig for både udfører- og bestiller-kommuner, men i datamaterialet er der kun eksempler på modellen fra udfører-kommuner.
- For det tredje kan visitationskompetencen være placeret *uden for* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg i en myndighedsafdeling i egen kommune. Det gælder kun udfører-kommuner.
- For det fjerde kan visitationskompetencen være placeret *uden for* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg i en myndighedsafdeling i en anden kommune. Det gælder kun bestiller-kommuner.

De fire skitserede modeller er idealtypiske. I praksis kombinerer kommunerne modellerne på kryds og tværs. Fx bruger én udfører-kommune model 1 (dvs. placering af visitationskompetencen hos behandler/behandlingsleder på behandlingsstedet), når det gælder ambulante behandling, men model 3 og 4, når det gælder døgnbehandling (hvis det er en bruger fra egen kommune, der søger døgnbehandling, så er visitationskompetencen placeret i egen kommunes myndighedsafdeling, og hvis det er en bruger fra en af de andre kommuner, som man samarbejder med, så er visitationskompetencen placeret i deres myndighedsafdeling).

Udover, at visitationskompetencen er placeret forskelligt, er der en række andre forskelle mellem kommunernes visitationssystemer. Fx er det forskelligt om visitatorer har brugerkontakt. I nogle kommuner argumenterer man for, at visitationen bliver mere nøgtern og professionel, hvis visitatoren ikke møder brugerne personligt. I andre kommuner har

visitatorer meget brugerkontakt. I spørgeskemaundersøgelsen svarer hver tredje visitator, at de møder alle de brugere, de visiterer, mens hver femte svarer, at de aldrig møder nogen af de brugere, de visiterer. De visitatorer, der møder brugerne, har typisk mellem en og tre samtaler med brugeren før det besluttes, hvilket behandlingstilbud brugeren skal have.

PROCEDURER FOR UDREDNING OG UDEBLIVELSER

I undersøgelsen fandt vi, at der i de adspurgte kommuner var forskellige procedurer og tiltag i forhold til henholdsvis udredning og udeblivelse fra visitationssamtaler mm. En tredjedel af de adspurgte visitatorer foretager selv en udredning før en visitation, mens to-tredjedele svarer, at det er en anden, som foretager udredningen. Det kan være en behandler på behandlingsstedet. Der kan indgå forskellige elementer i forbindelse med visitation og udredning. ASI-skemaet¹ bliver udfyldt som en fast procedure i forbindelse med visitationen i 31 pct. af kommunerne. I 38 pct. af kommunerne anvender man andre, lokalt udarbejdede skemaer, som kan være mere eller mindre inspirerede af ASI-skemaet. En psykiatrisk eller psykologisk udredning kan være en relevant del af udredningen, da andelen af stofmisbrugere med psykiske problematikker ofte vurderes høj, men spørgeskemaundersøgelsen viser, at det er de færreste stofmisbrugere, der får en sådan udredning. De fleste visitatorer skønner, at der er under 20 pct. af de stofmisbrugere, de visiterer, der får en psykiatrisk eller psykologisk udredning før det besluttes, hvilket behandlingstilbud de skal have.

De fleste visitatorer oplever, at en relativt stor del af brugerne (minimum 10 pct.) udebliver fra visitationssamtaler. Nogle visitatorer oplever ligefrem, at der er flere brugere, der udebliver, end der er brugere, der møder op. Procedurene i forhold til udeblivelser er forskellige: Nogle visitatorer kontakter udeblevne brugere (65 pct.), andre gør ikke (27 pct.), nogle visitatorer udskriver udeblevne brugere (52 pct.), andre gør ikke (34 pct.) osv. De kvalitative interview viser, at de forskellige

1. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Inde. Et ASI-skema er et redskab til kortlægning af en brugers sociale, psykiske og fysiske forhold. Inkl. tillæg består skemaet af knap 100 spørgsmål. På hvert område, fx kriminalitet, familie osv., undersøges det, om der er problemer, og hvis der er, skal alvorligheden vurderes. ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.DanRIS.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

procedurer hænger sammen med, at baggrunden for udeblivelser bliver tolket forskelligt. Nogle visitatorer tolker udeblivelser som et tegn på, at brugeren ikke ønsker behandling. På baggrund af denne tolkning er udskrivning en naturlig reaktion på udeblivelser. Andre visitatorer tolker udeblivelser som tegn på, at brugere kan være for ressourcetsvage til at møde op. På baggrund af den tolkning kan en reaktion være, at visitatorerne opsøger brugerne og gør det lettere for brugeren at opnå kontakt, fx ved at lade et værested danne rammen om kontakten.

AFGØRELSER OG SAGSBEHANDLINGSTID I FORHOLD TIL BRUGERNES BEHANDLINGSØNSKER

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvor mange brugere, der (ifølge deres journaler) ønsker døgnbehandling. I en kommune var det registreret i 4 pct. af opiatmisbrugernes² journaler, at de ønskede døgnbehandling, mens der var registreret et ønske om døgnbehandling i 26 pct. af journalerne i en anden kommune. Det kan hænge sammen med, at kommunerne har forskellig politik på området, og nogle visitatorer er tilbøjelige til at opfordre brugere til døgnbehandling, mens andre er tilbøjelige til at formidle en forbeholden holdning over for døgnbehandling.

Journalundersøgelsen viser, at 60 pct. af de registrerede ønsker om døgnbehandling førte til et tilbud om det ønskede, mens yderligere 7 pct. fik et tilbud om døgnbehandling, men på et andet sted end det ønskede. 11 pct. af de registrerede ønsker om døgnbehandling blev aldrig behandlet. Dvs. det fremgår af journalen, at brugeren ønsker døgnbehandling, men der er ikke fulgt op på det og ikke truffet en beslutning.

Hvis man udelukkende ser på de sager, hvor der er truffet beslutning, er der enten kommet et tilbud eller afslag inden for den første uge i 10 pct. af sagerne. 12 pct. af sagerne havde en sagsbehandlingstid på omkring en uge, 25 pct. på omkring to uger, 18 pct. på omkring en måned og yderligere 18 pct. på omkring to måneder. 8 pct. af døgnbehandlingsønskerne var først færdigbehandlet efter omkring tre måneder, og 10 pct. havde en sagsbehandlingstid på over tre måneder.

² Opiater/opioider er en fællesbetegnelse for stoffer som heroin, metadon, morfin, kodein og ketogan. Brugere, hvis hovedstof er indenfor denne stofgruppe, kaldes for opiatmisbrugere. I denne rapport skelner vi i nogle analyser mellem opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere. Ikke-opiatmisbrugere er brugere, hvis hovedstof er noget andet end opiater, fx kokain, amfetamin eller hash.

Brugerne har også udtrykt andre behandlingsønsker, særligt stof-fri eller substitutionsunderstøttet dagbehandling eller psykologsamtaler. I 72 pct. af sagerne, hvor brugerne har udtrykt et ambulante behandlings-ønske har de fået tilbudt det ønskede. 7 pct. af disse ønsker er dog aldrig blevet behandlet. Hvis man udelukkende ser på de sager, hvor der er truffet en beslutning, er der enten kommet et tilbud eller afslag inden for den første uge i 27 pct. af sagerne. 24 pct. af sagerne havde en sagsbe-handlingstid på omkring en uge, 9 pct. på omkring to uger, og 22 pct. på omkring en måned. 17 pct. af de behandlingsønsker, der ikke angår døgnbehandling, har haft en sagsbehandlingstid på to måneder eller læn-gere.

BRUGERINDDRAGELSE OG FRIT VALG

I forhold til spørgsmål vedrørende brugerinddragelse giver visitatorerne udtryk for, at brugerne har en tilpas indflydelse på deres egen behand-ling, og at de i høj grad har indflydelse på formålet med deres egen be-handling, mens de i høj eller nogen grad har indflydelse på intensiteten af deres behandling. Visitatorerne fortæller også, at de oftest eller altid ori-enterer brugere om deres muligheder for frit valg. I de kvalitative inter-view kommer visitatorerne dog ind på en række forhold, der i praksis begrænser brugernes indflydelse og mulighed for frit valg. Visitatorerne mener for det første, at brugernes manglende ressourcer kan gøre det svært at inddrage dem. For det andet ved brugerne ikke altid, hvilket behandlingstilbud, der vil være bedst for dem, hvorfor brugerens indfly-delse og ret til frit valg må begrænses på baggrund af visitatorens faglige vurdering. For det tredje er det ikke sikkert, der er alternative behand-lingstilbud i brugerens område – og hvis der er, så er det ikke sikkert, der er plads. For det fjerde påpeger nogle visitatorer, at det ikke er sikkert, at brugeren både er informeret om og har forstået sin ret til frit valg.

En meget konkret og håndgribelig måde, visitatorer kan gøre opmærksom på muligheden for frit valg, er ved at give brugere valgmuligheder i forbindelse med visitationen. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det meget forskelligt, hvorvidt visitatorerne har denne praksis. 32 pct. af visitatorerne giver således de færreste brugere (0-19 pct.) valgmulighe-der, mens 20 pct. af visitatorerne giver langt de fleste brugere (80-100 pct.) mere end et sted at vælge imellem. Indtrykket er, at når brugere orienteres om frit valg og får flere behandlingssteder at vælge mellem, er det oftest i forhold til døgnbehandling. I forhold til ambulante behand-

lingstilbud vil udfører-kommuner gerne bruge deres egne tilbud, mens bestiller-kommuner typisk har en fast samarbejdsaftale med én leverandør, hvorfor det er dennes behandlingssted, brugeren får tilbudt. Særligt i forhold til ambulans behandling synes retten til frit valg således at have en begrænset betydning i praksis.

HANDLEPLANER

I spørgeskemaundersøgelsen er visitatorne blevet spurgt, hvor stor en andel af kommunens brugere, der har fået tilbudt en social handleplan og de fleste skønner, at det er majoriteten af brugerne. I de 470 journaler, der tilfældigt er udtrukket til journalundersøgelsen, er det imidlertid kun 29 pct. af brugerne, som (ifølge deres journal) har talt med en behandler om en handleplan indenfor de seneste seks måneder. I to kommuner lader det sig gøre at sammenligne på tværs af de to datamaterialer og her viser det sig, at visitatoren i spørgeskemaundersøgelsen skønner, at det er 90-100 pct. af kommunens brugere, der har en social handleplan, mens journalundersøgelsen viser, at det kun er omkring 50 pct. af kommunens brugere, der har fået en skriftlig handleplan inden for det seneste halvandet år.

Visitatorerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at vurdere kvaliteten i de sociale handleplaner. Meningerne er delte. 18 pct. mener, at kvaliteten i høj grad er tilfredsstillende, 38 pct. mener, den i nogen grad er tilfredsstillende, 13 pct. mener, at kvaliteten i mindre grad er tilfredsstillende, og 8 pct. mener slet ikke, at kvaliteten er tilfredsstillende. Journalundersøgelsen viste også, at kvaliteten af handleplanerne er meget varieret. Nogle handleplaner er meget overfladiske (fx et par linjer om, at brugeren vil fortsætte i substitutionsbehandling), mens der er arbejdet mere med andre, evt. over flere møder mellem bruger og behandler. Kun 9 pct. af visitatorerne vurderer, at handleplanerne i høj grad fornys med tilfredsstillende hyppighed. 30 pct. vurderer, at de i nogen grad fornys med tilfredsstillende hyppighed, 26 pct. vurderer, at de i mindre grad fornys med tilfredsstillende hyppighed, og 7 pct. vurderer, at de slet ikke fornys med tilfredsstillende hyppighed.

SAMARBEJDSPARTNERE

I forbindelse med planlægning af behandling inddrager 8 ud af 10 visitatorer altid eller oftest jobcentre og socialafdeling, og godt halvdelen ind-

drager altid eller oftest psykiatri og Kriminalforsorgen, hvis det er relevant. I spørgeskemaundersøgelsen vurderer de fleste visitatorer, henholdsvis 73 pct. og 72 pct., at samarbejdet med jobcentre og socialafdelingen fungerer godt eller meget godt. 55 pct. vurderer, at samarbejdet med Kriminalforsorgen fungerer godt eller meget godt, mens 40 pct. vurderer, at samarbejdet med psykiatrien fungerer godt eller meget godt. 24 pct. af visitatorerne vurderer, at samarbejdet med psykiatrien er dårligt eller meget dårligt. De samarbejdsproblemer visitatorerne beskriver i forhold til psykiatrien, drejer sig altovervejende om, at psykiatrien afviser at udrede/behandle psykisk syge stofmisbrugere.

BRUGERE UDEN KONTAKT TIL BEHANDLERE

I undersøgelsen af journalerne fandt vi, at intensiteten af møder mellem brugere og behandlere i en del tilfælde var så lav, at det lå under niveauet for det, Servicestyrelsen definerer som social stofmisbrugsbehandling. Af journalerne fremgik det således, at 20 pct. af brugerne indskrevet i behandlingssystemet slet ikke har haft kontakt med nogen behandler (hverken en læge, psykolog, socialrådgiver, pædagog, sygeplejerske eller anden person fra behandlingssystemet) i løbet af et halvt år. Yderligere 63 pct. af brugerne har haft kontakt med en behandler sjældnere end hver 14. dag. Disse brugere (i alt 83 pct.) er altså indskrevet i social stofmisbrugsbehandling, men får ifølge deres journaler ikke social stofmisbrugsbehandling.

Mange af de brugere, som kun har sporadisk kontakt med behandlere, er opiatmisbrugere i substitutionsbehandling³. 63 pct. af visitatorerne er enige i, at for mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats. Nogle visitatorer fortæller, at de har haft succes med at opnå mere kontakt de brugere, som har svært ved at møde op til strukturerede samtaler på fastlagte tidspunkter ved at etablere en mere opsøgende og fleksibel tilgang og fx kontakte brugerne på behandlingsstedernes væresteder.

I de kvalitative interview understreger visitatorerne, at det ikke er alle i substitutionsbehandling, der kan opnå stoffrihed, men de efterlyser

³ Substitutionsbehandling vil sige, at en bruger får ordineret en legal form for opioider, der skal erstatte ("substituere") illegale opioider. Det vil typisk være metadon eller buprenorfin, der skal erstatte heroin. Den medicinske behandling skal kombineres med social behandling ifølge officielle vejledninger (fx Vejledning nr. 4 til Serviceloven (VEJ nr. 95 af 05/12 2006), punkt. 206).

en balancerings mellem på den ene side en accept af, at stoffrihed ikke er realistisk for alle, og på den anden side fastholdelse af, at man ikke over en kam opgiver stoffrihed for alle brugere i substitutionsbehandling. Der skal både være støtte til brugere uden en målsætning om stoffrihed og støtte til brugere, der kan/vil have en målsætning om stoffrihed.

INDLEDNING

Denne rapport handler om sagsbehandlingsprocessen fra en bruger fremsætter et ønske om behandling til vedkommende får et behandlingstilbud eller får afslag på det ønskede. På baggrund af kvalitative interview samt en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer vil vi beskrive de forskellige visitationssystemer i kommunerne, sagsbehandlingsprocedurer og de redskaber, der bliver brugt i forbindelse med visitation og sagsbehandling. Vi vil også beskrive visitatorernes praksis og holdninger i forhold til brugerinddragelse, samt hvordan målsætningen for en brugers behandling fastlægges. Endelig vil vi via en journalundersøgelse belyse sagsbehandlingstid (dvs. hvor lang tid der går fra behandleren noterer en brugers behandlingsønske til der er truffet en afgørelse), ydelser (fx hvor ofte brugere har kontakt med behandlere og hvor mange der har en handleplan) og fokus i behandlingen.

Undersøgelsen angår den sociale stofmisbrugsbehandling efter §101 i Serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens §142.

Rapporten baserer sig på tre datakilder: For det første en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer. Én visitator fra hver kommune blev bedt om at deltage, og svarprocenten er på 88 pct. For det andet kvalitative interview med visitatorer fra 14 forskellige kommuner. For det tredje en journalundersøgelse, hvor i alt 470 journaler blev tilfældigt udtrukket, læst og udvalgt information registeret fra seks forskellige be-

handlingssteder i landet. Tilsammen belyser disse datakilder forskellige aspekter af, hvordan visitation og sagsbehandling foregår i forskellige kommuner anno 2008/2009. Visitatorerne er i spørgeskema og interview bl.a. blevet spurgt, hvilke redskaber og procedurer de benytter, og hvilke samarbejdspartnere de har. Fra kommunernes journaler har vi bl.a. hentet information om, hvilke ønsker brugerne fremsætter, hvordan ønskerne bliver behandlet, og hvor meget kontakt, der er registreret mellem bruger og behandler.

Rapporten udgør den femte delrapport i en større undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. De øvrige delrapporter er følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres egen rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 3 handler om behandlingstilbud, tilgange og metoder på forskellige behandlingssteder.
- Delrapport 4 belyser arbejdet med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling
- Delrapport 6 afdækker, hvilke resultater af den sociale stofmisbrugsbehandling der kan identificeres to til tre år efter behandlingen for brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Hver delrapport bygger på forskellige datakilder og belyser den sociale stofmisbrugsbehandling fra forskellige perspektiver. I denne rapport bliver stofmisbrugsbehandlingen primært beskrevet fra visitatorernes perspektiv. Desuden bliver stofmisbrugsbehandlingen beskrevet ud fra brugernes journaler i de sidste to kapitler før sammenfatningen.

Afrapporteringen i denne delrapport er af overvejende deskriptiv karakter. I undersøgelsens hovedrapport sammenstilles resultaterne fra de seks delundersøgelser, der indgår i den samlede undersøgelse.

RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten er bygget op således, at den begynder med et kapitel, der nøjere beskriver det datamateriale, der ligger til grund for rapporten (kapitel 2). Dernæst belyser kapitel 3 kommunernes forskellige visitationsmodeller ved først at gennemgå fem case eksempler og derefter præsentere data fra spørgeskemaundersøgelsen. I kapitel 4 handler det om visitatorernes sagsbehandlingsprocedurer. Det angår både visitatorernes arbejde med udredning, skriftlige handleplaner og opfølgning samt procedurer omkring tilbagefald og udeblivelser fra brugernes side. I kapitel 5 ser vi nærmere på en række redskaber og samarbejdspartnere, som indgår (eller kan indgå) i forbindelse med sagsbehandlingsprocessen. Nogle af de redskaber, kapitlet vil omhandle, er journalsystemer, skriftlige planer såsom sociale handleplaner, skemaer såsom ASI-skemaet, databaser såsom SIB og DanRIS Døgn mv., mens samarbejdspartnere omfatter jobcentre, socialafdelinger, psykiatri og Kriminalforsorg. Kapitel 6 handler om brugernes målsætninger og visitatorernes holdninger til målsætninger samt om deres holdninger og praksis i forhold til brugerinddragelse. Kapitel 3, 4, 5 og 6 er primært baseret på datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorerne samt kvalitative interview med samme gruppe. I kapitel 7 og 8 præsenterer vi data og analyser baseret på journalundersøgelsen. Kapitel 7 handler om, hvordan brugernes ønsker bliver behandlet (fx bliver sagsbehandlingstiden belyst), mens kapitel 8 handler om, hvor ofte brugere har kontakt med behandlere ifølge deres journaler, og hvor ofte de får udarbejdet en handleplan for deres behandlingsforløb.

DATA OG METODE

I dette kapitel vil vi dels præsentere det datamateriale, som rapporten bygger på, og dels beskrive den metode og fremgangsmåde, som blev anvendt i dataindsamlingen.

Rapporten er primært baseret på tre typer datamateriale: Kvalitative interview med visitatorer, en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer og en journalundersøgelse. De tre typer data præsenteres hver for sig i det følgende. Disse primære datakilder bliver i det omfang, det har været hensigtsmæssigt suppleret med kvalitative interview med behandlingsledere fra forskellige behandlingssteder og myndighedspersoner fra forskellige kommuner.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE BLANDT VISITATORER

Alle kommuner i Danmark er blevet bedt om at opgive navn og kontaktoplysninger på en visitator, som derefter er blevet bedt om at deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Kontaktoplysningerne blev i første omgang forsøgt indsamlet i forbindelse med en anden spørgeskemaundersøgelse blandt myndighedspersoner i alle kommuner (delrapport 4 rapporterer resultaterne fra denne undersøgelse). Myndighedspersonerne blev således i forbindelse med deres besvarelse bedt om at udpege en visitator eller en person med visitationskompetence i kommunen. Kom-

muner, som ikke har givet disse kontaktoplysninger i forbindelse med spørgeskemaet til myndighedspersoner, er blevet kontaktet telefonisk. Spørgeskemaet er derefter udsendt til visitatorer i samtlige kommuner samt til en visitator på hvert af de fire københavnske rådgivningscentre. Københavns kommune er inddelt i fire distrikter, som har hver deres rådgivningscenter med en modtageenhed, der er indgang for al stofmisbrugsbehandling for de borgere, der bor i det givne distrikt. Et distrikt med et rådgivningscenter fungerer derfor ligesom en kommune med et behandlingssted. Volumenmæssigt har hvert af de københavnske rådgivningscentre flere brugere indskrevet end mange kommunale behandlingscentre. På den baggrund har vi valgt, at sende spørgeskemaet til en visitator pr. rådgivningscenter/distrikt i Københavns kommune frem for blot til en visitator fra ét af de københavnske rådgivningscentre. Da rådgivningscentrene er ligestillede og parallelle institutioner, fandt vi, at det ville være arbitrært kun at vælge et enkelt ud. I rapporten skelner vi dog ikke mellem visitatorer fra kommuner og fra de københavnske distrikter. Vi skriver ”kommuner” frem for ”kommuner/distrikter” for at gøre rapporten læsevenlig. I dette kapitel skal vi blot gøre opmærksom på, at fire af de kommuner, som deltager retteligt er distrikter i Københavns Kommune.

Spørgeskemaundersøgelsesmateriale er indsamlet i februar/marts 2009. Den udvalgte visitator i kommunen har fået et link til et elektronisk spørgeskema tilsendt pr. mail den 20. februar 2009 med en svarfrist den 6. marts. Efter en uge er der sendt en påmindelsesmail, og efter fristens udløb er der udsendt rykkermail til de kommuner, som ikke havde besvaret spørgeskemaet. En del besvarelser er kommet efter fristens udløb.

101 visitatorer er blevet bedt om at udfylde spørgeskemaet (97 kommuner plus de fire rådgivningscentre fra København), og 89 har udfyldt det helt eller delvist. Det giver en svarprocent på 88 pct., hvis man gør det op på visitatorniveau (89 ud af 101 visitatorer har deltaget), mens svarprocenten er 91 pct., hvis man regner svarprocenten ud på kommuneniveau (89 ud af 98 kommuner har deltaget). Blandt de 12 kommuner, der ikke har svaret på spørgeskemaet, udfører seks selv stofmisbrugsbehandling (disse kommuner kaldes udfører-kommuner), og seks kommuner køber primært stofmisbrugsbehandling ved regionale og kommunale samarbejdspartnere (disse kommuner kaldes bestiller-

kommuner). Fordelingen i bortfaldet svarer omtrent til fordelingen blandt de kommuner, der har besvaret spørgeskemaet.

Spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen kan deles op i følgende temaer:

- Kommunens visitationssystem (fx hvorvidt kommunen har et visitationsudvalg til stofmisbrugsbehandling)
- Visitatorens person (fx hvor mange visitationer vedkommende har foretaget på et år)
- Udredning (fx hvor mange brugere, der får en psykologisk/psykiatrisk udredning)
- Brugerinddragelse og frit valg
- Redskaber i sagsbehandlingsproces (fx journalsystem)
- Samarbejdspartnere (fx jobcentre)
- Visitatorens holdninger (fx hvorvidt stoffrihed bør være en målsætning for alle brugere i behandling)
- Kommunens brug af behandlingstilbud

Oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen angående det sidste punkt på listen; kommunens brug af behandlingstilbud, er tidligere blevet fremlagt i delrapport 4 og vil ikke blive gentaget her. De øvrige temaer fra spørgeskemaet vil blive behandlet i denne rapport. Spørgeskemaet kan findes i bilag. Uddannelse og kompetenceudvikling blandt visitatorer og behandlere mere generelt bliver ikke behandlet i denne rapport, men i delrapport 3 og 4.

I opdraget til undersøgelsen var der et generelt krav om henførbare data og interviewudsagn til kommuner og institutioner. Hensyn til personfølsomhed i forhold til data og udsagn har dog nødvendiggjort en anonymisering af dele af materialet. Besvarelser på spørgsmål af deskriptiv karakter, fx hvilke former for visitation kommunen varetager, hvem, der sidder i et eventuelt visitationsudvalg, hvilke behandlingstilbud kommunen bruger osv. er ikke anonyme, da oplysningerne samtidig indgår som en del af Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet og herunder viden om de enkelte kommuner. En række andre spørgsmål er anonymiseret. Det er sket i tilfælde, hvor manglende anonymitet kan påvirke validiteten af besvarelserne. Det drejer sig fx om spørgsmål, hvor visitatorerne bliver bedt om at vurdere forhold, der er af afgørende betydning for kvaliteten i deres arbejde, eller de bliver bedt

om at angive, hvad de mener om forskellige samarbejdspartnere. Hvis besvarelsen på et spørgsmål var anonym, fremgik det af teksten i forbindelse med spørgsmålet. I spørgeskemaet (i rapportens bilag) kan man se, hvilke spørgsmål der var anonyme, og hvilke der ikke var.

INTERVIEW MED VISITATORER

Forud for spørgeskemaundersøgelsen blev 14 visitatorer fra lige så mange forskellige kommuner interviewet. Interviewene er gennemført i efteråret 2008. Formålet med de kvalitative interview var at indsamle visitatorernes erfaringer med og vurderinger af, hvilke forhold der er vigtige i forbindelse med visitation og sagsbehandling, samt hvilke udfordringer der er centrale set fra visitatorens perspektiv osv. De kvalitative interview er også blevet brugt til at kvalificere spørgsmålene i spørgeskemaet til visitatorerne.

Til interviewene blev der udarbejdet en interviewguide, som bl.a. indeholdt spørgsmål inden for følgende temaer:

- Kommunens brug af behandlingstilbud i eget regi/andet regi
- Behandlingsmålsætninger
- Samarbejdspartnere
- Opfattelse af kvalitet, herunder hvilke forhold der er afgørende for god kvalitet
- Visitationssystem og sagsbehandlingsprocedurer (herunder udredning og opfølgning)
- Brugerinddragelse og frit valg
- Redskaber til brug for monitorering af behandlingen.

Alle interview blev gennemført som semi-strukturerede interview. De 14 visitatorinterview tog mellem en og to timer. Interviewene blev optaget på diktafon, for herefter at blive enten fuldt transskriberede eller tematiseret transskriberet (dvs. delvist transskriberede opdelt i temaer og suppleret af referater).

De kvalitative interview med kommuner og behandlingssteder blev gennemført under de nævnte vilkår om henførbare med efterfølgende godkendelse af interviewcitater. Efterfølgende har det vist sig, at der i de anvendte interviewudsagn er personfølsomme oplysninger fx i

forhold til vurderinger af samarbejdsrelationer, herunder relationer til myndigheder. Der er derfor efterfølgende foretaget en fuld anonymisering af alle interviewudsagn i undersøgelsens afrapporteringer. Dvs. alle citater i rapporten fra de kvalitative interview er anonymiserede.

Af de interviewede visitatorer kommer seks fra kommuner i Jylland, seks fra kommuner på Sjælland og to fra kommuner på Fyn. De fire største kommuner (København, Århus, Odense og Ålborg) er heriblandt. 11 af de 14 visitatorer er fra udfører-kommuner, mens tre er fra bestiller-kommuner. Det er dog ikke sådan, at alle visitatorer fra udfører-kommuner er placeret på et behandlingssted, der udfører behandling. De kan også sidde i en myndighedsafdeling. Det gælder for kommuner, der har adskilt drift af stofmisbrugsbehandling fra bestiller-funktionen (dvs. myndighedsafdelingen 'bestiller' stofmisbrugsbehandling fra behandlingsstedet ved at visitere brugere dertil eller godkende visitationer dertil og 'betaler' derefter for hver enkelt køb, dvs. behandling pr. bruger). I disse tilfælde er visitatorer fra udfører-kommuner i en situation lig visitatorer i bestiller-kommuner.

Interviewene med de 14 visitatorer bliver i det omfang, det har været givent, suppleret med interview med myndighedspersoner fra forskellige kommuner og behandlingsledere fra forskellige behandlingssteder. Dette materiale bliver præsenteret mere udførligt i henholdsvis delrapport 3 om behandlingsstederne (som inddrager interview med behandlingsledere) og delrapport 4 om kvalitet (som inddrager interview med myndighedspersoner).

JOURNALUNDERSØGELSEN

Datamaterialet i journalundersøgelsen er baseret på en læsning af 470 tilfældigt udtrukne journaler, hvorfra forskellige oplysninger vedrørende brugere og behandling er registreret. Data er indsamlet i to perioder. Den første dataindsamling er foregået i april 2007 til juni 2007 og vedrører i alt gennemlæsning af 180 tilfældigt udtrukne journaler fra to behandlingssteder i København Kommune. Resultater fra denne undersøgelse er selvstændigt analyseret i SFI-rapporten *Skadesreduktion i praksis* (Andersen & Järvinen, 2009). Anden dataindsamling er foretaget i perioden december 2008 til marts 2009. Her blev 290 tilfældigt udtrukne journaler

fra i alt fire behandlingssteder gennemlæst. De fire supplerende behandlingssteder er beliggende i henholdsvis Jylland, Fyn og Sjælland.

Alle journaler er udtrukket tilfældigt af den samlede population af brugere i de pågældende kommuner. I første runde af journalundersøgelsen (2007) blev alle ikke-opiatmisbrugere imidlertid sorteret fra, idet materialet skulle bruges til en undersøgelse af behandlingstilbud til netop opiatmisbrugere⁴ (jf. Andersen & Järvinen, 2009). Af den grund er der fra ét af behandlingsstederne i anden runde kun anvendt journaler fra ikke-opiatmisbrugere. Ved de øvrige tre behandlingssteder i anden runde er der indsamlet journaloplysninger fra både misbrugere af opiater og andre former stoffer. Fordelingen mellem henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere på de seks forskellige behandlingssteder fremgår af tabel 2.1.

TABEL 2.1

Fordelingen mellem opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere på de seks behandlingssteder i journalundersøgelsen

Behandlingssted	Opiatmisbrugere		Ikke-opiatmisbrugere		I alt procent	I alt antal
	Antal	Pct.	Antal	Pct.		
Behandlingssted A	48	73	18	18	100	66
Behandlingssted B	50	71	20	20	100	70
Behandlingssted C	62	89	8	8	100	70
Behandlingssted D	82	100	0	0	100	82
Behandlingssted E	98	100	0	0	100	98
Behandlingssted F	0	0	84	84	100	84
I alt	340	72	130	130	100	470

Som det fremgår af tabel 2.1 er der i alt udtrukket 470 journaler. På behandlingssted A, B og C er ingen brugere frasortet, og andelen af opiatmisbrugere udgør her mellem 71 pct. og 89 pct. På behandlingssted D og E er der kun indsamlet journaler fra opiatmisbrugere, fordi ikke-opiatmisbrugernes journaler er sorteret fra, og som følge heraf er der på

4. Opiater/opioider er en fællesbetegnelse for stoffer som heroin, metadon, morfin, kodein og ketogan. Brugere, hvis hovedstof er indenfor denne stofgruppe, kaldes for opiatmisbrugere. I denne rapport skelner vi i nogle analyser mellem opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere. Ikke-opiatmisbrugere er brugere, hvis hovedstof er noget andet end opiater, fx kokain, amfetamin eller hash.

behandlingssted F kun indsamlet journaler fra ikke-opiatmisbrugere, idet opiatmisbrugere er sorteret fra. Forskellene skyldes udelukkende historikken i undersøgelsen, og i de tilfælde det har betydning for analyserne, fx i tilfælde, hvor det kun er oplysninger fra nogle af behandlingsstederne, så fremgår det eksplicit af teksten. For begge dataindsamlinger gælder, at brugere i alle behandlingstyper er indgået i udtrækket.

Journalerne er blevet udtrukket og læst *på* behandlingsstederne. Årsagen hertil er, at ingen brugernavne, cpr-numre, adresser eller andre følsomme oplysninger derved skulle forlade behandlingsstederne. Det skal understreges, at de involverede projektmedarbejdere alle har underskrevet tavshedspligtserklæringer, før de har fået adgang til brugernes journaler.

For de i alt 470 journaler er der noteret følgende oplysninger om brugeren:

- Stamdata – fx køn, fødeår, nationalitet, indskrivningssted og indskrivningslængde.
- Klientdata – fx hvilke stoffer brugeren har indtaget på det seneste, beskæftigelse, uddannelse, indtægtsforhold, bolig, netværk samt somatisk og psykisk tilstand. Endvidere om brugeren har begået kriminalitet inden for de seneste to år.
- Målsætning med behandlingen inden for de sidste to år.
- Behandlingsønsker og forløb. (I første gennemlæsningsrunde registreret for perioden april 1997 til april 2007 og anden gennemlæsningsrunde for perioden juni 2007 til december 2008).
- Indhold i behandlingen i en seks måneders periode – fx antal kontakter til læge, psykolog eller andre behandlere tilknyttet behandlingssystemet. Tillige er det registreret, hvilke forhold og temaer de respektive kontakter vedrører, fx om kontakterne omhandler afhængighed, bolig, socialt netværk eller regninger. (I første gennemlæsningsrunde registreres kontakter i seks måneders perioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007, og anden gennemlæsningsrunde registreres kontakter i seks måneders perioden 1. juni 2008 – 1. december 2008).
- Antal handleplaner. (I første gennemlæsningsrunde registres antal handleplaner over en 10-årig periode fra 10. juni 1997 til 1. april 2007, og anden gennemlæsningsrunde over en halvandetårs periode fra 1. juni 2007 til 1. december 2008).

I gennemlæsningerne har vi taget udgangspunkt i misbrugernes elektroniske journaler, dog forelå på et enkelt behandlingssted kun papirjournaler. Hvis der ved behandlingssteder, som havde elektroniske misbrugerjournaler, ligeledes forelå tilgængelige papirjournaler i tilknytning hertil, er disse også blevet gennemgået. Derimod indgår behandlernes eventuelle private notater om brugeren ikke i undersøgelsen, ligesom der ikke indgår journalnotater fra andre systemer såsom egen læge, psykiatri osv.

Datamaterialet er således udelukkende baseret på behandlingsstedernes journaler og hermed det behandlingsindhold, der er journalført her i undersøgelsesperioden. Der kan være brugere, som har et mere intensivt behandlingsforløb, flere handleplaner osv., end det fremgår af disse journaler.

Datamaterialet fra journalundersøgelsen vil primært blive behandlet i kapitel 7 og 8.

STRUKTUREN I VISITATIONSSYSTEMERNE

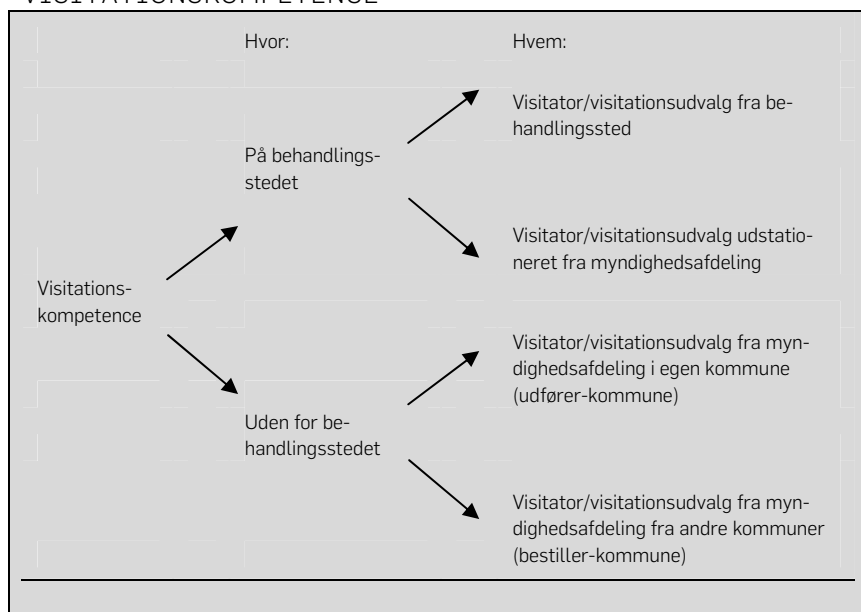
Dette kapitel handler om strukturen i kommunernes visitationssystemer. Som det vil fremgå, er der store forskelle i, hvordan kommunerne strukturerer deres visitationssystemer. Kapitlet er bygget op således, at første afsnit skitserer en række af de centrale karakteristika og forskelle mellem kommunernes visitationssystemer. Herefter ser vi nærmere på fem forskellige eksempler på visitationssystemer, som de beskrives i vore kvalitative interview. De fem visitationssystemer bliver beskrevet og belyst via interviewcitater, og deres indbyrdes forskelle sættes i perspektiv via sammenligninger. Dernæst ser vi på udbredelsen af forskellige karakteristika for visitationssystemer ved hjælp af spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer. Herved gives først et indblik i, hvordan visitationssystemer kan være skruet sammen som *en helhed* i den enkelte kommune og derefter et overblik over, hvor udbredte *enkelte aspekter* ved visitationssystemet er blandt alle kommuner. Gennemgangen af case-eksemplerne har således til formål at uddybe og eksemplificere spørgeskemaundersøgelsens resultater.

CENTRALE FORSKELLE OG KARAKTERISTIKA VED VISITATIONSSYSTEMERNE

I dette afsnit vil vi kort opridse en række centrale forskelle og karakteristika ved kommunernes forskellige visitationssystemer.

Et af de centrale aspekter, når man skal beskrive visitationssystemer, angår placeringen af visitationskompetencen. I figur 3.1 er de forskellige muligheder for placering af visitationskompetencen skitseret. Der er tale om en idealtypisk model, som er renset for den kompleksitet og variation, der er i praksis mellem kommunernes visitationssystemer. I praksis er kommunernes visitationssystemer ofte hybrider af forskellige modeller.

FIGUR 3.1: IDEALTYPISK MODEL FOR PLACERING AF VISITATIONSKOMPETENCE



Anm.: En udfører-kommuner vil sige en kommune, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens en bestiller-kommuner er en kommune, der bestiller stofmisbrugsbehandling til deres brugere hos en anden leverandør. Den anden leverandør er som regel en anden kommune, der har et behandlingssted, som bestiller-kommunen har en fast samarbejdsaftale med.

Anm.: Bemærk at dette er en idealtypisk model, som ikke afspejler praksis, idet kommunerne i praksis kombinerer modellerne i forhold til forskellige brugere, behandlingstyper mv.

Modellen skitserer fire grundmodeller, men i praksis er der flere modeller for placering af visitationskompetencer, idet kommunerne kombinerer elementer af forskellige modeller. Det vælger nogle kommuner at gøre, fx fordi de ønsker at differentiere i forhold til behandlingstype. En kombination, der optræder flere gange i datamaterialet, er, at kommunen placerer visitationskompetencen til ambulantly behandling hos en visitator fra behandlingsstedet, mens kompetencen til døgnbehandling er placeret hos myndighedsafdelingen uden for behandlingsstedet. En anden kombination, vi har set i materialet, er, at kommunen vælger at differentiere i forhold til brugere: Fx at visitationskompetencen til brugere under 25 år er placeret hos en visitator i en myndighedsafdeling uden for behandlingsstedet, mens visitationskompetencen for ældre brugere er placeret hos en visitator på behandlingsstedet.

Der er også indbyrdes forskelle mellem kommunerne, som ikke angår selve visitationskompetencens placering, men som alligevel påvirker betydningen af visitationskompetencens placering. Der kan fx være to behandlingssteder, hvor hele visitationskompetencen begge steder er placeret uden for behandlingsstedet hos en visitator i egen kommunes myndighedsafdeling, men på det ene sted møder visitatoren brugeren og er selv deltagende i udredningen, mens visitatoren i den anden myndighedsafdeling aldrig træffer brugeren og i praksis blot godkender de ansøgninger til behandling, som kommer fra behandlingsstedet. I disse to tilfælde er visitationskompetencen placeret på samme måde, nemlig uden for behandlingsstedet hos en visitator i egen kommunes myndighedsafdeling, men betydningen af denne eksterne placering er nedtonet i det ene tilfælde, idet den eksternt placerede visitator i praksis blot godkender de ansøgninger, som behandlingsstedet sender, mens betydningen af den eksterne placering i det andet tilfælde er afgørende. Visitationssystemerne kan derfor fungere forskelligt i praksis selvom visitationskompetencen formelt er placeret på samme måde, fordi der er andre 'variable' på spil end placeringen af visitationskompetencen.

Kompleksiteten i kommunernes visitationssystemer skyldes også, at *en* kommune kan have *forskellig* praksis i forhold til forskellige samarbejdspartnere. Hvis en udfører-kommune er leverandør af behandling til flere bestiller-kommuner, kan visitationskompetencen i forhold til kommune A være på én måde og i forhold til kommune B på en anden. Der kan endvidere også være stor forskel på, hvordan visitationskompetencen er placeret 'på papiret', og hvor den er placeret i praksis.

For at gøre de nævnte forskelle håndgribelige vil vi allerede her give et eksempel. En behandlingsleder fra en kommune, der leverer stofmisbrugsbehandling til flere forskellige kommuner, fortæller følgende om visitationsprocedurerne (læg mærke til, hvor visitationskompetencen er placeret formelt og i praksis):

Angående visitation skal man måske sige, at principielt ligger visitationsretten i alle de sociale forvaltninger både i [kommune A, B, C og D], og da vi lavede entreprenøraftalen, lavede vi den aftale med kommunerne, at de stadigvæk har visitationskompetencen, fordi den kan man ikke myndighedsmæssigt delegere. Men vi [behandlingsstedet] laver hele udredningen og udarbejder en indstilling til behandling. Den sender vi så til kommunerne [...]. Hører vi ikke fra kommunen, så forstår vi det som en accept af den behandlingsplan, som vi har lavet. Det er meget forskelligt, hvordan visitationskompetencen forvaltes, afhængigt af, hvilken kommune det er. De mindre kommuner, altså en kommune som [kommune B], møder stort set op til alle visitationsmøder [...]. [Kommune A] har ikke kapacitet til at kunne gøre det [...] Vi sender behandlingsplanen til sagsbehandleren [i kommune A], men de møder ikke op, så de godkender så at sige, bare det vi gør [...] [Kommune A] oprettede deres egen visitationsenhed i forhold til døgnbehandling for deres borgere. [...] Så lavede vi en udredning og udfyldte et henvisningsskema, som vi sendte op til socialcentret til den her enhed, som så lavede en vurdering, om hvorvidt de mente, at det skulle være døgn eller ikke døgn. De havde selvfølgelig også en udredende fase først, hvor de talte med klienten og kunne også bede om at komme med yderligere oplysninger. Så traf enheden en beslutning; enten døgntilsagn eller afslag. Da den ordning havde kørt lidt over et år, valgte socialcentret [i kommune A] i dialog med os at lave en anden konstruktion fordi, det var meget svært for dem at fastholde en faglig viden i den her enhed, for de havde også andre opgaver. Det blev for lille en del af deres fokus, og derfor kunne de ikke fastholde nok faglighed på området ... Så i øjeblikket laver vi hele arbejdet, og så får vi blåstemplet [behandlingsplanen] fra socialcentret [i kommune A]. [De skal give] et formelt tilsagn eller afslag, men de ville aldrig nogensinde gå imod noget vi havde la-

vet. Jeg skal lige sige, at det her gælder kun [kommune A]'s borgere. Hvis vi har en borger fra [kommune B, C eller D], og vi laver en vurdering, at det er døgn, der burde være det rigtige behandlingstilbud for den her klient, så laver vi også en henvisning, og så sender vi den til kommunen, og så træffer de afgørelsen.

Som det fremgår af citatet ligger visitationskompetencen på papiret uden for behandlingsstedet i myndighedsafdelingerne i brugernes forskellige hjemkommuner, både når det gælder ambulant og døgnbehandling. I praksis er billedet mere broget. I forhold til ambulant behandling har behandlingsstedet den praksis i forhold til alle kommuner, at de bliver orienteret om, hvilket behandlingstilbud leverandøren tilbyder brugeren via en behandlingsplan, og myndighedsafdelingerne har derefter mulighed for at gøre indsigelser. Hvis hjemkommunen ikke reagerer, er det en blåstempling af leverandørens behandlingsvalg. Visitationskompetencen udøves dermed som en form for indsigelsesret; leverandøren 'visiterer' i praksis brugeren til et ambulant behandlingstilbud (leverandøren råder over flere forskellige ambulante tilbud), og kommunen kan acceptere ved ikke at gøre indsigelser (stiltiende samtykke). I forhold til ambulant behandling kan man således sige, at der er forskel på visitationskompetencens placering på papiret og i praksis, men der er ikke forskel mellem de kommuner, der benytter behandlingsstedet.

I forhold til døgnbehandling er der forskel mellem kommunerne. Visitationskompetencen ligger i kommune B, C og D i en myndighedsafdeling i deres socialforvaltninger. Det gælder både på papiret og i praksis, idet sagsbehandlere fra disse kommuner møder op til visitationsmøder og tager aktivt stilling (giver tilsagn eller afslag på døgnbehandling). Denne model havde kommune A også i godt et år efter kommunalreformen, men i dialog med behandlingsstedet valgte man en anden konstruktion, fordi det var for svært at fastholde den faglige viden i en enhed, der også skulle tage sig af meget andet end visitation til døgnbehandling af stofmisbrugere. I forhold til kommune A har behandlingsstedet derfor fået en formaliseret blåstemplingsprocedure. Blåstemplingsproceduren er formaliseret i betydningen aftalt og fastlagt, men den er ikke juridisk fæstet. Kommunens myndighedsafdeling og behandlingsstedet er gennem dialog blevet enige om, at det er behandlingsstedet, der i praksis visiterer brugerne til døgnbehandling, men på papiret ligger visitationskompetencen stadig i myndighedsafdelingen i kommune

A. Behandlingslederen fortæller, at man sådan set gerne ville have overført visitationskompetencen helt til behandlingsstedet, men man er usikre på, om det kan lade sig gøre juridisk:

Problemet er så bare med den rent formelle delegation af visitationskompetencen. Vi har nogle jurister i vores forvaltning til at kigge på det i øjeblikket, fordi vi ville jo gerne have de hurtigste arbejdsgange som muligt, sådan at vores døgnkonsulent [på behandlingsstedet] egentlig bare kunne skrive under på en visitationsafgørelse.

Så længe visitationskompetencen ikke formelt er delegeret er han i øvrigt ikke i tvivl om, hvilken visitationsmodel han foretrækker: ”Jeg ville mene, at [kommune A]-modellen er den rigtige model.” Som han fortæller, handler det om at sikre hurtige arbejdsgange, men det handler også om specialisering. Aftalen med kommune A har bl.a. medført, at behandlingsstedet har kunne ansætte en medarbejder, der er specialiseret i at visitere og matche brugere til døgnbehandling. Behandlingslederen forklarer:

Døgnområdet kræver, at man ved, hvad DanRIS Døgn⁵ er for en størrelse, at man har sat sig ind i nogle af de undersøgelser, som er lavet omkring, hvad der virker og ikke virker inden for døgnområdet, og at man har en tæt kontakt til klienten under døgnbehandlingen også med henblik på at drøfte udslusning.

Kommune B, C og D er mindre kommuner og de har ikke medarbejdere med specialiseret viden om døgnbehandling. Behandlingslederen mener, at det er et problem i forhold til visitation og valg af døgnbehandling, men også i forhold til kontakten med klienten under døgnbehandlingen, hvor udslusningen skal drøftes. Også økonomisk mener behandlingslederen, at det kan svare sig at lade specialiserede medarbejdere på behandlingsstedet varetage visitation til døgnbehandling: ”Vi har faktisk også

5. DanRIS Døgn er et register over døgnbehandling i Danmark. Her registreres en række karakteristika ved brugere, døgnbehandlingssteder og behandlingsforløb. Registret administreres af Center for Rusmiddelforskning, og informationer fra dette register er på behandlingsstedsniveau tilgængelig i den årlige DanRIS STOF-rapport samt på hjemmesiden (www.danris.dk).

formålet at nedsætte forbruget af døgn i denne her periode, fordi vi er blevet meget mere målrettede i forhold til, hvem der så skal have det.” Hans argument er altså, at man med fordel kan kombinere kompetencen til visitation med kompetencer omkring stofmisbrugsbehandling.

Eksemplet illustrerer nogle af de forhold, der kan gøre sig gældende i visitationssystemer, og som er medvirkende til, at hver kommunes visitationssystem har sine egne karakteristika. I dette kapitel søger vi at beskrive de centrale forhold (‘variable’) ved kommunernes visitationssystemer.

Inden vi går mere i dybden med en række case-eksempler kommer her en oversigt over de centrale forskelle mellem kommunernes visitationssystemer, som vi i særlig grad fokuserer på i dette kapitel:

- Placering af visitationskompetencen: I nogle kommuner er visitationskompetencen placeret internt på behandlingsstedet, i andre kommuner er visitationskompetencen placeret eksternt, fx i en myndighedsafdeling.
- Brug af samme eller forskelligt visitationssystem for henholdsvis ambulans behandling og døgnbehandling: I nogle kommuner er visitationssystemet det samme uanset behandlingsintensitet, i andre kommuner er der et visitationssystem for ambulans behandling og et andet for døgnbehandling.
- Overensstemmelse eller uoverensstemmelse mellem formel beskrivelse og praksis: Visitationssystemet kan på papiret være det samme som i praksis, men der kan også være forskel.
- Visitationsforløbs elementer: Der kan indgå forskellige elementer i visitationsforløbet, fx indgår ASI-skemaet⁶ som en del af visitationen i nogle kommuner og ikke i andre.

6. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Index og navnet på et skema, der oprindeligt blev udviklet af den amerikanske misbrugsforsker Tom McLellan i 1980, som et redskab til at vurdere brugerens behandlingsbehov og behandlingseffekt. ASI er det internationalt mest anvendte vurderingsredskab på misbrugsområdet (Christensen, 2002:62). Inkl. tillæg består skemaet i dag af knap 100 spørgsmål, der vurderer forekomst og alvorlighed af misbrugsrelaterede, psykiske, fysiske og sociale problemer. Spørgsmålene lyder fx: ”Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for dine stofproblemer?” (score fra 0 til 4), ”Hvor mange dage har du haft alvorlige problemer med din familie, de sidste 30 dage inden indskrivningen?” (antal) og ”Har du inden for de sidste 30 dage inden indskrivningen på institutionen haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har haft selvmordstanker?” (ja/nej). ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.DanRIS.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

- Varetagelse af udredning: I nogle kommuner varetages udredningen af en visitator, som udreder og visiterer, men ikke behandler. I andre kommuner varetages udredningen af en behandler, som evt. fortsætter med at behandle brugeren.
- Varetagelse af visitation: Visitationen kan varetages af en specialiseret visitator, fx en udstationeret visitator fra myndighedsafdelingen på behandlingsstedet, hvis funktion udelukkende er at visitere eller den kan varetages af en behandler på behandlingsstedet, som også varetager mange andre opgaver end visitation.
- Visitation og brugerkontakt: Nogle visitatorer har meget brugerkontakt, andre visitatorer møder aldrig brugerne personligt.
- Holdning til døgnbehandling: I nogle kommuner er der truffet en beslutning om, at ambulante behandling altid er førstevalget i visitationen og tilbud om døgnbehandling kun gives, hvis det ambulante tilbud viser sig ikke at være nok. I andre kommuner opfordres alle brugere til at forsøge sig med døgnbehandling.
- Holdning til leverandør (for bestiller-kommuner): I nogle bestillerkommuner stiller man ikke spørgsmålstejn ved de indstillinger til behandling (ambulant som døgn), der kommer fra leverandøren, idet man har tillid til deres faglige vurderinger. I andre kommuner tager man aktivt stilling og er ikke altid enige i leverandørens vurderinger.

Disse og andre forskelle vil vi komme ind på i den følgende gennemgang af fem eksempler på visitationssystemer, hvor vil gå mere i dybden med de enkelte systemer.

EKSEMPLER PÅ VISITATIONSSYSTEMER

I dette afsnit vil vi præsentere fem eksempler på visitationssystemer, som de bliver beskrevet i de kvalitative interview med visitatorer, myndighedspersoner og behandlingsledere. Undervejs i præsentationerne diskuterer vi, hvilke forskelle der er mellem visitationssystemerne. Når vi taler om visitation i det følgende, omfatter det både indskrivning og udredning af brugeren samt beslutning om behandling.

De tre første eksempler er udvalgt blandt udfører-kommuner, dvs. kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens de to sidste er bestiller-kommuner, dvs. kommuner, der bestiller stofmisbrugs-

behandling til deres brugere hos en anden leverandør, primært en anden kommune, som de har en fast samarbejdsaftale med. Eksemplerne er valgt mellem de 14 kommuner, som vi har interviewet, og de er udvalgt således, at de præsenterer den størst mulige variation. Ingen af de 14 kommuner har identiske visitationssystemer, men de ni øvrige kommuner, der ikke er udvalgt som case-eksempler, er på forskellig vis blandinger af de case-eksempler, der præsenteres.

VISITATIONSSYSTEMERNE I TRE UDFØRER-KOMMUNER

Den første kommune, der er valgt som eksempel, er en udfører-kommune, som også leverer stofmisbrugsbehandling til brugere fra andre kommuner. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 3.1.

OVERSIGT 3.1

Eksempel 1: Udfører-kommune

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til ambulat behandling ligger på behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgnbehandling ligger i myndighedsafdelingerne i de forskellige hjemkommuner.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Behandlingsstedet bliver som regel kontaktet direkte af brugeren, men kan også blive ringet op af en sagsbehandler fra en anden kommunal enhed, en psykiatrisk afdeling, brugerens egen læge eller lignende. Behandlingsstedet beder i så fald brugeren om at møde op personligt på behandlingsstedet.
2. *Første samtale og indskrivning:* Brugeren møder op, en behandler får et første indtryk og skriver vedkommende op til behandling.
3. *Brev med aftaler til visitationssamtaler:* Inden for få dage modtager brugeren et brev med tidspunkter for tre samtaler.
4. *Første visitationssamtale:* Samtale med den kommende behandler (kontaktperson). Man snakker bl.a. om, hvad målet for behandlingen skal være.
5. *Anden visitationssamtale:* Samtale med pædagog som vha. et ASI-skema kortlægger brugerens sociale forhold og misbrugssituation. Brugerens kontaktperson deltager som regel i samtalen.
6. *Tredje visitationssamtale:* Samtale med læge, som kortlægger brugerens fysiske og psykiske kondition. Brugerens kontaktperson deltager som regel i samtalen. (Denne samtale kan springes over, hvis den ikke er relevant.)
7. *Visitationsudvalg:* Oplysninger fra alle tre visitationssamtaler samles og et visitationsudvalg på behandlingsstedet beslutter, hvilket ambulat behandlingstilbud, brugeren skal tilbydes. I visitationsudvalget sidder brugerens kontaktperson, ASI-pædagogen, lægen og en psykolog fra behandlingsstedet.

fortsættes ...

Oversigt 3.1 fortsat

- | | |
|----|---|
| 8. | <i>Informering af bruger:</i> Brugeren læser visitationsbeslutningen sammen med enten kontaktpersonen eller ASI-pædagogen. Brugeren har mulighed for at rette i baggrundsoplysningerne. Brugeren skal herefter beslutte sig for, om vedkommende ønsker behandlingstilbuddet eller vil klage. |
| 9. | <i>Døgnbehandling:</i> Hvis brugeren ønsker eller vurderes at have behov for døgnbehandling, udreder behandlingsstedet brugeren yderligere via bl.a. psykologsamtale(r) inkl. personlighedstest. Behandlingsstedet sammenfatter sin kortlægning af brugeren og anbefaler på den baggrund et bestemt døgnbehandlingssted. Ansøgningen sendes til myndighedsafdelingen i brugerens hjemkommune (det kan være samme kommune, som behandlingsstedet tilhører, eller det kan være en anden kommune, en såkaldt bestillerkommune, der køber behandlingen fra behandlingsstedet). Det er myndighedsafdelingen i den givne kommune, som derefter bevilger eller afslår ansøgningen. |

Visitationssystemet i denne kommune fremstår relativt formaliseret, struktureret og detaljeret: Det er fastlagt og beskrevet, hvilke komponenter, der skal indgå i visitationsforløbet, elementernes indbyrdes rækkefølge, og hvilke personer der skal forestå de forskellige dele af processen. Der er i alt fire samtaler forud for visitationsbeslutningen, der i øvrigt træffes af et visitationsudvalg, og hvis brugeren skal tilbydes døgnbehandling, foretages der herefter yderligere udredning ved behandlingsstedets psykolog.

Det er langt fra alle kommuner, der har et så formaliseret og detaljeret visitationssystem. For at kunne sætte visitationssystemet i eksempel 1 i perspektiv vil vi præsentere et andet visitationssystem, før vi nøjere diskuterer karakteristikaene for visitationssystemet i det første eksempel.

Den næste kommune er en udfører-kommune, som *ikke* leverer stofmisbrugsbehandling til brugere fra andre kommuner. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 3.2.

Som det fremgår af oversigt 3.2. er visitationssystemet i eksempel 2 på flere måder mindre formaliseret og detaljeret fastlagt end visitationssystemet i eksempel 1. For det første er der færre led i visitationsproceduren: I eksempel 1 er der i alt fire samtaler, inden der træffes en visitationsbeslutning, mens der i eksempel 2 kun er to. For det andet er indholdet i de forskellige led mindre skematiserede: I eksempel 1 indgår ASI-skemaet fx til at kortlægge brugerens sociale forhold og misbrugssituation. Det gør det ikke i eksempel 2 (behandlingslederen oplyser dog, at man har planer om, at ASI-skemaet i fremtiden skal indføres som en

del af visitationssamtalen i kommunen). For det tredje er der en person mindre involveret i visitationen i eksempel 2. I begge eksempler er det en behandler, som brugeren har den første samtale med. Denne person kan blive deres kontaktperson, men det kan også være, at brugeren får tildelt en anden kontaktperson. En læge indgår også i begge visitationssystemer. I eksempel 1 er der derudover både en ASI-pædagog og en psykolog, mens der i eksempel 2 kun er en behandlingsleder.

OVERSIGT 3.2

Eksempel 2: Udfører-kommune

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulans og døgnbehandling ligger på behandlingsstedet.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* I langt hovedparten af tilfældene tager en bruger selv direkte kontakt til behandlingsstedet. I de resterende tilfælde er det andre instanser, såsom den kommunale arbejdsmarkedsforvaltning, børne- og ungeforvaltning, Kriminalforsorgen, egen læge eller pårørende, der kontakter behandlingsstedet.
2. *Første samtale:* Brugeren får en samtale med en af behandlingsstedets misbrugskonsulenter, som vurderer, hvordan brugerens sociale og misbrugssituation ser ud aktuelt, og hvad stofmisbrugeren har behov for.
3. *Behandlingsmøde:* Behandlingslederen vurderer sammen med misbrugskonsulenterne, hvilken misbrugskonsulent der skal varetage brugerens sag, og der fastsættes en dato for visitationssamtale.
4. *Visitationssamtale og indskrivning:* Den valgte misbrugskonsulent snakker med brugeren og udfylder indskrivningsblanketter.
5. *Lægesamtale:* Lægen vurderer (evt. i samråd med misbrugskonsulent), om brugeren skal have medicinsk hjælp til nedtrapning eller stabilisering/længerevarende substitutionsbehandling.
6. *Døgnbehandling:* Hvis brugeren ønsker eller vurderes at have behov for døgnbehandling, bliver det drøftet på et nyt behandlingsmøde, hvorefter misbrugskonsulenten udfærdiger en ansøgning, og behandlingslederen på behandlingsstedet enten bevilger eller afslår døgnbehandlingen.

Den væsentligste forskel i visitationssystemer mellem eksempel 1 og eksempel 2 angår dog visitation til døgnbehandling. I eksempel 1 påbegyndes der i tilfælde af døgnbehandlingsønske en yderligere udredning, hvor psykologen også bliver involveret i visitationsforløbet og supplerer udredningen med tiltag såsom personlighedstest for at afgøre, hvilket døgnbehandlingstilbud, der vil passe til brugeren. Der skal herefter udfærdiges en ansøgning, som sendes til en myndighedsafdeling i enten egen eller bestiller-kommune. I eksempel 2 er det brugerens egen misbrugskonsulent, som står for den yderligere udredning og ansøgning, og

behandlingslederen, som beslutter, hvorvidt ansøgningen skal imødekommes. I det andet eksempel skelnes der således ikke mellem ambulante og døgnbehandling i visitationssystemet. Det er de samme personer, der udreder og visiterer til ambulante behandling, som det er til døgnbehandling. I første eksempel er procedurerne derimod, som det fremgår, forskellige, og der indgår forskellige personer. Psykolog og myndighedsafdeling inddrages kun i tilfælde af døgnbehandlingsansøgning.

Forskellene handler også om, hvor visitationskompetencen er placeret. I eksempel 1 er visitationskompetencen til døgnbehandling eksternt placeret. Behandlingslederen fra kommunen i eksempel 1 forklarer:

I amtets tid lå visitationen i behandlingscentret. Både til døgnbehandling og til ambulante behandling. Da vi så laver kommunalreformen, skal kommunen jo få borgere tættere på det hele. Derfor overgår det til kommunen. Her i kommunen laver man så en intern samarbejdsaftale, hvor man bliver enige om, at visitationen til ambulante lægges ud til behandlingsstederne, fordi det er det mest smidige, men for at styre et så dyrt område som døgnbehandling, vil kommunerne selv styre døgnvisitation.

Argumentet for at placere visitationen til ambulante behandling på behandlingsstedet er, at det er det mest smidige, samt at pointen med kommunalreformen var, at borgerne skulle 'tættere på det hele'. Argumentet for alligevel at placere visitationen til døgnbehandling *ikke* fra brugerne, nemlig i myndighedsafdelingen, er, at det er et dyrt område, som kommunerne ikke vil lade behandlingsstederne styre.

I modsætning til eksempel 1 er hele visitationskompetencen i eksempel 2 placeret på behandlingsstedet. Det er behandlingslederen på dette sted meget tilfreds med. Hans argument er bl.a. også, at det er det mest smidige. Han forklarer:

Jeg synes, det er en kvalitet, at vi kan drøfte døgnbehandling på behandlingsmøder, og så laver medarbejderne en ansøgning, og så tager jeg stilling til det. Det, synes jeg, er smidigt og hurtigt. Vi kan teoretisk set sende folk i døgnbehandling i løbet af en uge – også selvom, der skal nås et forbesøg. Vi gør det sjældent, men jeg synes, det er en kvalitet, at der er sådan en smidighed i det.

Også den tillid, kan man sige, den tillid til os; at vi gør det [...]. Man er nødt til også at satse på fleksibiliteten. Man er nødt til at være fleksibel. Det betyder ikke, at man ikke kan sige nej engang imellem. Det kan vi nemlig godt. [Behandlingslederen nævner en anden kommune]; de trak hele kompetencen til sig. De [behandlingsstedet i den anden kommune] kunne ikke bevilge døgnbehandling. Det kan jeg jo sidde og bevilge. Det kan jeg - stadigvæk inden for den ramme [fast bevilling på et antal millioner kroner] selvfølgelig, som der er her – men vi skal ikke sende det over i myndighedsfunktionen, hvor der er nogle mennesker, som måske ikke har kendskab til stofmisbrug, som skal sidde og beslutte det.

Behandlingslederen mener, at det giver god kvalitet, at visitationskompetencen er placeret på behandlingsstedet og anfører to argumenter: For det første er det fleksibelt og hurtigt, for det andet skal det ikke over i en myndighedsfunktion, hvor der sidder nogle personer, som måske ikke har kendskab til stofmisbrugsområdet. Han anfører også med tilfredshed, at det er et udtryk for tillid til behandlingsstedet, at de får lov til at bevare visitationskompetencen – også til døgnbehandling.

I de to kommuner, der her bruges som eksempler, giver behandlingsledere, myndighedspersoner og visitatorer i de kvalitative interview udtryk for grundlæggende forskellige holdninger til døgnbehandling. I eksempel 1 fortæller behandlingslederen; ”at man primært satser på ambulantly behandling i [denne] kommune” og forklarer:

Vi har jo et ambulantly behandlingstilbud. Det er det primære behandlingstilbud. Det er jo også historisk betinget, da amterne i sin tid overtog monopolet på behandlingen, vedtog man i [dette] amt efter grundig research, at man ville putte pengene i ambulantly behandling, for så kunne man se, at man fik fast plads til flere, og så ville man købe døgnbehandlingen ved leverandører udefra. Det er lidt dyrt at drive døgnbehandling. Det har været den overordnede filosofi, og det er også det, man har overtaget i kommunen, så det er primært ambulantly. Og så er vi jo heldige, at vore valg er blevet underbygget af Center for Rusmiddelforskningens undersøgelser plus nogle egne undersøgelser, vi lavede i [kommunen/amtet], som viser, at døgnbehandling ikke er

bedre end ambulat og omvendt, men det handler om at finde det rigtige tilbud til den rigtige person. Mange gange viste undersøgelsen, at de hurtige døgnanbringelser giver meget hurtige udskrivninger. Så vi har fået opbygget en tradition for, at vi har en grundig udredning. Hvis den så peger på døgn, ligger der en grundig udredning og motivationsskabende arbejde forude. Så det er ambulat behandling, og det er substitutionsbehandling [vi satser på]. Så er der jo [også] samtalebehandling, primært individuel behandling, og så indimellem får vi stablet nogle grupper på benene, der henvender sig forskelligt. Der kan være sundhedsgrupper eller hashafvænning i grupper.

I denne kommune er ambulat behandling det *primære* behandlingstilbud ifølge behandlingslederen, som også henviser til undersøgelser lavet af Center for Rusmiddelforskning samt egne undersøgelser i amt/kommune, der viser, at døgnbehandling ikke behøver at være bedre end ambulat. Den ambulante behandling består af substitutionsbehandling og samtaler og nogle gange gruppebehandling, men det er primært individuel behandling. Han fortæller, at der på interviewtidspunktet er et antal brugere i døgnbehandling, som svarer til 4 pct. af alle aktuelt indskrevne brugere.

I eksempel 2 bliver der beskrevet en anden holdning til døgnbehandling. Behandlingslederen fortæller, at brugerne regelmæssigt bliver *opfordret* til at komme i døgnbehandling:

Man opfordrer selvfølgelig folk jævnligt – uden at presse dem og uden at stresse dem – til, om de har lyst til at komme i døgnbehandling [...]. Dels har vi opfordret folk til at få et døgntilbud; dels har de selv søgt et døgntilbud. Der var ikke nogen, der har fået afslag på at komme i døgnbehandling [sidste år].

Interviewer: Er døgnbehandling også noget, man snakker med ældre brugere om?

Ja, ja. Center for Rusmiddelforskning har jo lavet undersøgelser, hvor de siger, at i slutningen af 20'erne og slutningen af 30'erne der er faktisk størst chance for at blive stoffri, fordi så har de

været stofmisbrugere i nogle år, og så mærker de konsekvensen af det at være stofmisbruger.

Brugerne i denne kommune opfordres ifølge behandlingslederen til at komme i døgnbehandling. Også denne behandlingsleder refererer til undersøgelser fra Center for Rusmiddelforskning. Den pointe, han vælger at referere, er, at det er brugere, som er oppe i årene, som har størst chance for at blive stoffri. Der er ifølge behandlingslederen ikke givet afslag på ansøgninger om døgnbehandling i det forgangne år. Med hensyn til hvor mange brugere, der har været i døgnbehandling, siger behandlingslederen følgende:

Interviewer: Det lyder også som om, I sender ret mange brugere i døgnbehandling?

Ja, det er faktisk lidt over 20 pct. Er det meget i forhold til andre kommuner?

Interviewer: Ja, det tror jeg.

Jamen, det kan også godt være, du har ret, for der er jo nogen [kommuner], der siger: ”Hvad får vi for vores penge? Vi kan jo lave meget mere ambulans. Det er jo billigere.” Så det kan godt være. Men det er jo også fordi, vi sådan satser på stoffriheden.

Behandlingslederen fortæller, at lidt mere end 20 pct. af brugerne var i døgnbehandling (andelen gælder for det forgangne år) og forbinder forbruget af døgnbehandling med en satsning på stoffrihed. Behandlingslederen fra den kommune, der anvendes som eksempel 2 er dog også inde på, at døgnbehandling er dyr. Behandlingsstedets strategi er, at de søger at forkorte tiden i døgnbehandling ved at gøre brug af halvvejshuse og ambulans for- og efterbehandling. Behandlingslederen fortæller:

Brugerne starter ambulans her, så kommer de i døgnbehandling, og så kommer de i vores halvvejshus. Så bliver de udskrevet derfra, og så kommer de i ambulans behandling. Der er også en økonomisk fordel [i at gøre det på den måde], fordi vi kan faktisk korte døgnbehandlingen. Den koster jo mellem 35-45.000

kr. [pr. md.]. Så kan man korte døgnbehandlingen, og så kan man få flere i døgnbehandling.

Selvom holdningen til døgnbehandling er meget positiv på behandlingsstedet i eksempel 2, er man altså stadig opmærksom på de økonomiske omkostninger.

I eksempel 3 er der også tale om en udfører-kommune, dvs. en kommune med egen stofmisbrugsbehandling. De har ingen samarbejdsaftaler om, at levere stofmisbrugsbehandling til brugere fra andre kommuner, men har nogle enkelte brugere fra en anden kommune, som har valgt deres behandlingstilbud. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 3.3.

OVERSIGT 3.3

Eksempel 3: Udfører-kommune

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulante og døgnbehandling er placeret hos en visitator, der organisatorisk tilhører kommunens myndighedsafdeling, men fysisk er placeret på behandlingsstedet.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Behandlingsstedet får en henvendelse fra en bruger, en pårørende, jobcentret, arbejdspladsen eller andre institutioner.
2. *Indkaldelse:* En visitator på behandlingsstedet indkalder brugeren til samtale.
3. *Indskrivning og første visitationssamtale:* Visitatoren snakker med brugeren om dennes oplevelse af sine problematikker og påbegynder udfyldelse af et ASI-skema.
4. *Anden visitationssamtale:* Visitator færdiggør udfyldelse af ASI-skema og udarbejder handleplan.
5. *Visitation:* Visitatoren visiterer brugeren til ambulante, individuelle samtaler hos en behandler på behandlingsstedet. Behandleren vurderer, om brugeren er interesseret og egnet til gruppebehandling.
6. *Døgnbehandling:* Hvis behandleren efter et forløb med individuelle samtaler og/eller gruppebehandling vurderer, at brugeren vil profitere af døgnbehandling, så bliver det taget op på et teammøde. Visitator eller behandler arbejder med at identificere de problematikker, brugeren skal have bearbejdet i døgnbehandling, og visitatoren matcher bruger og døgnbehandlingssted. Teammødet har bevillingskompetencen.

Det, der adskiller visitationssystemet i eksempel 3 fra visitationssystemerne i eksempel 1 og 2, er først og fremmest 'visitator-leddet'. I eksempel 1 havde brugeren samtaler med sin kontaktperson, en ASI-pædagog og en læge, og visitationsbeslutningen blev derefter truffet i et

visitationsudvalg. I eksempel 2 havde brugeren en samtale med en misbrugskonsulent, og visitationsbeslutningen blev derefter truffet på et behandlingsmøde med behandlingslederen. I eksempel 3 er det en egentlig visitator, som indkalder brugeren og har to visitationssamtaler, hvorefter han visiterer brugeren videre til en behandler på behandlingsstedet.

De visitatorer, der er på behandlingsstedet i eksempel 3, er fysisk placeret på behandlingsstedet, men tilhører faktisk myndighedsafdelingen i kommunens socialforvaltning. Chefen for myndighedsafdelingen beskriver strukturen således:

Det er sådan, at myndighedsdelen er forankret her hos mig i administrationsdelen. Det, vi så har gjort, er, at vi har udstationeret myndighedsdelen, dér hvor det gav mening, dvs. dér hvor borgeren er. Og vi får aldrig de her borgere ind over disken her, så derfor flytter vi ud, hvor det giver mening ... Det blev modtaget til alles tilfredshed, så på den måde er det en rigtig løsning i forhold til det her. Det er jo ikke ensbetydende med, at det fuldstændig let, fordi som myndighedsperson skal man jo have opfattelsen af, at man tilhører en organisation her, men man er udstationeret i en anden sammenhæng, i en anden kultur, derfor skal man kunne være begge steder. Tilhørsforholdet er der ingen diskussion om – det er myndighedsdelen - men man udøver sin myndighed i en anden kontekst.

Visitatorens opgave i visitationssystemet er at foretage den indledende udredning, inkl. udfyldelse af ASI-skemaet, udarbejde en handleplan med brugeren og endelig viderevisitere til en behandler på behandlingsstedet. Visitatoren siger følgende om sin rolle:

Jeg skal jo passe på, at jeg ikke går ind og fortæller, hvad der er god behandling i behandlingsregiet, for det er jo ikke det, jeg står for. Det, jeg skal sikre mig, er, at jeg får det rigtige med: De rigtige oplysninger om borgeren til at kunne sige, at det er dét, man skal arbejde hen imod, når jeg skal skrive en handleplan. Men det kan jeg jo ikke vide, fordi det er jo to samtaler, jeg har med en borger. Jeg vil i hvert fald sikre mig, at jeg får det mest væsentlige og vigtige med, som jeg vurderer ud fra det, jeg får at vide, som gør, at det i hvert fald er dét, der skal arbejdes videre

med hos en behandler for at gøre det her menneske helt igen, eller i hvert fald arbejde hen på det.

Visitatoren har to samtaler med brugeren og skal først og fremmest sikre sig, at de mest væsentlige oplysninger om brugeren, kommer frem her. Han fortæller, at han efterfølgende sender ”borgeren videre til en behandler til en dybere udredning”. Visitatoren fortæller, at det er en anstrengende oplevelse for mange brugere, at fremlægge deres liv og problemer samt medvirke til en udarbejdelse af en handleplan for fremtiden i løbet af to møder med visitatoren.

Når de kommer, så er de så fyldte, så angst og nervøse, og jeg er inde omkring rigtig mange ting, hvor jeg prikker på nogle ting, som gør ondt. Så er de fuldstændig bombet, når jeg er færdig med dem[...]. Jeg laver jo en overordnet udredning på, hvad det er for et menneske, jeg sidder med. Og når de så kommer anden gang, så laver jeg handleplan med dem, som også gør rigtig ondt, fordi det er der, hvor de skal ind og forholde sig til, hvad det er for noget stof, de tager, og hvor meget tager de, og hvad gør det ved dem socialt.

Visitatoren fortæller, at det i nogle tilfælde kan være svært at lave en indledende udredning af alle brugerens problemer uden samtidig at kunne tale nøjere med brugeren om det. Han fortæller:

Så skal jeg jo sidde og stille alle de spørgsmål, og samtidig så kommer der en masse ting op ud fra alle de spørgsmål, der skal besvares, som borgeren måske ikke lige har tænkt over, som jeg begynder at pille ved. Dem bliver jeg jo nødt til at tage mig af, men det har jeg bare ikke den fornødne tid til – desværre. Og der kan de godt, fornemmer jeg, miste gejsten, fordi jeg prikker hul på noget, som jeg alligevel ikke kan tage mig af, og det er jo rigtig, rigtig ærgerligt. Fordi de er utroligt sårbare i forvejen, når de kommer[...]. Det er en meget sårbar gruppe, vi arbejder med, og de har ikke brug for, at vi bare overfladisk tager os af dem, eller at jeg bare overfladisk lytter til dem. De har langt om længe samlet mod til at komme til mig med deres problematik, og så

forventer de selvfølgelig også, at jeg har tid til dem, og det har jeg desværre ikke altid, og det synes jeg er rigtig, rigtig ærgerligt.

Ulempen ved denne model med et visitator-led er altså ifølge visitatoren, at det kan være en meget svær situation for både bruger og visitator. Brugeren er sårbar og skal i løbet af meget kort tid gøre rede for en række forhold, som både er tunge og svære, og det kan være svært for visitatoren, at han ikke har tid og mulighed for at gå nærmere ind i det. Visitatoren fortæller dog, at han kan bruge forskellige teknikker til at gøre visitationssamtalerne lettere for begge parter:

Jeg er jo så heldig, at jeg er uddannet afspændingspædagog også, og det er egentlig ikke, fordi jeg skal bruge det, men pga. min baggrund og tidligere erfaring, så ved jeg jo, det hjælper [...]. Jeg gør det, fordi, hvis vi skal have den gode samtale og den gode kontakt med borgeren, så er det vigtigt, at de får ro på og føler sig værdifulde. Og det gør jeg gerne. Jeg bruger gerne afspændingsteknikkerne for, at de kan falde til ro og få ro i deres hoved, så vi kan få en ordentlig samtale.

Visitatorerne på behandlingsstedet i eksempel 3 fungerer som indgang for behandling for alle nytilkomne brugere. I tilfælde af mange nyhenvendelser eller andre former for tidspressede perioder kan det imidlertid være nødvendigt at ændre på procedureerne, fortæller visitatoren:

Tidsmæssige ressourcer kan gøre, at jeg måske nogle gange kommer til at skulle gøre det omvendt, fordi jeg ikke har tiden, et hul i kalenderen til at få en ny borger ind. Så bliver jeg nødt til at gøre det omvendt, så de kommer ind til behandleren først, og så må jeg lave udredningen bagefter. Fordi vi skal jo sikre borgernes rettigheder, når de retter henvendelse, så er der jo en 14-dages garanti, som vi skal overholde[...]. Hvis borgeren kommer ind til en behandler først, som jo så får alle de der oplysninger, som jeg jo egentlig skulle have og give videre [...], det gør selvfølgelig, at det bliver lidt bagvendt, og så skal de til at fortælle tingene en gang til.

Dét, visitatoren visiterer til, er altid ambulante, individuelle samtaler til at starte med. Han forklarer:

Til at starte med der visiterer jeg altid til individuelle samtaler. Borgeren kan måske have et ønske om at komme i gruppe, hvor man siger: ”Det [ønske] kan jeg sagtens forstå”, men inden jeg kan visitere ind til gruppen, så er det vigtigt, at de lige kommer ned og snakker med en behandler først. Den første visitation går altid til en behandler med individuelle samtaler. Og så snakker de med behandleren[...]. Det kan være, at de simpelthen er så forskruede i hovedet pga. stoffer, at de ikke magter at komme ind [i gruppebehandling] endnu. Det er jo ikke kun individet selv, man skal tænke på, når én skal visiteres ind i en gruppe, der er jo en hel gruppe, jeg skal tænke på. Så det er simpelthen for at sikre hele vejen rundt, men specielt den borger, der kommer ind. Det er jo ikke nødvendigt at sætte dem ind til en gruppe, som er velfungerende, og så kommer de ind og er så forstyrrede i hovedet, at de ødelægger mere, end de gavner. Fordi det går også ud over brugeren selv, som får endnu et nederlag, og det har de ikke brug for.

Visitatoren anfører her to argumenter for, at brugeren ikke kan visiteres videre til gruppebehandling umiddelbart efter de to visitationssamtaler: For det første kan det gå ud over en velfungerende gruppe, såfremt det viser sig, at brugeren er for ”forstyrret” til at indgå i gruppebehandling, og for det andet kan det være et nederlag for brugeren. Visitation til døgnbehandling er heller ikke en mulighed, visitatoren opererer med som visitationsmulighed efter de to visitationssamtaler. Han forklarer:

Hvis en borger kommer ind og siger til mig, at han/hun gerne vil i døgnbehandling, så sender jeg jo ikke bare vedkommende af sted i døgnbehandling. Jeg skal jo finde et sted, som matcher den person, og det kan vi kun gøre ved lige at tage dem ind og have nogle samtaler med en behandler. Så finder vi ud af, hvad den her person står for, og så går vi ind og finder tilbud, som matcher[...]. De skal ind til behandleren først, som laver en dybere udredning på dem. Det er et krav. Og så tænker jeg også, at man godt kan sige, at behandlingsgarantien den siger 14 dage, den si-

ger ikke, de skal være i døgnbehandling, de skal bare være i behandling. Og eftersom vi selv har behandlingsmuligheder, så er det selvfølgelig dét, vi visiterer til i første omgang. Er der brug for mere og behov for mere, som vi ikke kan stå inde for, så er det selvfølgelig det, vi kigger på – men ikke i første omgang. Der skal man have lavet en større udredning. Og jeg tænker også, at man godt kan stille krav til, at borgeren måske skal vise motivation for at komme af sted, fordi nogle steder koster det jo 60.000 kr. om måneden. Det er mange penge at skulle bruge, hvis man skal sige det sådan, på en borger. Så jeg tænker, at man godt kan stille krav om, at der i hvert fald som minimum skal være motivation, og vise, at det her virkelig er noget.

Interviewer: Hvordan kan borgeren vise det?

Det kan de jo vise ved at vise motivation for den del af behandlingen, som vi yder her i kommunen og leve op til det: Passe behandlingen, gå i gruppebehandling. Så skal de være her i de dage, hvor der er gruppebehandling. Man skal deltage aktivt og virkelig vise, at ”det her er sgu noget, jeg vil”. Og det gør de heldigvis.

Visitatoren anfører her flere begrundelser og argumenter for, at hans første visitation aldrig er døgnbehandling: For det første skal brugeren udredes mere, end det er muligt på de to visitationssamtaler, som han/hun har med visitatoren, inden hun/han viderevisiteres til en behandler. Behandleren skal således foretage en ’dybere udredning’, inden brugeren eventuelt kan komme i døgnbehandling. Det skal også gøre det muligt for visitatoren at matche brugeren med det rigtige døgnbehandlingstilbud. For det andet har brugeren krav på et behandlingstilbud, men det behøver ikke være døgnbehandling, og kommunen har selv et ambulante behandlingstilbud, som måske er nok. Hvis det ambulante behandlingstilbud viser sig *ikke* at være nok, så kan man derefter kigge på det. For det tredje er han inde på, at brugeren skal vise motivation for at komme i døgnbehandling, og det bliver vist ved at møde op til behandlingsaftaler i kommunens tilbud, deltage aktivt og vise, at behandling er noget, man vil.

Visitationschefen i kommunen i eksempel 3 uddyber og forklarer kommunens holdning til døgnbehandling og visitation til døgnbehandling således:

Vi har i forbindelse med vores budgetlægning defineret en holdning om at for at behandle folk, så er det ikke kun døgnbehandling, der er tale om. Vi har en ramme til døgnbehandling, som indikerer, at vi sådan ca. har 10 årspladser til døgnbehandling. Så har vi en klar holdning til, at behandling og behandlingsgarantien og alt det er ikke kun et spørgsmål om at tilbyde døgnbehandling, men det er et spørgsmål om at gå i dialog og udfordre den enkelte i forhold til de dagligdagskontekster, de nu er i. Derfor gør vi meget ud af dagbehandling. Vi gør meget ud af at støtte op om motivation og afklaringsforløb[...]. Der er også velmenende og kloge folk på det her område, som siger: ”Døgnbehandling er det eneste, der virker” og det er vi lodret uenige i. Når der kommer en borger, så kan man jo godt sige: ”Jeg vil i døgnbehandling” – fordi man simpelthen skal væk fra det moralske, der foregår omkring én. Det er ikke særlig gennemtænkt, det synspunkt. Og dem udfordrer vi selvfølgelig, fordi vores holdning er det modsatte. Så vi er på den måde meget styrende i, hvad det er for et tilbud ... Det er ikke fordi, vi ikke vil sige ja til døgnbehandling, men når folk kommer og siger, at de gerne vil i døgnbehandling, så er det ikke sikkert, det er det rigtige valg for den enkelte borger. Der kan være kontekster eller årsager til, at man lige netop siger, som man gør. Så lad os lige prøve at få en snak om, hvad der er på færde her. Det er dét, jeg dybest set mener.

Visitationschefen fortæller, at holdningen om, at behandling ikke nødvendigvis er lig døgnbehandling, blev defineret i forbindelse med budgetlægningen. Han mener ikke, at døgnbehandling er det eneste, der virker, og fortæller, at man gør meget ud af den ambulante behandling i kommunen. Samtidig anfører han, at brugernes ønsker om døgnbehandling ikke nødvendigvis er gennemtænkte eller det rigtige valg for den enkelte. De brugere ”udfordrer vi selvfølgelig”, fortæller han.

Holdningen til døgnbehandling i eksempel 3 er meget lig holdningen i eksempel 1. I begge kommuner har man taget en central beslut-

ning om, at det kommunale, ambulante behandlingstilbud som udgangspunkt altid er førstevalget. Den første visitation af brugerne er til et ambulante og individuelt behandlingstilbud. Døgnbehandling kommer først på tale, hvis der efter en periode i ambulante behandling stadig er eller opstår et ønske/behov for døgnbehandling. Holdningen kan tolkes som et udtryk for et princip om nærhed og mindste-indgriben, dvs. man vil ikke give brugeren en omkostningsfuld og højintensiv indsats væk fra lokalmiljøet, hvis kommunens eget ambulante tilbud er 'nok'. 'Nok' kan måles ud fra mange parametre: Er det nok, hvis brugeren er tilfreds? Er det nok, hvis brugeren får det bedre? Er det nok, hvis behandleren vurderer, at tilbuddet er optimalt? Eller skal det måles på, om brugeren opnår stoffrihed? I de kvalitative interview fra kommunerne bag eksempel 1 og 3 forekommer målestokken for, hvorvidt et ambulante behandlingstilbud er 'nok', at blive defineret af henholdsvis bruger og behandler. Hvis hverken bruger eller behandler protesterer, så er det ambulante behandlingstilbud godt nok. Det er altså op til bruger og behandler, hvorvidt det er nok at være tilfreds, eller om det kun er nok, hvis de optimale behandlingsresultater opnås. Nok er, hvis hverken bruger eller behandler bringer ønsket om noget mere end det ambulante tilbud på banen.

I eksempel 2 giver behandlingslederen udtryk for en anden holdning til døgnbehandling end i eksempel 1 og 3. Han fortæller, at brugerne regelmæssigt opfordres til at komme i døgnbehandling og frem for at fortælle, at man udfordrer brugere, der ønsker døgnbehandling på, hvorvidt det er det rigtige, fremhæver han, at man ikke har givet nogen brugere afslag. Han forbinder forbruget af døgnbehandling med, at kommunen satser på stoffrihed, hvilket dermed bliver målestokken for, hvorvidt et behandlingstilbud er nok.

Der ser (ikke overraskende) ud til at være en sammenhæng mellem holdningen til døgnbehandling på den ene side og procedurer for visitation til netop døgnbehandling på den anden. I de to kommuner, hvor ambulante behandling defineres som det primære behandlingstilbud er der *forskellige* visitationsprocedurer for henholdsvis ambulante og døgnbehandlingstilbud. I den kommune, hvor man ikke har taget denne principielle beslutning, skelner man derimod ikke, og der er *samme* visitationsprocedurer for de to typer behandlingstilbud. Ligeledes har de to kommuner, hvor ambulante behandling defineres som det primære behandlingstilbud det til fælles, at visitationskompetencen til døgnbehandling er *fjernet* i et eller andet omfang fra behandlingsstedet, hvilket ikke

gør sig gældende i kommunen, hvor man opfordrer brugerne til døgnbehandling; her har man *bevaret* visitationskompetencen til døgnbehandling på behandlingsstedet. Hvorvidt det er holdningen til døgnbehandling, der har formet procedurerne, eller om det omvendt er procedurerne, der har haft en afsmittende virkning på holdningerne, det kan case-eksempler ikke fortælle.

Opsummerende har gruppen af udfører-kommuner ikke andet til fælles end, at de netop er udfører-kommuner. *Enkelte aspekter* ved visitationssystemerne kan gå igen, men som *helhed* er de tre visitationssystemer indbyrdes forskellige i deres kombination af om visitationsprocedurerne til ambulant og døgnbehandling er ens eller forskellige, hvor mange samtaler, der er inden visitationsbeslutningen, hvem, der foretager visitationssamtalerne, om der er et egenligt visitor-led osv.

VISITATIONSSYSTEMER I TO BESTILLER-KOMMUNER

I dette afsnit behandler vi to eksempler fra bestiller-kommuner. Den første bestiller-kommune (eksempel 4) køber al stofmisbrugsbehandling i en anden kommune via en samarbejdsaftale. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 3.4.

OVERSIGT 3.4

Eksempel 4: Bestiller-kommune

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til både ambulant og døgnbehandling ligger i bestiller-kommunen, hvor den er placeret i en ren visitationsafdeling.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Brugeren henvender sig som regel direkte til leverandøren (dvs. behandlingsstedet), men kontakten kan også formidles gennem fx egen læge. Kontakten mellem bruger og behandlingssted formidles aldrig gennem visitationsafdelingen i bestiller-kommunen.
2. *Udredning:* Det er leverandøren, der står for udredningen af brugerens behandlingsbehov.
3. *Ansøgning:* Leverandøren sender en ansøgning til visitationsafdelingen om et behandlingstilbud til brugeren.
4. *Visitation:* Visitationsudvalg tager stilling til ansøgningen og bevilger som minimum et ambulant behandlingstilbud. De sender svar tilbage til leverandøren.
5. *Døgnbehandling:* Leverandøren sender en ansøgning til visitationsafdelingen, som herefter på et visitationsudvalgsmøde giver afslag eller tilsagn hertil.

I eksempel 4 ligger visitationen til stofmisbrugsbehandling i en visitationsafdeling, der udelukkende varetager visitation på en lang række områder. Udover visitation til stofmisbrugsbehandling visiterer man i visitationsafdelingen fx til andre former for personlig og praktisk hjælp, træning, bolig og hjælpemidler til en række andre grupper, såsom handicappede og ældre. Visitationsafdelingen er en ren myndighedsafdeling, dvs. den varetager ikke driften af nogen tilbud. Visitatorerne møder aldrig brugerne ansigt til ansigt, men foretager det, de kalder en administrativ visitation. Dvs. de modtager en skriftlig ansøgning om behandlingstilbud til brugeren, som de derefter besvarer. Visitationschefen forklarer:

Vi kender jo ikke borgeren, og vi gør også en dyd ud af ikke at kende borgerne. Det var det, jeg sagde før med, at når mennesker mødes, sker der nogle ting, og selvom man er professionel, så sker der stadig nogle ting. Så for at holde uvildigheden har vi intet med borgerne at gøre. Vi har sagt nej tak til alle tilbud, hvor vi har været inviteret, også på nogle af behandlingsstederne. De har været meget søde at invitere os til deres sociale arrangementer, som vi dybest set godt kunne have haft lyst til at gå med til, men vi har simpelthen meldt fra af samme grund. Det er jo [leverandøren], der laver dén del.

Leverandøren står for driften af behandlingen og dermed også brugerkontakten, mener visitationschefen. Hun begrundet adskillelse i drift og myndighed således:

Man holder jo drift og myndighed adskilt, fordi man vil have en uvildig vurdering. Sandsynligvis også af økonomiske hensyn tænker jeg, at man politisk har tænkt. Den der uvildighed får du jo aldrig på samme måde, hvis du lader drift og myndighed være sammen ... Det er rigtig skægt at se den udvikling, der er foregået med dem [visitatorerne i afdelingen] og flot, fordi de har måttet flytte sig fra det ekstremt omsorgsfulde, som helt naturligt kommer, når man er i meget kontakt med borgerne, til den meget mere professionelle og nøgterne vurdering ud fra nogle kvalitetsstandarder.

En af kommunens visitatorer blev også interviewet og blev bl.a. spurgt; ”Hvordan er det at tage stilling til ansøgningerne, når du ikke har set borgeren?”. Hun svarer følgende:

Jeg vil sige, at nogle af ansøgningerne er skrevet så godt, at man med min baggrund godt kan danne sig et billede af borgeren. Så er der andre, hvor man kan gå ind og stille en masse supplerende spørgsmål. Nok mest til at starte med, da vi havde misbrugsområdet, syntes jeg, at det kunne være rart at have borgerkontakten, men jeg kan godt se, at dét, at vi ikke har det, gør, at man kan behandle sagerne mere nøgternt. Du har ikke nogen følelser i klemme over for den enkelte borger. Du er ikke suppet ind i deres tvangsfjernelser af børn osv. Det er bare nogle ord på et stykke papir her. Jeg synes, det er en god måde, vi gør det på, men det kræver selvfølgelig, at ansøgningerne er skrevet ordentligt ... Det at være professionel kan hurtigt ryge, når du bliver følelsesmæssigt involveret i borgerne.

Visitatoren mener, at man kan behandle sagerne mere nøgternt og professionelt, når man ikke møder brugerne og bliver følelsesmæssigt involveret i deres sag, men det kræver, at ansøgningerne er skrevet godt. Hun er i øvrigt uddannet sygeplejerske, og visitationer til stofmisbrugsbehandling er kun en mindre del af hendes arbejde.

Både visitator og visitationschef fortæller, at man faktisk er uenige i den linje leverandøren lægger i forhold til brugerne på behandlingsstedet. Visitationschefen fortæller:

De har generelt en meget blødere holdning til borgerne, end vi har her. Og for os handler det ikke om pengene, for så kunne man sige: ”Nå, det er en myndighed. De sidder og passer på pengene.” Det skal vi jo selvfølgelig også, så vidt det er muligt, men samtidig skal vi jo også give tilsagn på behandling, hvor det er nødvendigt. Så det er bare for at præcisere, at det ikke er et spørgsmål om penge. Det er et spørgsmål om holdning.

De holdninger, man er uenige i, handler bl.a. om, at der gerne må stilles flere krav til brugerne, end leverandøren gør. Visitationschefen forklarer:

Du er nødt til at høre på borgeren. Det er [leverandøren] god til. Næsten for god. Jeg synes jo også, man skal stille nogle krav til borgerne og tydeliggøre forventningerne gensidigt. Det er også noget, jeg savner lidt fra [leverandøren][...]. Noget med, at man sætter sig ned og spørger borgeren, hvad det er der gør, at du ønsker det her? Der er [leverandøren] meget blødere, end den holdning vi har. Det sker jævnligt, at man i ansøgningen næsten kan høre, hvor ondt de har af dem. Så søger de om, at de kan få døgnbehandling i stedet for fængselsdommen. Det kan jo være relevant i nogle tilfælde, men i andre tilfælde kan man læse, at det bare handler om at komme ud. Der tænker jeg nogle gange, at det kan godt være, det var meget sundt at være deroppe [i fængsel]. Og så få den behandling. De kan jo sagtens få en behandling, bare ikke en døgnbehandling, mens de der. Men det er holdninger.

Visitationschefen efterlyser flere krav og en mere kritisk stillingtagen til brugernes ønsker fra leverandørens side. Hun vil gerne have, at de ”sætter sig ned og spørger borgeren, hvad det er der gør, at [han/hun] ønsker det her?”. Hun oplever, at ansøgninger kan være motiveret af medlidenhed fra behandlers side og et ønske om fx at slippe ud af fængsel fra brugerens side.

Også visitatoren beskriver holdningsforskellene mellem visitationsafdelingen og leverandørens behandlingssted. Hun siger:

Vi er jo generelt uenige om, hvad man kan stille af krav. Men vi sidder jo med borgersager rent administrativt. Vi kan jo kun vurdere ud fra den administrative sag. [Leverandøren] sidder jo med fingrene nede i det. De hører også på alle undskyldningerne.

Visitatoren forklarer altså holdningsforskellene med, at leverandøren har brugerkontakten og dermed lægger øre til alle brugernes undskyldninger, mens man i visitationsenheden kan vurdere ud fra den rent administrative sag.

Det er ikke kun den bløde linje med manglende krav, denne bestiller-kommune er utilfreds med. De er også utilfredse med, at det er for

svært at gennemskue, hvilken behandling brugerne rent faktisk modtager. Visitatoren fortæller:

Når først vi har bevilget en behandling hos [leverandøren], ved vi ikke, hvad der foregår. Vi ved ikke, hvad de udsætter den enkelte borger for, hvilke tilbud de får[...]. Det burde vi have [viden om] via deres [brugernes] behandlingsplaner og opfølgninger, [men] behandlingsplanerne er nogle gange så overordnede, at man ikke kan bygge et menneske på det[...]. Man får en ansøgning, man bevilger noget, men vi ved ikke, hvad vi får for de [XXX] kroner, man betaler om dagen til social behandling.

Visitationschefen fortæller, at man har oplevet, at man ikke bliver informeret hurtigt nok, når brugere er udeblevet fra behandling, og at leverandøren ikke er klar nok i sine krav om fremmøde og udskrivning i tilfælde af manglende fremmøde:

Vi har nogle gange oplevet, at borgerne er udeblevet i månedsvis, hvor det så pludselig står i en status eller et eller andet, hvor vi også har betalt for det. Og der er to ting i det: Der er økonomi, og så er der holdningen her hos os, hvor der ikke er nogen, der tror på, at man gør noget godt ved borgeren ved at lade dem være indskrevet hos [leverandøren], når de ikke dukker op[...]. Jeg synes jo, man skulle sige til borgeren: ”Nu skal du høre, hvordan spillereglerne er her: Er du forhindret, forventer vi selvfølgelig, du kontakter os telefonisk, pr. mail, sms eller på anden vis, og fortæller, at du ikke kommer, hvorfor, og hvornår du forventer at komme igen. Og hvis vi ikke har hørt fra dig, så tager vi en kontakt.” Og så giver man dem selvfølgelig en frist på et eller andet stykke tid, som jeg sådan set er ligeglad med, hvad er, men det skal jo ikke være tre måneder. Og så vil jeg forvente, at så afslutter man behandlingen, og at man giver dem besked. Det gør man også skriftligt, så man er sikker på, at man både har indtalt det, mailet det og måske også gjort det pr. brev. Det ville klart være min forventning. Der har [leverandøren] meget længere snor.

Visitationschefen påpeger, at leverandøren har et økonomisk incitament til at indskrive og lade brugerne være indskrevet i deres behandlingstilbud, selvom de ikke møder op:

Hvis du snakker det sociale felt, er der ikke noget i vejen med [leverandørens] tilbud. Det er flot. De har rigtig mange sociale tilbud, så der vil være næsten noget for enhver smag. Men det, der er galt, er, at de ikke vil lade de borgere, der ikke vil have det, komme et andet sted hen. [Leverandøren] er jo en virksomhed, der skal tjene nogle penge [...], så de har jo al interesse i, at så mange som muligt kommer i behandling. Og det er lidt det, jeg mener, når de både sælger og køber af samme biks[...]. Det er en forretning, og det skal man altså også lige huske på. Og sådan ville vi andre også gøre, hvis vi havde en forretning, men derfor er det også meget godt, at der sidder nogle, der er knap så involverede i suppedasen.

Visitationschefen anfører, at det er godt, visitationsafdelingen er med til at vurdere, hvilke behandlingstilbud brugerne skal have, så det ikke kun er leverandøren, idet leverandøren har økonomiske interesser på spil. Visitationschefen er dog også inde på, at kommunen naturligvis også har økonomiske interesser på spil: Det har en økonomisk betydning for bestiller-kommunen, hvilke behandlingstilbud brugeren får, da behandlingstilbud jo kan være dyre for bestiller-kommunen og visitationsafdelingen selvfølgelig ”så vidt det er muligt” skal ”passe på pengene” (tidligere citat). Hvis man udelukkende ser på de økonomiske interesser (og et øjeblik ser bort fra politiske, faglige og sociale målsætninger) har leverandøren en økonomisk interesse i at holde brugeren i sit ambulante tilbud, og bestiller-kommunen har en økonomisk interesse i at bruge de billigste behandlingstilbud.

Visitationsafdelingen i denne bestiller-kommune benytter sig af muligheden for at give afslag på ansøgninger om behandlingstilbud. Visitationschefen fortæller:

Vi synes, at vi ikke bare bevilliger, fordi [leverandøren] ønsker det. Vi forholder os til det og giver faktisk også afslag[...]. Du kunne godt vælge at have kommunale visitationsenheder, der siger, at ”vi har købt ydelsen hos [en leverandør], så vi bevilliger

bare alt, hvad de siger, fordi vi ikke ved noget om det". Den holdning kan man godt finde. Og jeg har da tænkt det nogle gange, hvor man bruger rigtig meget tid og krudt på at forsøge at holde det her på et professionelt niveau: "Skal man bruge alt det krudt på det?" Det mener jeg jo, man skal, så det mener vi også her.

Visitationschefen fortæller også, at man i nogle tilfælde peger på andre behandlingstilbud, end det leverandøren peger på i ansøgningen:

Det har så også gjort, at vi nogle gange har sat spørgsmålstegn ved de tilbud, som [leverandøren] har peget på, og tænkt om det ikke var bedre med det her[...]. Så vi har faktisk gået ind og peget på andet, end det [leverandøren] har sagt efterfølgende. Og vi har også sager, hvor vi tænker, at det ikke er det rigtige tilbud, fordi det her unge menneske har brug for noget helt andet, nemlig for børneforvaltningen, fordi der er nogle familiære og andre problemer end misbrugsproblemer, som vi tror, kommer før misbrugsproblemet. Og misbruget er en afledning af det.

Interviewer: Er det så også fordi I nogle gange har flere oplysninger end [leverandøren]?

Næh, for det er faktisk dem, der giver os de oplysninger. Ellers ved vi ikke, hvad der ligger på en sag.

Interviewer: I får ikke noget fra børne- og ungeforvaltningen?

Ikke automatisk. Fordi der er jo også en fortroligheds- og en tavshedspligt. Og selvfølgelig kan der udveksles, hvis det er, men vi går ikke bare ind og søger. Så faktisk kan man sige, at det er [leverandørens] egne oplysninger, der gør, at vi stiller spørgsmålene.

Visitationschefen fortæller, at man i nogle tilfælde vurderer, at brugeren har brug for noget andet, end leverandøren vurderer, og derfor peger på det i svaret på ansøgningen. Vurderingen bliver truffet på baggrund af de oplysninger, leverandøren giver. Visitatoren fortæller, at det bl.a. er hen-

des baggrund som sygeplejerske, der gør, at hun stiller sig kritisk over for nogle ansøgninger og behandlingsplaner:

Dét, at vi sidder som sygeplejersker gør, at vi nogle gange fanger nogle ting. Man kan for eksempel have en borger, hvor der i ansøgningen står: ”Bruger metadon som smertelindring”, og så er der beskrevet nogle smerter. Så tænker vi som sygeplejersker: ”Hvorfor er denne borger ikke henvist til sygehuset med henblik på sine rygsmerter?”. Hvis borgeren reelt ikke er misbruger, men har fået et misbrug pga. sine rygsmerter, så burde man måske ikke bare hælde metadon på folk, men gå ind og finde ud af, om man kan gøre noget ved de smerter. Man kan henvise til en smerteklinik, velvidende der er ventetid, men der er endnu længere ventetid, hvis man ikke gør noget. Der er jo læger hos [leverandøren], og de burde gå ind og se på, om man kunne gøre noget andet.

Visitationsafdelingen i denne bestiller-kommune forholder sig altså kritisk til, om leverandøren har undersøgt brugerens situation og behov tilstrækkeligt og har fundet frem til det rigtige tilbud. Hvis de ikke vurderer, at brugeren er udredt tilstrækkeligt, stiller de supplerende spørgsmål eller henviser brugeren til andre relevante tilbud. Visitationschef og visitator i denne bestiller-kommune beskriver dels en opgave i forhold til styring af udgifter til stofmisbrugsbehandling og kontrol af, at brugerne også får det, kommunen betaler for, og dels en opgave i forhold til kvalitetskontrol af, at brugerne er udredt tilstrækkeligt og får det korrekte behandlingstilbud.

Nu skal vi se på den anden bestiller-kommune (eksempel 5). De køber også al stofmisbrugsbehandling i en anden kommune via en samarbejdsaftale. Deres visitationssystem, som det blev beskrevet i de kvalitative interview, opsummeres i punktform i oversigt 3.5.

OVERSIGT 3.5

Eksempel 5: Bestiller-kommune

Placering af visitationskompetence:

Visitationskompetencen til ambulantly behandling er delegeret til behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgnbehandling er placeret i socialafdelingen og udøves i et visitationsudvalg, hvor repræsentanter fra behandlingsstedet også deltager.

Visitationsforløb:

1. *Første kontakt:* Brugeren henvender sig som regel direkte til leverandøren (dvs. behandlingsstedet), men de kan også rette henvendelse til kommunen, som henviser dem til leverandøren.
2. *Udredning:* Det er leverandøren, der står for udredningen af brugerens behandlingsbehov.
3. *Ambulant behandling:* Hvis brugeren skal have ambulantly behandling er det leverandøren, der vurderer, hvilket ambulantly tilbud brugeren skal have, visiterer og iværksætter det.
4. *Døgnbehandling:* Leverandøren sender en ansøgning til socialafdelingen i bestillerkommunen og indkalder til et visitationsudvalg. I visitationsudvalget sidder repræsentante(r) for leverandøren, dvs. behandler(e) samt en visitator fra socialafdelingen i bestillerkommunen. Det er sidstnævnte, som formelt har den endelige visitationskompetence.

Hvad har de to bestiller-kommuner til fælles? Begge bestiller-kommuner køber al deres stofmisbrugsbehandling ved en anden kommunes behandlingssted via en samarbejdsaftale (der er tale om to forskellige leverandører), og brugere, der ønsker stofmisbrugsbehandling, henvender sig som regel direkte til leverandøren, dvs. den anden kommunes behandlingssted. Dette behandlingssted (dvs. leverandøren) står i begge tilfælde for udredningen af brugernes behandlingsbehov.

I forhold til selve visitationssystemet er der imidlertid stor forskel på de to bestiller-kommuner. I eksempel 4 står bestillerkommunen for visitationen til både ambulantly behandling og døgnbehandling, mens bestillerkommunen i eksempel 5 lader behandlingsstedet visitere til ambulantly behandling og kun varetager visitationen til døgnbehandling, som derudover foregår i et visitationsudvalg, hvor leverandøren også deltager. Leverandøren deltager ikke i visitationsudvalget i eksempel 4. Dvs. i eksempel 4 deltager behandlingsstedet slet ikke i selve visitationen, mens behandlingsstedet i eksempel 5 varetager visitationen til ambulantly behandling og ligeledes deltager i visitationen til døgnbehandling.

En ulempe ved denne model kan være, at det er svært for brugeren at gennemskue, at der er truffet en myndighedsafgørelse, som man kan klage over. Lederen af socialafdelingen vil derfor gerne formalisere

leverandørens visitation på behandlingsstedet til egne ambulante behandlingstilbud mere:

Hvis man iværksætter en ambulante behandling, så vurderer de [leverandøren], hvad det er, der skal til: Om det er enkelte samtaler, om de skal indgå i grupper, eller hvad det nu er i forhold til det ydelseskatalog, vi [leverandør og bestiller-kommune] nu har liggende. Det vurderer man selv inde på [leverandørens behandlingssted]. Og dér, hvor det store arbejde er lige nu, det er: Hvordan er det, vi sikrer, at vi er med på banen i forhold til, at i det øjeblik man faktisk får tildelt en ambulante behandling, så er der truffet en beslutning – så er der lavet en myndighedsafgørelse? Hvordan er det så, vi får sikret, at det er den enkelte bruger klar over, og at man faktisk kan anke det her?

Behandlere på leverandørens behandlingssted er ifølge lederen ”vant til, at det, de rent faktisk gør, er en udøvelse af en myndighed på vores vegne, fordi de tildeler borgeren en ydelse”, men hun vil gerne have ”det lidt mere formaliseret” i fremtiden, så det bliver tydeliggjort, at det er en myndighedsafgørelse, som brugeren kan anke.

Visitationen i bestiller-kommunen i eksempel 5 er placeret anderledes i den interne kommunestruktur end i eksempel 4. I eksempel 4 var visitationen placeret i en ren visitationsafdeling, som ikke havde nogen form for brugerkontakt. I eksempel 5 varetages det af en socialafdeling, som bl.a. også står for en lang række sociale opgaver, herunder fx bolig og forsørgelse. Lederen af socialafdelingen fortæller, at man ofte har en omfattende kontakt med de brugere, der er visiteret til stofmisbrugsbehandling, og typisk fungerer man også som tovholder for de sociale indsatser omkring brugere i stofmisbrugsbehandling:

Man [vil] som udgangspunkt have en sagsbehandler her i socialcentret, så vi på den måde har et struktureret samarbejde omkring det. Vi skulle gerne vide, hvem der gør hvad i sagen, og det vil typisk være en socialkonsulent herovre, der er tovholder på sagen, når det handler om stofbehandling.

Lederen af socialafdelingen beskriver deres koordinerende rolle således:

Det er noget med at skabe en kontakt, og det er noget med at sikre, at alle de andre aktører, der er inde omkring, er med på banen. En stofbehandling kan jo ikke stå alene – typisk ikke alene, måske i den periode, hvor der skal ske en afgiftning, men efterfølgende så er det vigtigt, at man som myndighedsdel sikrer, at det der med arbejdet eller aktiveringen eller boligen og økonomien, at alle de ting hænger sammen. Ellers så tænker jeg, så kommer man ikke ret langt med en stofbehandlingsindsats, hvis man ikke er opmærksom på de andre ting. Og det er dér, hvor der virkelig skal være et samarbejde[...]. Det er os, der har ansvaret for, at det kan lade sig gøre. Så det skal være sådan en helhedsorienteret indsats, hvor man er i stand til at kunne dosere det rigtige på det rigtige tidspunkt.

Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 mener, at det er vigtigt, at myndighedsdelen sikrer koordinationen af indsatserne omkring brugerne – og hun mener, at myndighedsdelen har ansvaret. Det mener visitationschefen i eksempel 4 for så vidt også, men hun mener samtidig, at det ikke kun er bestiller-kommunen, men også leverandøren, der har en opgave i forhold til koordination:

I mine øjne ligger ansvaret for at koordinere i øjeblikket klart her [i visitationsafdelingen]. Det mener jeg. Jeg har til gengæld en forventning om, at [leverandøren], når de selv peger på, at der er noget i Børneforvaltningen, har den kontakt. Og jeg har også en forventning om, at de informerer både Børneforvaltningen og os om, hvad der sker i de her forløb. Den forventning bliver ikke indfriet. Når vi så finder ud af noget, må vi selv ligge og ringe rundt for at prøve at holde tråd og samling og helhed i det.

Visitationschefen i eksempel 4 oplever, at leverandøren ikke informerer de forskellige forvaltninger i bestiller-kommunen tilfredsstillende, hvilket gør koordineringsopgaven vanskeligere. Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 beskriver ikke, at leverandøren udgør et problem i forhold til koordinationen, men hun oplever alligevel, at det kan være udfordrende at sikre helhedsindsatsen omkring brugerne. Det er dog primært koordinationen internt i kommunen lederen af socialafdelingen fremhæver som udfordrende:

Dét, der måske er sværest, er de der snitflader mellem socialcentret og jobcentret[...]. Vi prøver at få snakket os til rette om, at det kan være, det kun hedder fem timers aktivering, og så hedder det altså noget andet, eller også skal det måske hedde 15 timers aktivering og suppleret med noget social behandling eller hjælp til at få struktureret en hverdag derhjemme[...]. Det er nok den sværeste øvelse at få alle de der aktører med på banen, fordi vi nu er splittet op, som vi er – at få lov at bevare den helhedsindsats. Og der har vi en kæmpe opgave som kommune at sikre, at det ikke er borgeren, der bliver frygtelig forvirret over, at man skal snakke med fem personer, som alle sammen synes, de har krav på at vide en hel masse. Men det har ikke noget at gøre med den måde, man har organiseret stofbehandlingen på.

Koordineringsudfordringen i eksempel 5 ligger primært i forhold til jobcentret og ikke i forhold til stofmisbrugsbehandlingen i denne bestillerkommune, ifølge lederen. Socialafdelingen er i løbende kontakt med de brugere, der er i stofmisbrugsbehandling, og hvis nogen falder ud af behandlingen, ”så vil vi være på, eller jobcentret vil være på”, fortæller hun videre.

Man kan diskutere om visitationschefens forventning til leverandøren om, at de skal kontakte de relevante kommunale forvaltninger, når deres brugere har andre problemer end stofmisbrug, er rimelig. Leverandøren har brugere fra mange forskellige kommuner, som har hver deres kommunale struktur, hvorfor det måske kan være svært for en behandler at gennemskue, hvilken forvaltning, der skal rettes henvendelse til i forbindelse med de forskellige problematikker, der kan være på spil for en stofmisbruger (problematikker af af social karakter, arbejds- eller uddannelsesrelateret, sundhedsrelateret, relateret til børn osv.). Hvorvidt det er rimeligt eller ej, er dog i sidste ende et spørgsmål om, hvad bestillerkommune og leverandør er blevet enige om. Problemet i eksempel 4 er dog, at visitationsafdelingen har en forventning til, leverandøren om, at denne informerer de forskellige forvaltninger og sørger for, at der er samling og helhed i brugerens sag – men *den forventning bliver ikke indfriet*. Myndighedsafdelingen i eksempel 5 fungerer som tovholder for brugere i stofmisbrugsbehandling. Tovholder-funktionen i eksempel 4 ser ud til at være delt mellem en visitationsafdeling, der ikke kender til brugerne udover de skriftlige ansøgninger, der kommer fra leverandøren, og leveran-

døren, der hverken kender til brugernes sag i hjemkommunen eller de kommunale sagsbehandlere og den kommunale struktur. Det er langt fra optimalt i forhold til at sikre en helhedsorienteret indsats.

En anden forskel mellem de to bestiller-kommuner er holdningen til leverandøren. Som det fremgik i det foregående, er myndighedsafdelingen i eksempel 4 uenige i den linje leverandøren lægger i forhold til brugerne, som, de mener, er for blød og stiller for få krav til brugerne. De er ligeledes utilfredse med informationen fra leverandøren fx i forhold til tilbagemeldinger på brugernes fremmøde. Myndighedsafdelingen i eksempel 5 er mere tilfredse. Lederen af socialafdelingen siger: ”Vi er glade for at have det tilbud, og vi vil gerne indgå i et samarbejde med dem, alt det vi nu kan.” Hun uddyber:

Et eller andet sted synes jeg måske nok, at det er heldigt, at vi overhovedet har et tilbud, fordi organiseringen og ledelsen af det, det skal vi så ikke bruge tid på her. Det vi så måske skal sikre er, at vi får en god dialog, og der hele tiden er en faglig sparring og samarbejde. Det må være vores væsentligste opgave.

Holdningen til leverandøren ser ud til at smitte af på holdningen til de ansøgninger, der kommer fra leverandøren. Visitationsafdelingen i eksempel 4 fortalte, at de ofte stillede spørgsmålstegn ved de ansøgninger, der kom, og også gav afslag i nogle tilfælde eller foreslog en anden indsats, end den leverandøren pegede på. I modsætning her til fortæller lederen af socialafdelingen i eksempel 5, at man har tillid til leverandørens vurdering. Det gælder ambulans behandling, hvor visitationskompetencen ligefrem er uddelegeret til leverandøren, og det gælder også døgnbehandling. Lederen af socialafdelingen i eksempel 5 fortæller:

Vi har det sådan, at vi har blind tillid til, at der er nogle gode argumenter for, at man indstiller til døgnbehandling. Så har man forsøgt alle de andre ting, eller også handler det helt konkret om, at den her person måske skal hives ud af sit miljø og sendes et andet sted hen. Så jeg tror ikke, at vi endnu har sagt nej. Man kan sige, at det jo så er dér, hvor det kan være vanskeligt, når man står over for et fagpersonale, som er vant til at vurdere det her. Det er måske der, hvor vi kunne blive skarpere på et eller andet tidspunkt og få spurgt relevant – ikke dermed fordi vi skal

sige nej, men for at sikre at de kommer hele vejen rundt. Omvendt er det jo også sådan, at det er indgribende at sende folk et andet sted hen som på døgnbehandling, og hvis det først er sådan, at man er motiveret for det, så er det fordi, det er det rigtige tilbud. Så er det fordi, man kan undvære alle kammeraterne og alt det, der er herhjemme. Så synes jeg, at der skal meget til for, at det ikke er det tilbud, vi synes, der skal til. Og så handler det jo også lidt om, at vores ambulante behandlingstilbud vurderer, hvad det er for en form for terapi, så de vurderer jo også, hvad det er for en behandlingsinstitution, der kunne være særligt god for den [bruger], de nu sidder med. Det kender vi jo ikke døgnbehandlingsstederne til, at vi kan.

Lederen mener ikke, at man endnu har sagt nej til en ansøgning. Det bliver først og fremmest begrundet med tillid til leverandøren. Hun fortæller dog også, at det kan være vanskeligt at stille spørgsmål ved ansøgningen, når man sidder over for et fagpersonale, som er vant til at vurdere disse stofmisbrugssager, og man ikke kender døgnbehandlingsstederne. Her er det vigtigt at huske den forskel, at visitationsudvalget i eksempel 4 udelukkende består af personer fra visitationsafdelingen i bestillerkommunen, mens visitationsudvalget i eksempel 5 består af én visitator fra socialafdelingen samt flere fagpersoner fra leverandørens behandlingssted. I ovenstående citat fortæller lederen af socialafdelingen, at man gerne vil ”blive skarpere på et eller andet tidspunkt og få spurgt relevant” til leverandørens ansøgninger. Hun fortæller også:

Umiddelbart er det jo nemt, for vi kan bare henvide [til behandling], men omvendt er det et område, der er meget fokus på – også fordi det koster en masse penge – og der kan jeg godt fornemme, at nu har vi haft kommunalreformen og været i gang her i halvandet år, snart to, og det, vi får mere og mere fokus på, er, hvad det er for en ydelse, vi får, hvad er det, vi betaler for. Og det betyder også, at vi et eller andet sted gerne vil lidt tættere på ... Men vi skal heller ikke gøre det alt for administrativt tungt for overhovedet at komme i et behandlingstilbud. Det skal gerne være nemt for vores borgere, hvis der er nogen, der har behov for det.

Lederen af socialafdelingen vil gerne ”lidt tættere på”. Hun oplever, der er et fokus på området, bl.a. fordi det er meget dyrt, og man derfor gerne vil vide, ”hvad er det, vi betaler for”. Samtidig fastholder hun, at det ikke må blive for administrativt tungt, samt at det er behandlingsstedet, der har den faglige kompetence:

Et eller andet sted handler det jo også om en faglig vurdering, der ligger bag, at det er det her tilbud [som leverandøren foreslår], og det er vi her som myndighedssagsbehandlere ikke klædt på til.

Det betyder, at der i socialafdelingen i eksempel 5 ikke er en tradition for at stille spørgsmål ved eller give afslag i forhold til de ansøgninger om døgnbehandling, der kommer fra leverandøren.

Socialafdelingen i eksempel 5 har en tæt kontakt til de brugere, de visiterer til stofmisbrugsbehandling, idet de varetager opgaver i forhold til forsørgelse og bolig og fungerer som brugernes tovholdere. I modsætning hertil har visitationsafdelingen i eksempel 4 slet ingen brugerkontakt. Det kan virke paradoksalt, at den kommune, som har mindst kendskab til brugerne og aldrig har besøgt behandlingsstedet, er mest tilbøjelige til at mene, at de kan vurdere brugernes behandlingsbehov bedre end behandlerne hos leverandøren. Man kan pege på to forklaringer: For det første de forskellige holdninger til leverandøren; en kritisk/skeptisk holdning i eksempel 4 vs. en tillidsfuld holdning i eksempel 5. For det andet fremhæver visitationsafdelingen i eksempel 4 også, at det netop er deres manglende brugerkontakt, der sætter dem i stand til at vurdere sagerne nøgternt og dermed give afslag eller foreslå alternative behandlingstilbud. Som en behandlingsleder i kapitlets første afsnit fremførte, så kan det dog være en udfordring for den faglige kvalitet, at det er visitatorer uden særlig kendskab til stofmisbrugsbehandling, der de facto bestemmer, hvem der skal have hvilke behandlingstilbud. Det er ikke en bekymring visitator eller visitationschef i eksempel 4 selv kommer med, men lederen af socialafdelingen i eksempel 5, der kender brugerne, fremhæver netop, at det er behandlerne på leverandørens behandlingssted, der er *fagligt* klædt på til at vurdere, hvilket behandlingstilbud brugerne skal have.

Opsummerende har bestiller-kommunerne i eksempel 4 og 5 det til fælles, at de køber al deres stofmisbrugsbehandling via en samarbejds-

aftale i en anden kommune, som også står for udredningen af brugerens behandlingsbehov. Visitationsafdelingen i eksempel 4 visiterer til både ambulans og døgnbehandling i et visitationsudvalg, som udelukkende består af personer fra visitationsafdelingen. Socialafdelingen i eksempel 5 lader behandlingsstedet visitere til ambulans behandling, mens de visiterer til døgnbehandling i et visitationsudvalg, som består af en visitator fra socialafdelingen samt fagpersoner fra leverandørens behandlingssted. Visitationsafdelingen i eksempel 4 møder aldrig brugerne og besøger aldrig leverandørens behandlingssted, mens socialafdelingen i eksempel 5 har stor brugerkontakt, fordi afdelingen varetager håndteringen af brugernes sociale problemstillinger, fx bolig og forsørgelse. Visitationsafdelingen i eksempel 4 udtrykker utilfredshed med leverandørens behandlingssted, stiller spørgsmålstejn ved nogle ansøgninger og giver nogle gange afslag. Socialafdelingen i eksempel 5 udtrykker tilfredshed med leverandørens behandlingssted og giver generelt ikke afslag. Det fremstår usikkert, hvordan den helhedsorienterede indsats sikres i eksempel 4, idet behandlingsstedet ikke kender til og ikke informerer socialforvaltning, jobcenter, børneforvaltning mv. i kommunen, hvilket visitationsafdelingen forventer, og visitationsafdelingen selv har ikke meget kontakt med brugerne. I eksempel 5 søges den helhedsorienterede indsats sikret ved, at det er socialafdelingen, der er tovholder for brugerens sag.

VISITATIONSKOMPETENCE

Vi har nu præsenteret fem eksempler på visitationssystemer, som de blev beskrevet i de kvalitative interview og vil nu vende blikket mod data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer fra alle landets kommuner for at se, hvilke karakteristika visitationssystemerne har på aggregeret niveau. Visitationskompetence i forhold til henholdsvis behandlingsintensitet og leverandør er det første punkt.

Som vi så i eksemplerne er det forskelligt, hvilke opgaver kommuner varetager i forhold til visitation. Tabel 3.1 viser, hvilke typer behandlingsintensitet kommunerne visiterer til. I tabellen er der *ikke* differentieret mellem, hvorvidt visitationskompetencen er placeret i en myndighedsafdeling eller på behandlingsstedet i den pågældende kommune. Tabellen viser kun, hvor mange kommuner, der varetager visitation et eller andet sted i deres system, og hvor mange, der ikke gør det.

TABEL 3.1

Varetager kommunen visitation til henholdsvis ambulantly og døgntilbehandling?

	Antal	Procent
Kommunen varetager visitation til ambulantly behandling	68	76
Kommunen varetager visitation til døgntilbehandling	71	80
Al visitation varetages af anden kommune	12	14
Ved ikke	2	2

Anm.: Tabellen er baseret på svar fra 89 visitatorer, som havde mulighed for at afgive flere svar.

14 pct. af visitatorerne svarer, at al visitation varetages af en anden kommune. En af disse kommuner noterer følgende i spørgeskemaundersøgelsen:

Vi har forpligtende samarbejde med [en anden navngiven kommune], og vi henviser blot til behandlingsstedet i [den kommune] - vi har ingen kompetence i forhold til behandling.

Tabellen viser også, at 76 pct. af visitatorerne svarer, at visitation til ambulantly behandling varetages af dem og/eller andre medarbejdere i deres kommune, og 80 pct. af visitatorerne svarer, at visitation til døgntilbehandling varetages af dem og/eller andre medarbejdere i deres kommune.

Når det gælder kommuners visitationskompetencer skal man være opmærksom på, at når en visitator svarer, at kommunen varetager visitation til både ambulantly og døgntilbehandling, er det ikke ensbetydende med, at visitationskompetencen er placeret *samme* sted i kommunen. Som vi så i eksempel 1 kan visitationskompetencen til ambulantly behandling ligge på behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgntilbehandling ligger i en myndighedsafdeling – det er vel og mærke samme kommune, men to forskellige steder.

I de næste tabeller går vi nærmere ind i, hvem der foretager visitationen til hvilke behandlingstilbud. Først ser vi på udfører-kommunernes visitation til deres egne behandlingstilbud. I spørgeskemaundersøgelsen er der 40 visitatorer, som angiver, at kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling. De er blevet spurgt, hvem der visiterer til disse behandlingstilbud, og svarene fremgår af tabel 3.2:

TABEL 3.2

Hvem visiterer til egne behandlingstilbud i udfører-kommuner?

	Antal	Procent
Behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet	26	65
Visitatorer placeret på behandlingsstedet	17	43
Visitatorer placeret andetsteds i kommunen	5	13
Visitationsudvalg	16	40
Ved ikke	0	0

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 40 visitatorer, som angiver, at kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling. Visitation til forskellige typer tilbud inden for kategorien kan foretages forskelligt, hvorfor visitatorer havde mulighed for at afgive flere svar. Det fremgik af en vejledning til spørgsmålet, at der med "visitator" menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling – ikke selv udføre behandlingen.

I 65 pct. af udfører-kommunerne kan behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet selv visitere brugere til stofmisbrugsbehandling i kommunens eget regi. Denne model så vi eksemplificeret i to forskellige versioner i henholdsvis eksempel 1 og 2. I begge disse udfører-kommuner kunne behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet visitere brugere til kommunens eget tilbud – enten både til ambulante og døgnbehandling (eksempel 2) eller kun til ambulante behandling (eksempel 1).

I 43 pct. af udfører-kommunerne er der en visitator placeret på behandlingsstedet. Denne model så vi i eksempel 3, hvor en visitator fra myndighedsafdelingen var udstationeret på behandlingsstedet, hvorfra han visiterede til både ambulante og døgnbehandling. En visitator placeret på behandlingsstedet behøver imidlertid ikke være en udstationeret medarbejder fra myndighedsafdelingen som i eksempel 3. Som bemærket ovenfor fremgik det af vejledningen til besvarelsen af spørgsmålet, at der med visitator menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling – ikke selv udføre behandlingen.

I 40 pct. af udfører-kommunerne er der et visitationsudvalg, som visiterer til kommunens eget tilbud. Det så vi i eksempel 1, hvor et visitationsudvalg bestående af brugerens kontaktperson, en ASI-pædagog, en læge og en psykolog (alle fra behandlingsstedet) besluttede, hvilket ambulante behandlingstilbud en bruger skulle tilbydes efter tre visitationssamtaler.

I næste tabel skal vi se på, hvem der har visitationskompetencen, når det gælder andre kommuners behandlingstilbud. I spørgeskema-

undersøgelsen er der 41 visitatorer, som angiver, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved andre kommuner. De er blevet spurgt, hvem der visiterer til disse behandlingstilbud, og svarene fremgår af tabel 3.3:

TABEL 3.3

Hvem visiterer til andre kommuners behandlingstilbud i bestillerkommuner?

	Antal	Procent
Behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet	15	37
Visitatorer placeret på behandlingsstedet	5	12
Visitatorer placeret andetsteds i kommunen	11	27
Visitationsudvalg	11	27
Ved ikke	3	7

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 41 visitatorer, som angiver, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved andre kommuner. Visitation til forskellige typer tilbud inden for kategorien kan foretages forskelligt, hvorfor visitatorer havde mulighed for at afgive flere svar. Det fremgik af en vejledning til spørgsmålet, at der med "visitator" menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling – ikke selv udføre behandlingen.

I 37 pct. af de kommuner, der visiterer brugere til andre kommuners behandlingstilbud, er det behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet, der foretager visitationen. Det så vi et eksempel på i den sidste bestiller-kommune (eksempel 5), hvor visitationskompetencen til ambulans behandling var uddelegeret til behandlingsstedet i en anden kommune.

I 27 pct. er det en visitator, som ikke sidder på behandlingsstedet, men et andet sted i kommunen, der har visitationskompetencen. Det så vi et eksempel på i den første bestiller-kommune (eksempel 4), hvor visitationskompetencen til både ambulans og døgnbehandling var placeret i visitationsafdelingen.

I 27 pct. af de kommuner, der visiterer brugere til andre kommuners behandlingstilbud, bruger man et visitationsudvalg. Som vi så i eksemplerne kan disse både være sammensat af en blanding mellem personer fra bestiller-kommunen og fra behandlingsstedet (eksempel 5) eller bestå udelukkende af personer fra bestiller-kommunen (eksempel 4). Anvendelsen af visitationsudvalg i bestiller-kommuner i forhold til andre kommuners tilbud er lidt overraskende lavere end anvendelsen af visita-

tionsudvalg i udfører-kommuner i forhold til egne behandlingstilbud. Det er nemlig 40 pct. af udfører-kommunerne, der anvender visitationsudvalg i forhold til egne tilbud.

I næste tabel skal vi se på, hvem der har visitationskompetencen, når det gælder regionale behandlingstilbud. I spørgeskemaundersøgelsen er der 33 visitatorer, som angiver, at kommunen benytter regionale tilbud om stofmisbrugsbehandling. De er blevet spurgt, hvem der visiterer til disse behandlingstilbud, og svarene fremgår af tabel 3.4:

TABEL 3.4

Hvem visiterer til regionale behandlingstilbud i kommuner, der benytter sådanne?

	Antal	Procent
Behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet	12	36
Visitatorer placeret på behandlingsstedet	5	15
Visitatorer placeret andetsteds i kommunen	9	27
Visitationsudvalg	9	27
Ved ikke	1	3

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 33 visitatorer, som angiver, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved regionale leverandører. Visitation til forskellige typer tilbud inden for kategorien kan foretages forskelligt, hvorfor visitatorer havde mulighed for at afgive flere svar. Det fremgik af en vejledning til spørgsmålet, at der med "visitator" menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling – ikke selv udføre behandlingen.

36 pct. af de kommuner, som anvender regionale behandlingstilbud, oplyser, at behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet kan foretage visitationen. Det kan både være behandlere og behandlingsledere på en udfører-kommunes behandlingssted, og det kan være behandlere og behandlingsledere på det regionale behandlingssted.⁷ 27 pct. af kommunerne har placeret visitationskompetence til regionale behandlingstilbud i henholdsvis visitationsudvalg og hos visitatorer placeret et andet sted end på behandlingsstedet.

7. 14 af de 33 kommuner, som bruger regionale behandlingstilbud, er også udfører-kommuner, og i disse tilfælde kan behandlingsstedet både være kommunens eget og det regionale behandlingssted. 19 af de 33 kommuner udfører ikke selv stofmisbrugsbehandling, og de må derfor henvise til behandlere og behandlingsledere på det regionale behandlingssted.

Behandlingsstedet i eksempel 2 benytter et tilbud om dagbehandling fra en regional udbyder. Det kommunale behandlingssted i eksempel 2 har i udgangspunktet både visitationskompetence til eget og andre ambulante tilbud samt døgnbehandling og er dermed et eksempel på, at det er behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet, der visiterer til regionale behandlingstilbud. Behandlingslederen fortæller imidlertid, at det ikke er helt så enkelt. Behandlingsstedet kan faktisk kun visitere til nogle dele af det regionale tilbud til deres stofmisbrugere:

Det har taget lidt tid at finde ud af den der myndighedsfunktion. Jeg kan give dig et eksempel. Vi køber nogle gange ambulante pladser på en regional institution, der hedder [navn], der gik til regionen. Det var ellers i amtet. Der betaler vi [dvs. det kommunale behandlingssted] dem [dvs. det regionale behandlingssted]. Men de [dvs. det regionale behandlingssted] har også nogle støtteboliger. Så hvis de anbefaler, at det ambulante ikke er nok, og brugeren skal i en støttebolig, så er det myndighedsfunktion [i kommunen – placeret et andet sted end på behandlingsstedet], der betaler og bevilger[...]. Dvs. hvis der er en klient, der får ambulant misbrugsbehandling og er i en støttebolig, så er der to forskellige afdelinger [i samme kommune], der betaler.

Visitationskompetencen til selve stofmisbrugsbehandlingen i det regionale tilbud er altså placeret på det kommunale behandlingssted, men hvis stofmisbrugeren skal have en støttebolig, så er det en myndighedsafdeling et andet sted i kommunen, der har visitationskompetencen.

I næste tabel skal vi se på, hvem der har visitationskompetencen, når det gælder private behandlingstilbud. I spørgeskemaundersøgelsen er der 64 visitatorer, som angiver, at kommunen benytter private tilbud om stofmisbrugsbehandling. De er blevet spurgt, hvem der visiterer til disse behandlingstilbud, og svarene fremgår af tabel 3.5.

Private behandlingstilbud er ofte lig døgnbehandling. Af besvarelserne fremgår det, at det for alle 64 kommuners vedkommende, i hvert fald blandt andet, er døgnbehandling, man køber. 30 pct. af de 64 kommuner køber derudover også ambulante behandling ved private leverandører, og 39 pct. køber dagbehandling ved private leverandører.

TABEL 3.5

Hvem visiterer til private behandlingstilbud i kommuner, der benytter sådanne?

	Antal	Procent
Behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet	22	34
Visitatorer placeret på behandlingsstedet	9	14
Visitatorer placeret andetsteds i kommunen	23	36
Visitationsudvalg	25	39
Ved ikke	0	0

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 64 visitatorer, som angiver, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved private leverandører. Visitation til forskellige typer tilbud inden for kategorien kan foretages forskelligt, hvorfor visitatorer havde mulighed for at afgive flere svar. Derfor summer procenterne ikke til 100. Det fremgik af en vejledning til spørgsmålet, at der med "visitator" menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling – ikke selv udføre behandlingen.

I 39 pct. af de kommuner, som benytter private behandlingstilbud, bruger man et visitationsudvalg, når man visiterer brugere til private behandlingstilbud. I 36 pct. af kommunerne er det en visitator placeret et andet sted end på et behandlingssted, der visiterer til private behandlingstilbud, og i 34 pct. af de kommuner, som benytter private behandlingstilbud, er det (bl.a.) behandlere eller behandlingsledere på behandlingsstedet, der visiterer til dem. Visitationsudvalg i forhold til døgnbehandling så vi i eksempel 4 og 5. I næste afsnit ser vi nærmere på disse visitationsudvalg.

VISITATIONSUDVALG

I dette afsnit ser vi på spørgeskemaundersøgelsens oplysninger om, hvor mange kommuner, der har et visitationsudvalg, samt hvordan og hvornår de bruges.

Først ser vi på, hvor mange kommuner, der har eller deltager i et visitationsudvalg. Det fremgår af tabel 3.6.

Halvdelen (49 pct.) af kommunerne har eller deltager i et visitationsudvalg. 34 pct. varetager visitation i en eller anden udstrækning, men har ikke noget visitationsudvalg, og 14 pct. af kommunerne har ikke noget visitationsudvalg, idet de slet ikke varetager visitation til stofmisbrugsbehandling i kommunen.

TABEL 3.6

Har kommunen et visitationsudvalg?

	Antal	Pct.
Kommunen har eller deltager i et visitationsudvalg	44	49
Kommunen hverken har eller deltager i et visitationsudvalg	30	34
Al visitation varetages af en anden kommune	12	14
Ved ikke	3	3
Total	89	100

De kommuner, der har et visitationsudvalg er blevet spurgt, hvor hyppigt det mødes. Svarene fremgår af tabel 3.7.

TABEL 3.7

Hvor ofte holder kommunale visitationsudvalg møder?

	Antal	Pct.
Hver uge	20	46
Hver anden uge	14	30
Hver tredje uge	2	5
Hver fjerde uge	5	11
Ad hoc/Efter behov	4	9
Total	44	100

I 46 pct. af de kommuner, der har visitationsudvalg, mødes udvalget hver uge. Det dækker over 20 kommuner og fire af dem noterer, at de har to visitationsudvalgsmøder om ugen. I 30 pct. af kommunerne er der visitationsudvalgsmøde hver anden uge. I resten af kommunerne er det sjældnere eller ad hoc.

De kommuner, der har et visitationsudvalg er også blevet spurgt, hvilke grupper der er repræsenteret i visitationsudvalget. Svarene fremgår af tabel 3.8.

I 75 pct. af visitationsudvalgene sidder der en leder fra stofmisbrugsbehandlingen. I 61 pct. af visitationsudvalgene sidder der en visitator/sagsbehandler, hvis job primært består i at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling. I 52 pct. af visitationsudvalgene deltager en eller flere behandlere fra stofmisbrugsbehandlingen. Læger og sagsbehandlere fra andre afdelinger er mindre hyppigt repræsenteret i visitationsudvalgene med henholdsvis 21 pct. og 18 pct. Syv respondenter noterer i spørgeskemaundersøgelsen, at ledere fra andre kommunale afdelinger (fx

”ledere fra det sociale og psykiatriske område” eller ”chef for voksen handicap”) deltager. To respondenter noterer, at brugere også kan deltage i visitationsudvalget.

TABEL 3.8

Hvem sidder i de kommunale visitationsudvalg?

	Antal	Pct
Visitorer/sagsbehandlere, hvis job primært består i at		
visitere brugere til stofmisbrugsbehandling	27	61
Behandlere fra stofmisbrugsbehandlingen	23	52
Ledere fra stofmisbrugsbehandlingen	33	75
Sagsbehandlere fra andre kommunale afdelinger	8	18
Politikere	0	0
Læger	9	21
Ved ikke	1	2

Endelig er de kommuner, der har et visitationsudvalg blevet spurgt, hvornår visitationsudvalget inddrages. Svarene fremgår af tabel 3.9.

TABEL 3.9

Hvornår inddrages visitationsudvalget? Procent

Hvor hyppigt inddrages visitationsudvalget i forb. m. visitation til:	Altid	Of-test	Nogle-gan-ge	Sjæl-dent	Al-drig	Ved ikke	Total pct./ Antal
Døgnbehandling	89	9	3	0	0	0	100/44
Dagbehandling	52	11	9	5	21	2	100/44
Ambulant behandling	34	14	11	5	34	2	100/44

Som det fremgår af tabellen daler inddragelsen af visitationsudvalg parallelt med behandlingsintensiteten: Når det gælder den mest intensive behandlingsform, nemlig døgnbehandling, inddrages visitationsudvalg altid i 89 pct. af de kommuner, der har visitationsudvalg, mens det kun er 52 pct., når det gælder dagbehandling, og 34 pct., når det gælder ambulante behandling. Omvendt er der ikke nogen kommuner, hvor visitationsudvalg aldrig inddrages, når det gælder døgnbehandling, mens det er tilfældet for henholdsvis 21 pct. og 34 pct. af de kommuner, der har visitationsudvalg, når det gælder dagbehandling og ambulante behandling.

VISITATORER

Nu vender vi blikket mod visitatorerne. Det er visitatorer, der er blevet bedt om at udfylde spørgeskemaet, og de er også blevet bedt om at fortælle, hvilke funktioner de varetager i deres stilling. Det er der 78 respondenter, der har gjort. Deres svar fremgår af tabel 3.10.

TABEL 3.10

Hvilke funktioner varetager de kommunale visitatorer?

	Antal	Procent
Visitation til ambulant behandling	57	73
Visitation til døgnbehandling	60	77
Deltager i visitationsudvalg	43	55
Kontaktperson for brugere i ekstern behandling	35	45
Behandling af brugere	26	33
Udredning/afklaringsarbejde inden visitation	34	44

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 78 visitatorer. De har haft mulighed for at angive varetagelsen af flere funktioner.

Af de visitatorer, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, varetager flest visitation til døgnbehandling (77 pct.) og ambulant behandling (73 pct.). Lidt over halvdelen (55 pct.) deltager i visitationsudvalg. Lidt under halvdelen (45 pct.) er kontaktperson for brugere i ekstern behandling. Ekstern behandling vil ofte være lig døgnbehandling, jf. forrige afsnit. I de kommuner, hvor vi udførte kvalitative interview, så vi flere eksempler på, at visitatorer fra myndighedsafdelinger overtog rollen som brugerens kontaktperson i tilfælde af døgnbehandling. Fx er det sådan i eksempel 4, at det er visitatorer fra visitationsenheden (og ikke leverandørens behandlingssted), der har kontakt og får tilbagemeldinger fra døgnbehandling, hvis brugeren får et sådant tilbud.

Nogle visitatorer står også for udredning/afklaringsarbejde inden visitationen; det gælder for 44 pct. af de deltagende visitatorer. 33 pct. af de deltagende står også for behandling af brugere. Når vi taler om, hvilke funktioner visitatorer varetager, er det vigtigt at understrege, at det netop er blandt de deltagende visitatorer. I en kommune kan der både være visitatorer, som også står for udredning/behandling og visitatorer, som ikke gør. Der kan fx være en kommune med et visitationsudvalg, hvor der dels sidder en behandlingsleder, som visiterer, men ikke varetager

ger direkte brugerkontakt i form af udredning/behandling, og dels egentlige behandlere, som varetager både visitation og udredning/behandling. Svarene i spørgeskemaundersøgelsen angående visitatorernes funktioner vil således afhænge af, om det er lederen eller behandleren, der har svaret på spørgeskemaet. Deltagerne er blevet bedt om at angive deres stillingsbetegnelse, og af de 78 har 30 angivet en form for chef- eller lederstilling, såsom centerchef eller gruppeleder. Det kan være en forklaring på den relativt lave andel visitatorer, der angiver, at de varetager egentlig behandling af brugerne.

Som vi så i eksempel 3 kan en visitator tilhøre myndighedsafdelingen, men være 'udstationeret' på behandlingsstedet. Det organisatoriske tilhørsforhold og den fysiske placering følges altså ikke nødvendigvis ad. Visitatorerne er blevet spurgt, hvilken enhed de tilhører organisatorisk, og svarene fremgår af tabel 3.11.

TABEL 3.11

Hvilke enheder tilhører visitatorerne organisatorisk?

	Antal	Procent
Den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling	52	67
Behandlingsstedet	25	32
Andet	1	1
Total	78	100

Som det fremgår af tabellen tilhører omkring to ud af tre visitatorer organisatorisk den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen, mens hver tredje organisatorisk hører til behandlingsstedet. Hvor er de fysisk placeret? Det fremgår af tabel 3.12.

Af tabel 3.12 kan man se, at 56 pct. af visitatorerne er placeret i den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen, mens 42 pct. sidder på behandlingsstedet. En nøjere gennemgang af sammenhængen mellem svarene på de to spørgsmål fra de 78 visitatorer viser, at der er otte visitatorer, som organisatorisk tilhører den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen, men er fysisk placeret på behandlingsstedet. Dvs. de har en model, der ligner den i eksempel 3. Det mest almindelige er imidlertid, at visitatoren tilhører den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen organisatorisk og er placeret i denne fysisk. Det gælder for 44 af de deltagende visitatorer. Det var en model, vi bl.a.

så i eksempel 4. For 25 af de deltagende visitatorer gælder det, at de tilhører behandlingsstedet organisatorisk og er placeret her fysisk. Det var en model, vi bl.a. så i eksempel 2. I eksempel 1 og 5 er visitator til ambulantly behandling organisatorisk og fysisk placeret på behandlingsstedet, mens visitator til døgnbehandling er organisatorisk og fysisk placeret i en myndighedsafdeling .

TABEL 3.12

Hvor er visitatorerne fysisk placeret?

	Antal	Procent
Den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling	44	56
Behandlingsstedet	33	42
Andet	1	1
Total	78	100

Endelig har vi spurgt visitatorerne, hvor mange brugere de vil skønne, de har visiteret til stofmisbrugsbehandling i løbet af 2008. Svarene fremgår af tabel 3.13.

TABEL 3.13

Hvor mange brugere har visitatorerne visiteret på et år?

Antal brugere	Antal	Procent
0-9	11	14
10-19	15	19
20-39	17	22
40-59	10	13
60-79	4	5
80-99	4	5
100 eller flere	13	17
Ved ikke	4	5
Total	78	100

Som det fremgår, er der ganske stor forskel på, hvor mange visitationer hver visitator varetager om året. 14 pct. af de deltagende visitatorer skønner, at de havde under 10 visitationer i løbet af 2008, mens 17 pct. skønner, at det var over 100.

Visitationsvaretagelsen kan være specialiseret hos én visitator eller være spredt ud blandt mange behandlere – som i eksempel 1, hvor

brugers kontaktperson deltager i visitationsudvalget. Man kunne derfor forestille sig, at de visitatorer, der også varetager egentlig behandling af brugere, har færre visitationer. Spørgeskemaundersøgelsens besvarelser viser dog, at de 26 visitatorer, som også varetager behandling af brugerne, har samme spredning som resten af gruppen med hensyn til antal af årlige visitationer, og 6 af de 26 skønner, at de visiterede 100 eller flere brugere i 2008 ved siden af deres behandling. Det ser således ikke umiddelbart ud til, at antallet af visitationer er et spørgsmål om, hvorvidt visitationsvaretagelsen er specialiseret og udskilt fra behandlingsarbejdet.

OPSUMMERING

Vi har i dette kapitel skitseret en række centrale forskelle og karakteristika ved kommunernes visitationssystemer på stofmisbrugsområdet og derefter gennemgået fem eksempler, som er beskrevet i kvalitative interview med behandlingsledere, myndighedspersoner og visitatorer. Dernæst har vi i kapitlet behandlet information om visitationssystemer fra en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer i hele landet.

I kapitlet har vi vist, at visitationssystemerne i de forskellige kommuner adskiller sig fra hinanden på mange forskellige parametre, som ikke kun hænger sammen med, hvorvidt de er udfører- eller bestiller-kommuner. For det første er der forskel på, hvor *visitationskompetencen* er placeret. Eksempel 2 illustrerede en model, hvor visitationskompetencen til både ambulans og døgnbehandling er placeret på behandlingsstedet, mens eksempel 4 viste det modsatte; en model, hvor hverken visitationskompetencen til ambulans eller døgnbehandling er placeret på behandlingsstedet, men i en kommunes myndighedsafdeling. I eksemplerne 1 og 5 er visitationskompetencen til ambulans behandling placeret på behandlingsstedet, mens visitationskompetencen til døgnbehandling er placeret i en kommunal myndighedsafdeling. I eksempel 3 er en visitator fra myndighedsafdelingen udstationeret på behandlingsstedet; visitationskompetencen til både ambulans behandling og døgnbehandling er i denne kommune organisatorisk placeret i myndighedsafdelingen, men fysisk placeret på behandlingsstedet.

Der er for det andet også forskel på selve *visitationsforløbet*, hvor mange samtaler, der indgår i visitationsforløbet, hvem der står for dem, hvorvidt redskaber såsom ASI-skemaet indgår osv. I eksempel 1 er der i

alt fire samtaler med brugeren, inden der træffes en visitationsbeslutning, mens der i eksempel 2 og 3 kun er to. I eksempel 1 har brugeren visitationssamtaler med både sin kontaktperson, en ASI-pædagog og en læge, og hvis brugeren søger døgnbehandling, skal han/hun ydermere til samtale(r) hos behandlingsstedets psykolog. I eksempel 2 har brugeren to samtaler med en, højst to forskellige, misbrugs konsulenter fra behandlingsstedet. I eksempel 3 taler brugeren først med visitatoren fra myndighedsafdelingen og derefter den behandler, som vedkommende er blevet visiteret videre til. I eksempel 4 og 5 er det leverandøren, som står for udredning og visitationssamtaler. I eksempel 5 har den visiterende socialafdeling en ganske stor brugerkontakt, idet de fungerer som tovholder og koordinator for de forskellige sociale indsatser omkring brugere i stofmisbrugsbehandling, mens visitationsafdelingen i eksempel 4 slet ikke har brugerkontakt og aldrig møder brugerne ansigt til ansigt.

For det tredje er der forskel på kommunerne i forhold til, om det er de *samme eller forskellige visitationsprocedurer*, der gør sig gældende for henholdsvis ambulante og døgnbehandling. I eksempel 2 og 4 har man samme visitationsprocedurer for henholdsvis ambulante og døgnbehandling, mens visitationsprocedurerne er forskellige i eksempel 1, 3 og 5.

Udover de strukturelle forskelle er der også holdningsmæssige forskelle mellem de forskellige visitationssystemer. Det gælder bl.a. *holdningen til døgnbehandlingen* i udfører-kommunerne. Som det fremgår, har man i de udfører-kommuner, der anvendes som henholdsvis eksempel 1 og 3, taget en beslutning centralt om, at kommunens ambulante behandling er det første og primære behandlingstilbud til kommunens brugere. Man lægger i disse kommuner vægt på, at døgnbehandling ikke nødvendigvis er bedre end ambulante behandling, og at brugere, der ønsker døgnbehandling, skal udfordres på deres begrundelser. Døgnbehandling kommer kun på tale, hvis kommunens eget, ambulante tilbud efter en periode ikke viser sig nok. I eksempel 2 fortæller behandlingslederen, at man opfordrer brugerne til døgnbehandling. Hver femte bruger var i døgnbehandling i løbet af sidste år, og ingen brugere fik afslag på døgnbehandling. Han forbinder den positive holdning til døgnbehandling med en satsning på stoffrihed.

Når det gælder bestiller-kommunerne, viser der sig især forskelle med hensyn til deres *holdninger til leverandøren*. Visitationsafdelingen i eksempel 4 udtrykker utilfredshed med leverandørens behandlingssted; utilfredshed med deres bløde linje og manglende krav til brugerne, samt

utilfredshed med information og tilbagemeldinger om, hvilken behandling brugerne rent faktisk modtager. Visitationsafdelingen i eksempel 4 stiller spørgsmålstejn ved nogle af leverandørens ansøgninger og giver nogle gange afslag eller peger på andre tilbud, end leverandøren gør. Socialafdelingen i eksempel 5 udtrykker tilfredshed med leverandørens behandlingssted. De har tillid til, at der er gode argumenter for leverandørens ansøgninger og giver generelt ikke afslag.

I de fem eksempler optræder flere forskellige typer visitationsudvalg. Nogle af disse kaldes ikke umiddelbart visitationsudvalg, men behandlingsmøder (eksempel 2) eller teammøder (eksempel 3). I begge tilfælde er der dog tale om et udvalg af personer fra stofmisbrugsbehandlingen, som har visitationskompetencen, hvorfor det virker passende at omtale det som visitationsudvalg. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at halvdelen (49 pct.) af kommunerne har eller deltager i et visitationsudvalg, 34 pct. af kommunerne varetager visitation i en eller anden udstrækning, men har ikke noget visitationsudvalg, og 14 pct. af kommunerne har ikke noget visitationsudvalg, idet al visitation varetages af en anden kommune. I de kommuner, som har eller deltager i et visitationsudvalg, mødes visitationsudvalget oftest hver uge (46 pct.) eller hver anden uge (30 pct.). De hyppigste deltagere i visitationsudvalgene er ledere fra stofmisbrugsbehandlingen. En sådan leder deltager i 75 pct. af visitationsudvalgene.

Jo højere behandlingsintensitet, jo mere sandsynlig er det, at visitationsudvalget inddrages i visitationen. I 89 pct. af de kommuner, som har eller deltager i et visitationsudvalg, inddrages visitationsudvalget således altid i forbindelse med visitation til døgnbehandling. Det gælder tilsvarende for 52 pct., når det handler om dagbehandling, og 34 pct. når det handler om ambulans behandling.

I 56 pct. af kommunerne tilhører den visiterende, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen og er samtidig også placeret der. Det var den model, der bl.a. blev illustreret i eksempel 4. I 32 pct. af kommunerne tilhører den visiterende, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk behandlingsstedet og er samtidig også placeret der. Det var den model, der bl.a. blev illustreret i eksempel 2. Endelig er der 10 pct. af kommunerne, hvor den visiterende, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk tilhører den kommunale forvaltning/myndighedsafdelingen, men

fysisk er placeret på behandlingsstedet. Det var en model, vi så illustreret i eksempel 3.

Det må dog understreges, at spørgeskemaundersøgelsen ikke viser, at der er tre grundmodeller, som kommunerne kan opdeles i. Undersøgelsen giver et fingerpeg om, hvilke delaspekter der er mest udbredte, men siger ikke noget definitivt om, hvilken model hver enkelt kommune har valgt for visitationen. Undersøgelsen viser den organisatoriske og fysiske placering for de deltagende visitatorer – ikke kommuner – fordi de kommunale strukturer er for komplicerede til at afdækkes via et spørgeskema. I de 56 pct. af kommunerne, hvor visitatoren har svaret, at vedkommende både er organisatorisk og fysisk placeret i den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling, kan der således være andre visitatorer, som visiterer parallelt med visitatoren eller visiterer andre grupper (fx kun yngre/ældre) eller til andre tilbud (fx ambulante tilbud). Visitationssystemerne varierer grundlæggende på en måde, som ikke fuldt ud kan indfanges via standardiserede spørgsmål i et spørgeskema (fordi parametrene er flerdimensionale), men visitationssystemerne kan illustreres vha. case-eksempler, hvorefter enkelte delaspekters udbredelse kan kortlægges via en spørgeskemaundersøgelse.

SAGSBEHANDLINGS- PROCEDURER

I dette kapitel skal vi se på udvalgte aspekter af kommunernes sagsbehandlingsprocedurer på stofmisbrugsområdet. Kapitlet vil handle om procedurer vedrørende udredning af brugeren og brugerens behandlingsbehov, skriftlige planer for brugerens behandling samt behandlingssystemets procedurer, hvis brugeren får tilbagefald eller udebliver fra behandlingen.

Kapitlet er både baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer samt kvalitative interview med visitatorer.

UDREDNING

Det første, vi skal se på, er sagsbehandlingsprocedurer i forbindelse med udredning. Udredning vil sige, at brugerens baggrund, aktuelle situation, personlige forhold, problemer, ressourcer og behov for behandling/andre indsatser m.v. kortlægges og beskrives skriftligt. Udredningen foregår som regel ved, at en behandler (eller visitator) taler med brugeren, men udredningen kan også blive suppleret fra andre kilder, fx tidligere journalnotater, samtaler med andre sagsbehandlere eller behandlere, som kender brugeren osv.

En tidligere formand for visitationsudvalget i Københavns Amt gør opmærksom på, at behandlere ikke kun skal gøre rede for deres ob-

ervationer, når de producerer den sagsfremstilling, der skal bruges til en visitation. De skal også beskrive deres faglige vurderinger: ”Observationer skal omsættes og danne grundlag for de vurderinger, der er nødvendige for, at der kan træffes de mest hensigtsmæssige og kompetente beslutninger i de enkelte sager.” (Petersen 2000: 2). Vurderer man, at brugerens ønske om stoffri døgnbehandling er relevant og hensigtsmæssigt? Vurderer man, at brugerens fremstilling af aktuel stofsituation er realistisk? Vurderer man brugerens ressourcer på samme måde som jobcentret?

Man kan opfatte vurderingerne som en integreret del af udredningen, eller man kan skelne og opfatte vurderingerne som en del af selve visitationen, der foretages efter udredningen er afsluttet. Begge opfattelser har vi mødt blandt de visitatorer, myndigheds personer og behandlingsledere, vi har interviewet. De forskellige opfattelser hænger ofte sammen med, hvordan man har organiseret udredningen i forhold til visitationen. I nogle kommuner foretages udredning og visitation af samme person, hvorfor det giver tilbøjelighed til at opfatte det som to integrerede processer. I andre kommuner foretages udredning og visitation af forskellige personer og her opfattes det derfor ofte, som adskilte trin: Behandleren, der udreder, indsamler information og beskriver observationer, behandleren, der visiterer, vurderer informationen og observationerne.

De visitatorer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen er blevet spurgt, om de selv foretager udredningen af brugeres behandlingsbehov, inden de visiterer til behandling, eller om det er en anden, der foretager udredningen. Deres svar fremgår af tabel 4.1.

TABEL 4.1

Foretager visitatorerne selv udredningen af brugernes behandlingsbehov?

	Antal	Pct.
Visitator foretager selv udredning	25	32
En anden foretager udredning	52	67
Ved ikke	1	1
Total	78	100

Som det fremgår af tabellen, foretager hver tredje af de deltagende visitatorer selv udredningen af brugerens behandlingsbehov, før de visiterer til behandling, mens det for to tredjedele af visitatorerne er nogle andre, der foretager udredningen.

Den ene halvdel af de visitatorer, der svarer, at en anden foretager udredningen, er fra bestiller-kommuner, og den anden halvdel er fra udfører-kommuner. For visitatorer i bestiller-kommuner er det en mulighed, at udredningen foretages det sted, hvor man i øvrigt køber stofmisbrugsbehandlingen (denne praksis så vi i begge bestiller-kommunerne i forrige kapitels eksempel 4 og 5). For visitatorer i udfører-kommuner kan der være tale om, at den visitator, der har udfyldt spørgeskemaet er en behandlingsleder, som visiterer uden at have direkte brugerkontakt. Udredningen kan i så tilfælde ligge hos andre medarbejdere i udfører-kommunen, som har direkte brugerkontakt. Vi gør rede for dette forhold, fordi det betyder, at man ikke kan tolke tabel 4.1 på den måde, at visitatorer i 67 pct. af kommunerne ikke selv varetager udredningen – det er 67 pct. af de deltagende visitatorer, der ikke selv varetager udredningen, og de kan i nogle tilfælde altså være fra kommuner, hvor der er visitatorer, som også selv står for udredningen, det er bare ikke dem, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Man skal altså være opmærksom på, at tabellernes fordelinger angår visitatorer og ikke kommuner.

Fordelen ved, at det er en anden end visitatoren, der foretager udredningen, kan være, at visitatoren kan opnå et mere omfattende kendskab til muligheder for behandlingstilbud (fx institutionskendskab på døgnbehandlingsområdet) og specialisere sig mere i selve matchningen (hvilke behandlingstilbud matcher, hvilke brugere optimalt) end en visitator, som også skal bruge tid på udredning og anden brugerkontakt. En af de interviewede behandlingsledere fortæller således, at man i hans kommune har fået en specialiseret visitator, som kun varetager visitation til døgnbehandling. Det har medført et kvalitetsløft, mener han. Ulemper kan være, at det kan være svært at visitere uden selv at have mulighed for at udrede – særligt, hvis man mener, at udredningerne er mangelfulde (se eksempel 4 i kapitel 3).

Det næste spørgsmål angår også behandlernes direkte brugerkontakt. Visitatorerne er blevet spurgt, hvor stor en del af de brugere, de visiterer til behandling, de mødes med i forbindelse med visitationen. Svarene fremgår af tabel 4.2.

TABEL 4.2

Møder visitatorerne de brugere, de visiterer?

	Antal	Pct.
Visitator møder alle brugere i forbindelse med visitationen	26	33
Visitator møder de fleste brugere i forbindelse med visitationen	9	12
Visitator møder nogle brugere i forbindelse med visitationen	11	14
Visitator møder få brugere i forbindelse med visitationen	14	18
Visitator møder ingen brugere i forbindelse med visitationen	16	21
Ved ikke	2	3
Total	78	100

Hver tredje visitator møder alle de brugere, som de visiterer til behandling, mens hver femte visitator ikke møder nogen af de brugere, de visiterer. Der er altså stor spredning i visitatorernes praksis for brugerkontakt.

Som det fremgik af forrige kapitel kan manglende brugerkontakt være et strategisk valg, idet man forventer, det giver en mere nøgtern og professionel vurdering af brugernes sager og ønsker til behandling. I den kommune, der anvendes som eksempel 4, undgik visitatorer al kontakt med brugerne med denne begrundelse. Man kan imidlertid også argumentere for, at visitationen forringes, hvis visitatoren ikke møder brugeren. En visitationschef siger fx: ”En times møde, det, synes jeg, giver rigtig meget. Det, synes jeg faktisk, tilfører afgørelsen vældig meget kvalitet”.

Man skal være opmærksom på, at ovenstående tabel ikke handler om de kommunale strategier i forhold til, om visitatorer bør mødes med brugere eller ej. Spørgsmålet er rettet mod de individuelle visitatorer, og fordi én visitator ikke møder nogen brugere, betyder det ikke, at andre visitatorer fra samme kommune heller ikke møder brugere. Hvis der på et behandlingssted, fx er et visitationsudvalg bestående af et antal behandlere og behandlingslederen, kan det være, at begge parter visiterer, men kun behandlerne har brugerkontakt. Hvis det er en af behandlerne, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen har vedkommende svaret, at hun/han møder en andel af brugerne, men hvis det er behandlingslederen, der har deltaget, har vedkommende svaret, at hun/han ikke møder nogen brugere. 30 af de 78 deltagende visitatorer har angivet en form for chef- eller lederstilling, såsom centerchef eller gruppeleder. Det kan være en forklaring på den relativt høje andel visitatorer, der angiver, at de ikke møder brugerne.

De visitatorer, der mødes med brugere, er blevet spurgt, hvor mange samtaler de har med brugerne, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. Svarene fremgår af tabel 4.3.

TABEL 4.3

Hvor mange samtaler har visitatoren med brugeren, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have?

	Antal	Pct.
En samtale	11	18
To samtaler	17	27
Tre samtaler	10	16
Fire samtaler	5	8
Fem samtaler	1	2
Seks samtaler eller flere	5	8
Ved ikke	13	21
Total	62	100

Som det fremgår af tabellen er det mest almindeligt, at visitatoren gennemfører mellem en og tre samtaler, inden det besluttes, hvilken behandling en bruger skal have. Det gør sig gældende for 60 pct. af visitatorerne. Antallet af samtaler siger ikke nødvendigvis noget om, hvor lang tid bruger og visitator har talt sammen inden visitationsbeslutningen. Visitatorerne er også blevet spurgt, hvor lang tid de taler med brugeren, før visitationsbeslutningen træffes. Svarene fremgår af tabel 4.4.

TABEL 4.4

Hvor lang tid taler visitatoren gennemsnitligt med brugeren, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have?

	Antal	Pct.
En halv time	4	7
En time	6	10
Halvanden time	7	11
To timer	10	16
Tre timer	11	17
Fire timer	8	13
Fem timer	2	3
Seks timer eller mere	6	10
Ved ikke	8	13
Total	62	100

Som det fremgår, er der stor variation i, hvor længe visitatoren gennemsnitligt taler med brugeren, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. I den ene ende af skalaen er der 7 pct., der gennemsnitligt taler med brugeren i en halv time, før de træffer en visitationsbeslutning. I den anden ende er der 10 pct., der taler med brugeren i seks timer eller mere, før de træffer en visitationsbeslutning.

Samtaler med visitatoren eller en anden behandler er ikke nødvendigvis den eneste form for udredning, der går forud for en visitationsbeslutning. I nogle tilfælde får brugere også en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. I tabel 4.5 fremgår det, hvor hyppigt det forekommer.

TABEL 4.5

Hvor mange af de brugere, visitatoren visiterer, vil hun/han skønne har fået en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	37	47
10-19 pct.	13	17
20-29 pct.	2	3
30-39 pct.	4	5
40-49 pct.	0	0
50-59 pct.	3	4
60-69 pct.	2	3
70-79 pct.	2	3
80-89 pct.	3	4
90-100 pct.	2	3
Ved ikke	10	13
Total	78	100

Det er de færreste stofmisbrugere, der får en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have. Knap halvdelen af visitatorerne (47 pct.) vurderer, at det er under 10 pct. af de brugere, som de visiterer, der har fået en psykiatrisk eller psykologisk udredning. En mindre andel visitatorer skønner, at det er væsentlig højere andele af de brugere, de visiterer, helt op til 90-100 pct., der har fået lavet en psykiatrisk eller psykologisk udredning. Der er altså spredning i besvarelsene. Flertallet skønner dog, at andelen af brugere, der får lavet en psykiatrisk eller psykologisk udredning, inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have, er lav.

SKRIFTLIGE PLANER OG OPFØLGNING

I de officielle vejledninger, der relaterer til stofmisbrugsbehandling, bliver der skelnet mellem handleplaner og behandlingsplaner. Mens behandlingsplanen udelukkende angår behandlingen, skal handleplanen koordinere stofmisbrugsbehandlingen med indsatsen over for de øvrige sociale problemstillinger, der kan være aktuelle for stofmisbrugeren (jf. Vejledning nr. 7 til Serviceloven (VEJ nr. 98 af 05/12/2006), pkt. 21; Vejledning 4 til Serviceloven (VEJ nr. 95 af 05/12/2006), pkt. 207). De øvrige indsatser kan angå sociale forhold, beskæftigelse, børn, sundhed osv.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi bedt visitatorerne skønne, hvor mange brugere i stofmisbrugsbehandling i deres kommune, der har en social handleplan efter Servicelovens § 141. En handleplan efter denne lov skal angive, hvad formålet med indsatsen er, hvilke indsatser der skal til for at realisere formålet, hvilke forventninger man har til tidshorizonten samt andre særlige forhold. Svarene fremgår af tabel 4.6.

TABEL 4.6

Hvor stor en andel af kommunens brugere har efter visitatorens skøn en social handleplan efter Servicelovens § 141?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	12	16
10-19 pct.	1	1
20-29 pct.	6	8
30-39 pct.	3	4
40-49 pct.	5	7
50-59 pct.	4	5
60-69 pct.	2	3
70-79 pct.	4	5
80-89 pct.	9	12
90-100 pct.	11	14
Ved ikke	20	26
Total	77	100

Ifølge visitatorernes skøn, er der relativt store forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor stor en andel af brugerne, der har en social handleplan efter Servicelovens § 141. 16 pct. af visitatorerne skønner således, at det er under 10 pct. af brugerne, der har en social handleplan, mens der i den anden ende af skalaen er 14 pct., der skønner, at det er mellem

90 pct. og 100 pct. af brugerne, der har en social handleplan. 26 pct. af visitatorerne har svaret, at de ikke ved, hvor stor en andel af brugere i deres kommune, der har en social handleplan.

Det må understreges, at besvarelsene er udtryk for *visitatorernes skøn*. Delrapport 2 samt journalundersøgelsen, som præsenteres sidst i denne rapport, tegner andet billede af handleplaners forekomst. Det skal bl.a. nævnes, at to af de visitatorer, som i spørgeskemaet skønner, at det er 90-100 pct. af kommunens brugere i stofmisbrugsbehandlingen, der *har* en handleplan, kommer fra kommuner, hvor journalundersøgelsen viser, at henholdsvis 50 pct. og 52 pct. af kommunens brugere i stofmisbrugsbehandling *ikke* har en handleplan i deres journal i det sidste halvandet år før journalundersøgelsen (perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008). I journalundersøgelsen indgik henholdsvis 66 og 70 journaler udtrukket tilfældigt blandt de to kommuners brugere i stofmisbrugsbehandling. Dvs. visitatorerne skønner, at det er 10 pct. eller mindre af kommunens brugere, der ikke har en handleplan, mens journalundersøgelsen viser, at det er omkring halvdelen af brugerne, der ikke har en handleplan. Journalundersøgelsen går dog kun halvandet år tilbage, og nogle af de brugere, der ikke har fået udarbejdet en handleplan i denne periode, kan naturligvis have en handleplan af ældre dato. I så fald er det dog tvivlsomt, hvilken aktuel værdi den har som redskab til koordinering og behandlingsplanlægning.

Det er også muligt, at visitatorerne ikke ved eller ikke ønsker at oplyse, hvor lav andelen af brugere med handleplaner er. Vi har kun mulighed for at lave en kontrol af visitatorernes angivelser af andelen af brugere med handleplaner i de to tilfælde, hvor kommunen både deltager i journalundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen, men uoverensstemmelsen i disse to tilfælde indikerer, at spørgeskemametoden ikke nødvendigvis giver valid information om forekomsten af handleplaner.

Man kan forestille sig flere årsager til, at mange brugere ikke har handleplaner. Det kan skyldes, at behandlere ikke ønsker at udarbejde dem, fordi de ikke mener, de er relevante eller tilfører behandlingsarbejdet værdi. Denne forklaring afkræfter vores datamateriale dog: Som det også fremgår senere i afsnittet giver visitatorer udtryk for, at handleplaner er vigtige for behandlingsarbejdet. De manglende handleplaner kan skyldes, at behandlere ikke oplever, at de har tid til handleplansarbejdet. Denne forklaring hverken be- eller afkræftes i datamaterialet. Endelig kan det skyldes, at brugere takker nej. Servicelovens § 141 lyder, at

”kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan” (se også vejledning 1 til Serviceloven, 101: ”Særligt om handleplaner til stofmisbrugere”). Stofmisbrugere skal have et tilbud, men har selvfølgelig mulighed for at takke nej. I spørgeskemaet er visitatorerne blevet bedt skønne, hvor stor en andel af brugerne i deres kommune, der er blevet *tilbudt* en social handleplan efter § 141. Svarene fremgår af tabel 4.7.

TABEL 4.7

Hvor stor en andel af kommunens brugere har efter visitatorens skøn fået tilbudt en social handleplan efter Servicelovens § 141?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	11	14
10-19 pct.	3	4
20-29 pct.	3	4
30-39 pct.	1	1
40-49 pct.	3	4
50-59 pct.	5	7
60-69 pct.	4	5
70-79 pct.	1	1
80-89 pct.	3	4
90-100 pct.	20	26
Ved ikke	23	30
Total	77	100

14 pct. af visitatorerne skønner, at det er under 10 pct. af brugerne, der har fået tilbudt en social handleplan efter § 141, mens 26 pct. skønner, at det er mellem 90 pct. og 100 pct. Der er altså ifølge visitatorernes skøn lidt flere brugere, der har fået tilbudt en social handleplan, end der er brugere som har én – hvilket må betyde, at nogle brugere netop takker nej. 30 pct. af visitatorerne ved ikke, hvor stor en andel af brugerne i deres kommune, der har fået tilbudt en social handleplan.

I journalundersøgelsen indgår seks behandlingssteder, hvor der tilsammen er udtrukket 470 journaler tilfældigt. Af disse 470 journaler fremgik det i 29 pct., at brugeren havde talt med en behandler om en handleplan inden for de sidste seks måneder før journalundersøgelsen. Denne andel dækker både over handleplaner og andre former for skriftlige planer/behandlingsplaner, ligesom den både dækker tilfælde, hvor brugeren har sagt ja eller nej til en handleplan/skriftlig plan. I de øvrige 71 pct. af journalerne var ingen form for skriftlig plan blevet tilbudt brugeren ifølge deres journal.

Visitatorerne er også blevet bedt om at vurdere kvaliteten i de sociale handleplaner. Deres svar fremgår af tabel 4.8.

TABEL 4.8

Hvordan vurderer visitatorerne kvaliteten i de sociale handleplaner?

	Antal	Pct.
Kvaliteten er i høj grad tilfredsstillende	14	18
Kvaliteten er i nogen grad tilfredsstillende	29	38
Kvaliteten er i mindre grad tilfredsstillende	10	13
Kvaliteten er slet ikke tilfredsstillende	6	8
Ved ikke	18	23
Total	77	100

Meningerne om kvaliteten af de sociale handleplaner er delte. 18 pct. af visitatorerne mener, at kvaliteten i høj grad er tilfredsstillende, 38 pct. mener, kvaliteten i nogen grad er tilfredsstillende, 13 pct. mener, at kvaliteten i mindre grad er tilfredsstillende, og endelig er der 8 pct., som slet ikke mener, at kvaliteten i de sociale handleplaner er tilfredsstillende. 23 pct. af visitatorerne har svaret 'ved ikke'.

Journalundersøgelsen viser, at kvaliteten af handleplanerne på de seks behandlingssteder, der er inkluderet i denne undersøgelse, er varieret. Der er eksempler på handleplaner, som udarbejdes over flere møder, og som brugeren måske får med hjem, og der er eksempler på handleplaner, som udfyldes meget kortfattet og overfladisk, fx "brugeren ønsker at fortsætte i substitutionsbehandling" og intet andet. Indtrykket fra journalerne er, at handleplanen som regel udarbejdes på ét møde mellem bruger og behandler.

Endelig er visitatorerne blevet bedt om at vurdere, hvorvidt de sociale handleplaner fornys med tilfredsstillende hyppighed. Deres svar fremgår af tabel 4.9.

Som det fremgår af tabellen er flertallet af visitatorer 'mellemfornøjede' med, hvor hyppigt handleplanerne fornys: 30 pct. mener, at de sociale handleplaner i nogen grad fornys med tilfredsstillende hyppighed, mens 26 pct. i mindre grad mener, at de fornys med tilfredsstillende hyppighed. 29 pct. af visitatorer svarer 'ved ikke' på spørgsmålet.

TABEL 4.9

Vurderer visitatorerne, at de sociale handleplaner fornys med tilfredsstillende hyppighed?

	Antal	Pct.
De sociale handleplaner fornys i høj grad med tilfredsstillende hyppighed	7	9
De sociale handleplaner fornys i nogen grad med tilfredsstillende hyppighed	23	30
De sociale handleplaner fornys i mindre grad med tilfredsstillende hyppighed	20	26
De sociale handleplaner fornys slet ikke med tilfredsstillende hyppighed	5	7
Ved ikke	22	29
Total	77	100

I journalundersøgelsen er fornyede handleplaner talt med som handleplaner, og den siger derfor ikke noget specifikt om opfølgning. Journalundersøgelsen analyseres i øvrigt nærmere i rapportens sidste kapitler.

Vi vil nu beskrive opfølgning på handleplaner på baggrund af de kvalitative interview. Når det gælder procedurer for fornyelse og opfølgning af handleplaner har kommunerne gennemgående forskellige procedurer. I nogle kommuner bliver det gjort løbende, når det vurderes at være nødvendigt. Fx fortæller en visitator i en kommune følgende:

Interviewer: Hvad med at justere handleplaner?

Det gør vi løbende.

Interviewer: Så det er ikke med bestemte intervaller?

Jeg vil sige, at det er sagen, der afgør, om vi skal ind og justere nogle ting. Hvis der sker noget, kan det jo ikke nytte, at vi siger, at det først er om 14 dage, vi justerer [handleplanen].

I andre kommuner arbejder man med en kombination af opfølgning i fastlagte intervaller og løbende opfølgning. En visitator fra en anden kommune fortæller:

For det første skal vi hvert halve år her i kommunen – i princippet, så vidt vi nu kan – følge op på dem [de skriftlige planer].

Men det gør vi jo også meget løbende. Det kommer an på, hvad der står i sådan en handleplan. Hvis de skal have tandbehandling, så bliver der jo løbende [fulgt op]: Så går de til tandlæge, og så tjekker vi lige op på, om det er færdigt og sådan noget. Eller er det noget med beskæftigelse, så kan det være kontakt til jobcentret, og så tager vi den der fra. Det kan også være en behandlingsting, der ligger efter måneder. Det kan også være nogle være nogle ting, vi aftalte. Om ikke andet, så bliver der i hvert fald fulgt op efter seks måneder, men der kan også være frister på enkeltstående punkter, som er forskellige. Derfor siger man: Efter seks måneder skal det hele lige tages op og ses efter.

I denne kommune kombinerer man en procedure med fast opfølgning hver sjette måned med en ad hoc-opfølgning, når det er nødvendigt.

I nogle kommune skelner man mellem procedurer for opfølgning indbyrdes blandt behandlerne (denne type opfølgning kaldes ofte for klient-konferencer eller klient-gennemgang) og opfølgninger, hvor behandler taler med brugeren. En visitator fortæller:

Vi har klientkonference en gang om ugen, hvor brugerne bliver skrevet ind i sådan et fast 'rul', hvor sagen bliver vendt efter 8 uger og efter 26 uger, og det gør den fortløbende efter 26 uger, i al den tid de er her. Så kan der selvfølgelig være nogle ad hoc, hvor man tager dem ind imellem. Men den bliver vendt fast i hele personalegruppen hvert halve år, hvor man drøfter, hvor de er henne i forhold til behandlingsplanen: Hvad arbejder man med? Hvad ser vi? [...]. Den laver vi hvert halve år, så indimellem er der selvfølgelig opfølgning med sin egen behandler, hvor man drøfter, hvor man er henne.

Interviewer: Er det også med faste intervaller?

Ja, det skulle gerne være hver tredje måned, som udgangspunkt tilstræber vi, at de ved, hvor de er henne i behandlingen, og hvor de skal videre hen.

I denne kommune bliver brugerens behandling dels drøftet hvert halve år på en klientkonference (mellem behandlere), og dels drøftet mellem

bruger og behandler hver tredje måned i en opfølgningssamtale. Det er kommunens faste procedurer for opfølgning. Herudover kan der naturligvis være nogle ting, behandlerne må følge op på ad hoc.

Bestiller-kommuner, dvs. kommuner, der køber al stofmisbrugsbehandling til deres brugere i en anden kommune, er i den særlige situation, at deres opfølgning på brugernes behandling samtidig er en opfølgning på leverandørens arbejde. En visitator fra en bestiller-kommune fortæller:

[Leverandøren] skal justere den [skriftlige plan for behandling] hvert halve år[...]. Men ideen er, at vi skal mødes med de brugere, der er indskrevet i [leverandørens tilbud] og deres kontaktpersoner, og hvem der ellers er inddraget hver tredje måned. Sådan så vi kan holde mere snor i, hvad der foregår. Og det er igen, det der med, at vi har sådan set rigtig stor tiltro til det, de laver, fordi de har mange års kompetence, men selvfølgelig handler det også om dokumentation, og de har ikke været vant til at dokumentere på samme måde, fordi det har været det amtslige regi. De har selvfølgelig dokumenteret, men i en anden form. [Denne] kommune betaler, og der skal selvfølgelig også ligge noget helt klar dokumentation for, hvad det er, vi får for pengene.

Bestiller-kommunen ønsker, at der er en opfølgning hver tredje måned i form af et fælles møde mellem bestiller-kommunen, bruger og brugerens kontaktperson. Denne faste procedurer er dog ikke implementeret endnu. Visitatoren forklarer:

Som sagt så er det på tegnebrættet. Lige nu der ringer vi ned til [leverandøren] og siger, nu kan vi se, at den og den har været indskrevet hos jer så mange måneder, skulle vi ikke se og lave et møde?

Opfølgningen foregår altså foreløbig ad hoc, ved at man ringer leverandøren op, når man opdager et behov.

Formålene med de skriftlige planer er at planlægge, koordinere og dokumentere behandlingen. De skriftlige planer kan også være en

forudsætning for at få tilbudt fx stoffri døgnbehandling, som en visitator forklarer:

Der er jo som regel ventetid på at komme i døgnbehandling. Det kan der være forskellige grunde til. Der kan jo være ventetid på døgninstitutionen, hvor de skal hen. Der er nogle praktiske ting, der skal være i orden såsom økonomiberegning i forhold til at lave en opholdsbetaling. Der skal helst være lavet *en social handleplan*, som de skal være klar på, dvs. de skal sætte sig nogle helt klare mål, og det kan jo være svært for mange. Der er også en *behandlingsplan*, som vi laver, der indeholder behandlingspunkter: Hvad er det, de gerne vil arbejde med, når de kommer ind til døgnbehandling. Det kan jo også være svært for mange at få konkretiseret ud[...]. Der er også nogle, der ikke er vant til at reflektere så meget over tingene – de kan også have svært ved det. Og så har vi den gruppe af indvandrere, som taler enormt dårlig dansk osv. De har jo også svært ved at formulere det ... Vi har jo mulighed for, hvis det er så slemt i forhold til en handleplan, så indkalder vi jo en tolk og får tolk på. Det er ikke noget problem, fordi vi hurtigt kan rekvirere en tolk. Men de kan jo også sige nej til en handleplan, og det kan være svært, hvis man skal sende dem i en stoffri døgnbehandling: Hvis der ikke ligger nogen som helst plan med mål og arbejdsplaner for, hvad det skal gå ud på. Så er det, at de [visitationsudvalget] normalt siger: ”Nå, så kan det være, de skal i introgruppen eller skal have nogle flere afklarende samtaler for at blive lidt mere bevidste”.

Visitator nævner både en social handleplan og behandlingsplan, som en forudsætning for, at man kan komme i døgnbehandling. Man skal vide, hvad mål og arbejdsplaner er, før man kan sende brugeren af sted i døgnbehandling, ellers vil visitationsudvalget afslå ønsket. Dette krav udgør en barriere for de mange brugere, der ifølge visitatoren har enten svært ved at arbejde på handleplans-måden (reflektere over deres situation, formulere ønsker på en konkret måde) samt brugere, der taler dårlig dansk. Hvis brugeren takker nej til de skriftlige planer, kan de almindeligvis ikke komme af sted i døgnbehandling.

Visitatorerne fortæller, at de skriftlige planer også er vigtige i forbindelse med udsusning af behandling. En visitator fortæller:

Det er noget af det, vi faktisk har fokus på lige nu, fordi vi selvfølgelig oplever, at der er mange, der får tilbagefald: Dér, hvor vi så prøver at være med på banen [er i forhold til], at vi så sikrer, at vi får lavet en handleplan for den enkelte. Sådan så i det øjeblik, hvor vi siger, at nu slipper vi behandlingen, så kører de andre ting, der er i ens liv. Ellers så er arbejdet spildt. Så det prøver vi at have meget fokus på: At der så er en handleplan [...]. Det vil typisk være der, hvor det handler om døgnbehandling [...]. Der er mine socialkonsulenter på banen i forhold til selve udslusningen og sikrer, at man får kontakt med de steder, man nu skal have, at boligforholdene nu er i orden, og beregning af kontakthjælp er på plads. Alt det der, der nu kan komme ind som forstyrrende elementer og gøre, at man bliver usikker og kommer til at springe fra tue til tue, som vi egentligt oplever at vores stofmisbrugere gør, når de rigtigt har det skidt. Så er det jo den ene konflikt, der afløser den anden. Så det prøver vi på via handleplanerne.

Denne visitator er fra en bestiller-kommune, hvor man forsøger at bruge handleplanerne til at sikre brugerens fodfæste i forbindelse med udslusning fra behandling. Handleplanerne skal sikre, at brugerens grundlæggende forhold såsom bolig og forsørgelse er i orden, og at der er kontakt til de steder, der skal være [fx jobcenter, socialafdeling, boligkontor]. Handleplanen er på den måde med til at modvirke tilbagefald og sikrer, at behandlingsarbejdet ikke har været spildt.

Journalundersøgelsen, som behandles i rapportens sidste kapitler samt delrapport 2, viser, at i nogle kommuner er det meget få brugere, der overhovedet har en aktuell social handleplan. Det er imidlertid ikke et problem, som visitatorerne beskriver i de kvalitative interview. Visitatorerne fortæller i de kvalitative interview, at nogle brugere takker nej og kan have svært ved at reflektere på det niveau, en handleplan kræver, men ikke, at brugere slet ikke bliver tilbudt en social handleplan. Da interviewene med visitatorerne blev foretaget, vidste de som beskrevet i kapitel 2 ikke, at de ville være anonyme i rapporten. Der er lovkrav omkring, at brugere skal tilbydes handleplaner. En årsag til, at visitatorerne ikke beskriver problemer med at leve op til dette lovkrav, kan være den manglende viden om anonymitet på interviewtidspunktet. Vi kan imidlertid kun gisne om årsagen.

UDEBLIVELSER OG TILBAGEFALD

Dette afsnit handler om procedurer i forbindelse med udeblivelser og tilbagefald. Først skal vi se, hvor stort et problem udeblivelser er i forbindelse med visitationssamtaler. Visitatorerne er blevet spurgt, hvor stor en del af brugerne, der udebliver fra en eller flere visitationssamtaler, og deres svar fremgår af tabel 4.10.

TABEL 4.10

Hvor stor en del af brugerne udebliver efter visitatorernes skøn fra en eller flere visitationssamtaler?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	14	23
10-19 pct.	16	26
20-29 pct.	11	18
30-39 pct.	7	11
40-59 pct.	6	10
60-79 pct.	2	3
Ved ikke	6	10
Total	62	100

23 pct. af visitatorerne skønner, at det er mindre end 10 pct. af brugerne, der udebliver fra en eller flere visitationssamtaler. Resten, dvs. de fleste visitatorer, oplever udeblivelser fra hver tiende bruger eller mere. Nogle visitatorer oplever ligefrem, at der er flere brugere, der udebliver fra visitationssamtaler, end der er brugere, der møder frem.

Visitatorerne er blevet spurgt, om de kontakter de brugere, der udebliver fra visitationssamtaler. Svarene fremgår af tabel 4.11.

TABEL 4.11

Kontakter visitatorerne brugere, som ikke møder om til en visitationssamtale?

	Antal	Pct.
Ja	40	65
Nej	17	27
Ved ikke	5	8
Total	62	100

De fleste visitatorer (65 pct.) kontakter brugere, som ikke møder op til en visitationssamtale, men godt hver fjerde (27 pct.) gør ikke.

Blandt de visitatorer, der kontakter udeblevne brugere, kan der være stor forskel på, hvilke metoder de bruger til at opnå kontakt. Det fremgår af svarene på næste spørgsmål, hvor visitatorerne er blevet spurgt, hvordan de kontakter udeblevne brugere.

TABEL 4.12

Howdan bliver udeblevne brugere kontaktet?

	Antal	Pct.
Brev	25	63
Opringning	39	98
Sms	12	30
E-mail	3	8
Brugeren opsøges personligt af visitator	4	10
Brugeren opsøges personligt af udegående personale (fx støtte- og kontaktperson)	9	23

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 40 visitatorer, der svarer, at de kontakter brugere, der udebliver fra en visitationssamtale. Der var mulighed for at afgive flere svar.

Blandt de visitatorer, som kontakter udeblevne brugere, er en telefonisk opringning næsten altid blandt de metoder, man bruger til at forsøge at få kontakt. 63 pct. af visitatorerne forsøger også pr. brev, og 30 pct. sender en sms.

Visitatoren er blevet spurgt, om brugeren udskrives, hvis vedkommende ikke møder op til et vist antal samtaler i visitationsprocessen. Deres svar fremgår af tabel 4.13.

TABEL 4.13

Udskrives visitatorerne brugere, som udebliver?

	Antal	Pct.
Ja	32	52
Nej	21	34
Ved ikke	9	15
Total	62	100

Godt halvdelen af visitatorerne (52 pct.) udskrives brugere, der udebliver fra et vist antal samtaler i visitationsprocessen. Det er forskelligt, hvor

mange samtaler brugeren skal udeblive fra, før udskrivningen falder. De 32 visitatorer, der har svaret, at udeblevne brugere udskrives, er blevet spurgt, hvor mange på hinanden følgende gange, en bruger skal udeblive fra en samtale, før vedkommende udskrives. Svarene fremgår af tabel 4.14.

TABEL 4.14

Hvor mange samtaler i forbindelse med visitationen skal en bruger udeblive fra, før vedkommende udskrives?

	Antal	Pct.
1-2 samtaler	7	22
3-4 samtaler	13	41
Flere samtaler	1	3
Individuel vurdering	6	19
Ved ikke	5	16
Total	32	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra de 32 visitatorer, der svarer, at de udskrives brugere, der udebliver.

41 pct. af visitatorerne fortæller, at en bruger udskrives af behandling, hvis vedkommende udebliver fra 3-4 samtaler i forbindelse med visitationen, mens 22 pct. af visitatorerne fortæller, at udskrivningen allerede falder efter 1-2 udeblivelser. 19 pct. af visitatorerne fortæller, at man ikke har nogen faste regler med hensyn til antal udeblivelser og udskrivning, men lader udskrivning være baseret på en individuel vurdering. 16 pct. af visitatorerne svarer, at brugere, der udebliver, bliver udskrevet, men de ved ikke, hvor mange gange en bruger skal udeblive, før vedkommende udskrives.

I de kvalitative interview uddyber visitatorerne de forskellige procedurer i forbindelse med udeblivelser. I nogle kommuner er det en kort historie, idet brugeren udskrives uden anden opfølgning i tilfælde af udeblivelser. En visitator siger fx:

Der jo en del, der ikke møder op [til visitationssamtaler] eller aflyser dem ... Ved manglende fremmøde gør vi som regel ikke noget. Der må de [brugere] selv henvende sig igen.

En anden visitator, hvor proceduren også er, at udeblivelser bliver fulgt op af udskrivning, forklarer:

Vi giver dem selvfølgelig meddelelse om, at de er udeblevet, og så afslutter vi dem. Så tolker vi det jo som, at de ikke har lyst til det. Der er ikke noget tvang, så man kan ikke sige, at de *skal* være her. Så [hvis de udebliver] så udskrives man dem. Og hvis de så får brug for vores hjælp igen, så kommer de igen, og så skal de igennem hele proceduren en gang til.

Visitatoren begrundede udskrivningsproceduren med, at behandling er frivillig, og udeblivelser tolkes som et fravalg. Eftersom brugere ikke kan tvinges i behandling, udskrives de i tilfælde af udeblivelser. Det er imidlertid ikke alle visitatorer, der tolker udeblivelser på denne måde. En anden visitator har denne tolkning af udeblivelser:

Det med at udeblive og have et ustabil forløb, det hører faktisk med for mange, fordi meningen med at gå i behandling, det er der altså nogen [brugere], der skal bruge noget tid på at finde ud af, hvad det egentligt er for dem. Så jeg synes, at god stofmisbrugsbehandling også er, at den behandler, som har klienten, altså hovedbehandleren, er ansvarlig for, at folk er i et aktivt forløb. Dvs. at man bliver kontaktet, hvis man udebliver. Helst med det samme egentligt pr. sms eller pr. telefon, eller hvad der nu passer den enkelte klient. Så man bliver kontaktet venligt med tilbud om en ny behandling. Jeg synes da selvfølgelig, at det er fint, hvis man kan lære sine klienter, at det er rigtigt dejligt, hvis de kan melde afbud, og at det kan være fair nok at melde afbud. Men det er behandleren, der har ansvaret for at være den her imødekommende og sikre et aktivt behandlingsforløb.

Her bliver udeblivelser ikke tolket som et fravalg af behandling, men som et udtryk for, at brugeren har brug for støtte. Fordi tolkningen af udeblivelser er forskellig, er det også en anden reaktion, der anbefales. Det er ikke udskrivning, men en opsøgende og imødekommende behandlingsstrategi. En tredje visitator fortæller, at hans tolkning og reaktion på udeblivelser afhænger af hans generelle fornemmelse for brugerne:

Det afhænger lidt af, hvilken bruger du har herinde. Hvis jeg har én der er rimelig ressourcestærk, hvor jeg mener, at folk godt kan selv – hvilket er lidt en fingerspidsfornemmelse – så er det folks eget valg. Så må man som udgangspunkt sige, at de nok ikke havde behov for hjælpen. Der foretager vi faktisk ikke noget. Vi plejer at lade sagerne stå administrativt åbne i to måneder, og hvis vi ikke har haft nogen kontakt der, lukker vi sagen. Hvis jeg kan mærke, at det er nogen, der af den ene eller anden årsag har lidt svært ved det, eller jeg har en bekymring om piger i selvmordstanker og lignende, så skriver jeg faktisk et kaldebrev. Der er jo nogen, der er skruet sådan sammen, at hvis de misser en samtale, så bliver de flove. Hvis jeg har sådan en fornemmelse, skriver jeg til folk og prøver på meget venlig måde at fortælle dem, at min dør er åben, eller jeg bekymrer mig for dem, og beder dem ringe til mig. Men der er aldrig pres eller pegefinger hernede. Det er et godt udgangspunkt.

Denne visitator fortæller om forskellige procedurer, som afhænger af hans fingerspidsfornemmelse for brugeren. Hvis han opfatter brugeren som en ressourcestærk person, så tolker visitatoren udeblivelsen som et udtryk for, at brugeren alligevel ikke havde behov for hjælpen, og han foretager sig ikke noget. Hvis han derimod opfatter brugeren, som én, der har det svært, så skriver han et ”kaldebrev” efter udeblivelser.

Der er flere af visitatorerne, der fortæller om bestemte breve, der udsendes som en del af proceduren i forbindelse med udeblivelser. Denne visitator fortæller fx om et ’8-dages brev’, man bruger i denne kommune:

[I tilfælde af udeblivelser] så gør vi det, at vi griber fat i dem enten pr. telefon eller brev og giver dem en ny tid [...]. Men reagerer de ikke på det brev, man sender dem – og det kan man så se, hvis de ikke kommer til aftalen – så får de et brev mere som oftest. Reagerer de heller ikke på det, så får de det, der hedder et ’8-dages brev’. Det betyder, at hvis ikke de svarer eller reagerer inden otte dage, så bliver sagen henlagt.

En anden visitator, der er placeret på et behandlingssted, som leverer stofmisbrugsbehandling til andre kommuner, fortæller om et lignende

brev og forklarer, at udskrivning som reaktion på udeblivelser også er et spørgsmål om kroner og ører:

[I tilfælde af udeblivelser] så skriver vi eller forsøger at ringe til brugeren for at høre, hvad der sker. Hvis vi skriver et brev, står der typisk i dette, at de skal henvende sig inden en bestemt dato. Det plejer at være en uges tid, de har til at henvende sig. Gør de ikke det, vil de blive udskrevet – det fremgår også af brevet[...]. Det er et spørgsmål om kroner og ører, fordi en plads her koster penge, og vi kan ikke tage penge for en plads, hvor der ikke finder behandling sted.

Breve som reaktion på udeblivelser er imidlertid ikke helt uproblematisk i forhold til denne gruppe, idet man ikke kan være sikker på, at de når frem. En visitator fortæller:

Man kan skrive til dem, og selvfølgelig ved man godt, at de ikke får læst deres post, fordi måske er de slet ikke i lejligheden. Og de glemmer. Deres fokus er jo et andet sted.

Visitatoren fortæller, at man i nogle tilfælde kan bruge støtte- og kontaktpersoner til at opnå kontakt med brugere, der udebliver og ikke reagerer på brevene. Det er dog i tilfælde, hvor der er en særlig bekymring, fx for at brugeren er psykotisk.

Når det handler om udeblivelser inde i et behandlingsforløb, som omfatter substitutionsbehandling, så kan tilbageholdelse af medicin i yderste konsekvens være en reaktion på udeblivelse. Det fortæller denne visitator:

Det kan godt være lidt vanskeligt at fastholde de rigtig gamle, som kun har ét ønske; få deres medicin og ellers leve deres liv[...]. Jeg ved ikke, om vi i alle de år har været ude for en eller to, hvor vi så afbrød deres ordination. Jeg bryder mig ikke om det. Det er et magtmiddel. Men hvad skal man gøre, hvis ikke man har haft kontakt med nogen i 4-5-6 måneder, og de stadigvæk ikke kommer?[...]. De har måske fået deres medicin på [udleveringssted 1] eller fået deres medicin i [udleveringssted 2]. Og så kommer de ikke til de samtaler, og de kommer ikke til læge-

samtaler. Men det er meget få tilfælde, hvor vi har gjort det, at vi har sagt: ”Hvis ikke du kommer, så bliver vi altså nødt til at afbryde ordinationen. Du kan selvfølgelig få den igen, men vi bliver bare nødt til at have kontakt med dig, fordi det er vores ansvar”.

Afbrydelse af en ordination er en sanktionsmulighed i forhold til brugere, der udebliver, hvis de får substitutionsbehandling. Der kan være andre konsekvenser af udeblivelser. En visitator fortæller:

Jeg har en [bruger], som kom ind og gerne ville i døgnbehandling, og det kom han også, men han blev hurtigt smidt ud igen, fordi han ikke opførte sig ordentligt. Og han vil stadig gerne i døgn, men han kommer ikke til samtaler med mig. Jeg kan ikke bare sende ham i døgn, når jeg ikke har talt med ham. Det kan jeg ikke af flere grunde. Der var ting, der skulle afklares inden i forhold til, om han har ADHD. Vi skulle have afklaret en diagnose. Der er også noget økonomi, og der er også; hvor han er henne? Altså, det kan vi jo ikke. Så der er et vist ansvar for brugeren om at tage del i egen behandling. Vi kan jo ikke behandle nogen, som ikke giver noget eller møder op.

Brugeren udebliver fra samtalerne hos visitatoren, og en konsekvens heraf er, at han ikke kan komme i døgnbehandling, selvom han ønsker det. Visitatoren præsenterer det ikke som en sanktion, men en konsekvens: Der er ting, der skal afklares, før han kan komme i døgnbehandling, og når han ikke møder op, betyder det, at han ikke kan komme af sted. Visitatoren understreger i den forbindelse brugerens eget ansvar.

Andre visitatorer fortæller, hvordan de bruger alternative strategier til at opnå kontakt med de brugere, der ofte udebliver. En visitator fortæller fx:

Vi giver dem en ny tid og motiverer dem til at komme til den. Og hvis der er mange udeblivelser, så begynder vi at kigge på, om det er, fordi vi stiller nogle krav, brugeren ikke profiterer af. Så må vi jo se, om vi kan ramme dem på en anden måde. Give dem tider i forbindelse med medicinudleveringen, hvor de er her alligevel, eller se om vi kan lave det ovre i cafeen[...]. Der [er]

nogle [brugere], der måske har svært ved denne her strukturerede samtaleform, hvor man får et kort; ”og du skal komme på torsdag kl. ti, og det skal du huske. Og det er du ansvarlig for, [hvor] du møder op, og du deltager i denne her strukturerede samtale i en time eller halvanden.” Det er der nogle, der bare ikke kan være i. Dem synes jeg, vi begynder at nå, netop ved at vi har udvidet vores åbningstilbud[...]. Der er rigtig mange af behandlerne, der har været gode til gå over og lave ad hoc-samtaler og lærer at måle det på andet end antal udeblivelser, men få noget ud af at have behandlingssamtaler i cafeen.

Visitatoren fortæller, at hvis brugerne har mange udeblivelser, så skal man overveje, om det kan være, fordi der stilles krav, som brugerne ikke profiterer af – og hvis det er tilfældet, må man forsøge at nå brugeren på en anden måde, end ved at give dem en tid til samtale ”torsdag kl. 10”. Det kan fx være ved at opnå kontakt med brugerne i forbindelse med udlevering af substitutionsmedicin eller lade caféen være rammen om en samtale. Det trives nogle brugere bedre med.

Ligesom med udeblivelser er der forskellige procedurer, når det kommer til reaktionen på tilbagefald. I nogle kommuner har man en fast regel med, at hvis brugeren forlader en døgnbehandling pga. tilbagefald, så kan vedkommende vende tilbage til døgnbehandling inden for et bestemt antal dage. En visitator svarer således på nedenstående spørgsmål:

Interviewer: Hvordan håndterer man tilbagefald? Kan man fx komme tilbage til en døgnbehandling uden gen-visitation, hvis man har fået tilbagefald?

Ja. Men der har vi jo aftaler med de forskellige institutioner. De har jo også deres egne regler, som vi er nødt til følge. Så nogle steder kan det være de siger; ”De må godt komme tilbage, men de skal vente en uge, eller de skal vente 14 dage”. Vi har en regel om, at hvis det er inden 14 dage, så kan vi godt sende dem tilbage ... Vi vurderer selv, om de er motiverede nok som sådan. Der kan være andre plausible grunde til, at de skal tilbage. Går der længere tid, så skal det op på visitation igen.

I andre kommuner skal der altid en ny visitation til uanset, hvor hurtigt brugeren fortryder. Således svarer en anden visitator:

Interviewer: Har I nogle faste regler for, hvordan man håndterer tilbagefald efter fx døgnbehandling. Kan man komme tilbage til døgnbehandling efter et tilbagefald?

Det kan du godt, men hos os er det altid en individuel vurdering.

Interviewer: Kræver det en ny visitationsrunde?

Ja, det gør det.

Interviewer: Så hvis brugeren går fra døgnbehandling i fem dage og har et tilbagefald, så skal der en ny visitationsrunde til?

Ja, det skal der.

Visitatoren i kommunen fortæller endvidere, at det, at brugeren tidligere har forladt døgnbehandlinger bliver vægtet i den nye visitationsrunde. Hun fortæller: ”hvis folk er gået fra tre døgnbehandlinger, så bevilger vi jo ikke den fjerde.”

Procedurer i forhold til udeblivelser og tilbagefald er altså forskellig fra kommune til kommune, hvilket også hænger sammen med, at der er forskellige holdninger til og forståelser af brugerne. Nogle visitatorer lægger således vægt på, at hvis der er et problem med udeblivelser, så kan det være, at det er behandlingssystemet, der er skruet forkert sammen. En visitator fortæller, at man i stedet for at insistere på en struktureret model for samtaler, hvor brugere skal møde op ”torsdag kl. 10”, har haft succes med en opsøgende behandlingsstrategi, hvor samtalerne foregår ad hoc, fx på behandlingsstedets café, tilrettelagt på tidspunkter, hvor brugerne er friske og i stand til at samtale. Andre visitatorer understreger brugerens eget ansvar for at møde op og udskriver udeblevne brugere uden at kontakte dem.

OPSUMMERING

Dette kapitel har handlet om visitatorernes sagsbehandlingsprocedurer i forbindelse med udredning, skriftlige planer og opfølgning samt udeblivelser og tilbagefald.

Når det gælder udredning viser spørgeskemaundersøgelsen, at de fleste visitatorer har mellem en og tre visitationssamtaler med hver enkelt bruger, før det besluttet, hvilken behandling vedkommende skal have. Samtalerne har en meget varierende sammenlagt længde fra en halv time til seks timer eller mere. Nogle brugere får derudover lavet en psykologisk eller psykiatrisk udredning inden de visiteres – men det er de færreste. De fleste visitatorer skønner, at under en femtedel af brugerene, får lavet en sådan udredning.

Ifølge visitatorernes skøn er der relativt store forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor stor en andel af brugerne, der har en social handleplan efter Servicelovens § 141. 16 pct. af visitatorerne skønner således, at det er under 10 pct. af brugerne, der har en social handleplan, mens der i den anden ende af skalaen er 14 pct., der skønner, at det er mellem 90 pct. og 100 pct. af brugerne, der har en social handleplan. Lidt flere brugere skønnes at have fået tilbudt en handleplan, end der er brugere, der har en handleplan, hvilket må betyde, at nogle brugere takker nej. Meningerne om kvaliteten af de sociale handleplaner er delte. 18 pct. mener kvaliteten i høj grad er tilfredsstillende, 38 pct. mener, kvaliteten i nogen grad er tilfredsstillende, 13 pct. mener, at kvaliteten i mindre grad er tilfredsstillende, og endelig er der 8 pct., som slet ikke mener, at kvaliteten i de sociale handleplaner er tilfredsstillende. Med hensyn til fornyelse af handleplaner er visitatorerne mindre tilfredse: 56 pct. af visitatorerne vurderer, at de sociale handleplaner i nogen eller mindre grad fornyes med tilfredsstillende hyppighed. I de kvalitative interview beskriver nogle visitatorer, at der følges op på handleplaner ad hoc, mens andre visitatorer fortæller, at der er faste procedurer og intervaller for opfølgning på brugernes skriftlige planer for behandling.

Journalundersøgelsen, som analyseres i kapitel 7 og 8, indikerer, at mange stofmisbrugere slet ikke har en handleplan. Journalundersøgelsens resultater står i modstrid med de oplysninger visitatorerne giver i spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview. I en direkte sammenligning kan det konstateres, at to af de visitatorer, som i spørgeskemaet skønner, at det er 90-100 pct. af kommunens brugere i stofmis-

brugsbehandlingen har en handleplan, kommer fra kommuner, hvor journalundersøgelsen viser, at det reelt kun er henholdsvis 48 og 50 pct. af kommunens brugere i stofmisbrugsbehandling, som har fået en handleplan inden for halvandet år. (I journalundersøgelsen indgik henholdsvis 66 og 70 journaler udtrukket tilfældigt blandt de to kommuners brugere i stofmisbrugsbehandling). Enten ved visitatorerne ikke bedre eller også ønsker de ikke at oplyse, hvor lav andelen af brugere med handleplaner er. Heller ikke i de kvalitative interview, giver visitatorerne udtryk for, at der er et problem med manglende handleplaner. Visitatorerne fortæller i de kvalitative interview, at nogle brugere takker nej og kan have svært ved at reflektere på det niveau, en handleplan kræver, men ikke, at brugere slet ikke bliver tilbudt en social handleplan. Da interviewene med visitatorerne blev foretaget, vidste de som beskrevet i kapitel 2 ikke, at de ville være anonyme i rapporten. Der er lovkrav omkring, at brugere skal tilbydes handleplaner. En årsag til, at visitatorerne ikke beskriver problemer med at leve op til dette lovkrav, kan være den manglende viden om anonymitet på interviewtidspunktet. Vi kan imidlertid kun gisne om årsagen til uoverensstemmelsen.

De fleste visitatorer oplever, at en del af brugerne udebliver fra deres aftaler. Procedurene i forhold til udeblivelser er forskellige: Nogle visitatorer kontakter udeblevne brugere (65 pct.), andre gør ikke (27 pct.), nogle visitatorer udskriver udeblevne brugere (52 pct.), andre gør ikke (34 pct.) osv. De kvalitative interview viser, at de forskellige procedurer hænger sammen med, at baggrunden for udeblivelser bliver tolket forskelligt. Nogle visitatorer tolker udeblivelser som et tegn på, at brugeren ikke ønsker behandling. På baggrund af denne tolkning er udskrivning en naturlig reaktion på udeblivelser. Andre visitatorer tolker udeblivelser som tegn på, at brugere kan være for ressourcetsvage til at møde op. På baggrund af den tolkning kan en reaktion være, at visitatorerne opsøger brugerne og gør det lettere for brugeren at opnå kontakt, fx ved at lade et værested danne rammen om kontakten.

REDSKABER OG SAMARBEJDS- PARTNERE I SAGSBEHAND- LINGSPROCESSEN

I dette kapitel skal vi se på de redskaber visitatorerne bruger i sagsbehandlingsprocessen. Det drejer sig om redskaber til udredning af brugers behandlingsbehov, redskaber til information om behandlingstilbud samt redskaber til at holde styr på den viden, visitatorerne indsamler. I kapitlet skal vi også se på visitatorernes samarbejde med aktører fra andre systemer; socialafdelingen og jobcentret i kommunen, psykiatrien, Kriminalforsorgen samt døgnbehandlingssteder. Kapitlet er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer samt kvalitative interview med samme gruppe.

I kapitlet bliver der ikke skelnet mellem visitatorer fra henholdsvis udfører- og bestiller-kommuner, fordi denne skelnen ikke siger noget entydigt om, hvilken situation visitatoren befinder sig i. Selvom visitatoren er fra en udfører-kommune, behøver vedkommende ikke være placeret på behandlingsstedet, men kan være placeret i en myndighedsafdeling. I så tilfælde vil visitatoren være i en situation, som er mere lig visitatoren i en myndighedsafdeling i en bestiller-kommune end en visitator fra en udfører-kommune. Ligeledes kan der være 'hybrider' af visitationsmodeller, som vi så i eksempel 3 i kapitel tre, hvor visitatoren organisatorisk tilhører en myndighedsafdeling, men fysisk er placeret på behandlingsstedet. Da der eksisterer visitationsstrukturer i adskillige vari-

anter, skelner vi ikke i det følgende, men medtager alle de respondenter, der har svaret, at man varetager visitation.

REDSKABER

Visitatorer har brug for viden om dels den enkelte bruger, og dels de relevante behandlingstilbud. I dette afsnit skal vi se på, hvilke redskaber visitatorerne bruger til at indsamle og dokumentere denne viden. Afsnittet gennemgår først spørgeskemaundersøgelsens oplysninger om, hvilke redskaber der bruges, og derefter bruger vi de kvalitative interview til at uddybe, *hvordan* de forskellige redskaber bliver brugt, eller hvorfor de eventuelt ikke bliver brugt.

Visitatorerne er blevet spurgt, om der er ”faste procedurer, skemaer eller lignende, som gennemføres i forbindelse med visitationen (ex. ASI-skema?)”, og i så tilfælde: ”Hvilke procedurer er det?”. 77 visitatorer har svaret, og af dem har de 64 angivet, at de har faste procedurer i visitationen. Hvilke faste redskaber de bruger, fremgår af tabel 5.1.

TABEL 5.1

Hvilke redskaber bruger visitatorerne i forbindelse med visitationen?

	Antal	Pct.
ASI-skema	24	31
Egne skemaer	29	38
Skriftlige planer	15	20
Ingen faste procedurer, skemaer el.lign.	9	12
Ved ikke	2	5

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser af spørgsmålet; ”Er der faste procedurer, skemaer eller lignende, som gennemføres i forbindelse med visitationen (ex. ASI-skema)?” fra 77 visitatorer, samt deres uddybning af, hvilke procedurer det i så fald er. Visitatorer havde mulighed for at angive brug af flere redskaber. Da visitatorerne ikke er blevet spurgt specifikt til de enkelte redskaber, skal det betragtes som minimumsangivelser.

Som det fremgår af tabellen nævner 31 pct. af visitatorerne udfyldelse af ASI-skema⁸ som en fast procedure i visitationen. Til sammenligning er

8. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Index. Et ASI-skema er et redskab til kortlægning af en brugers sociale, psykiske og fysiske forhold. Inkl. tillæg består skemaet af knap 100 spørgsmål. På hvert område, fx kriminalitet, familie osv., undersøges det, om der er problemer, og hvis der

der lidt flere, nemlig 38 pct., som nævner egne, lokalt udarbejdede skemaer, som man bruger i visitationen. Kategorien egne skemaer omfatter skemaer, som visitatorer kalder 'internt udredningsskema', 'interview-guide', 'matchnings-/henvisningsskema' eller 'visitationsskema'. I nogle kommuner bruger man ikke bare ét skema, men flere. Visitatoren i en mellemstor kommune fortæller, at den faste procedure i forbindelse med visitation omfatter mindst to skemaer:

ASI-skema samt skema med supplerende spørgsmål samt evt. andre skemaer til udredning af motivation mm.

Flere af de visitatorer, som ikke benytter ASI-skemaet bemærker, at man har planer om at indføre det, eller at man i udredningen alligevel er inspireret af ASI-skemaet. Fx noterer en visitator, at man bruger et "særligt internt skema, der indeholder en række parametre fra ASI".

Hver femte visitator noterer, at udarbejdelse af en skriftlig plan for indsatsen omkring brugeren er en fast del af visitationen. Det kan være en social handleplan eller en behandlingsplan. I et par kommuner fortæller visitatorerne, at man *både* udarbejder en social handleplan og en behandlingsplan som en fast procedure i forbindelse med visitationen.

12 pct. af visitatorerne svarer, at man ikke har faste procedurer i forbindelse med visitationen. Det svarer til ni visitatorer, og de står alle for relativt få visitationer om året (under 60 sager). 8 af de 9 uden faste procedurer er visitatorer i bestiller-kommuner.

ASI-skema, egne skemaer og skriftlige planer er de redskaber, visitatorerne oftest noterer som en fast bestanddel af visitationen, men nogle få visitatorer nævner også andre procedurer. Det er fx indhentelse af sagsmateriale fra andre samarbejdspartnere eller psykologsamtale.

Visitatorerne har brug for at holde styr på den viden, der indsamles i forbindelse med udredning og visitation, og her kan et journal-system være nyttigt. Vi har spurgt visitatorerne, om man bruger et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet og i så fald hvilket. Svarene fremgår af tabel 5.2.

er, skal alvorligheden vurderes. ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.DanRIS.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

TABEL 5.2

Bruger kommunen et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet?

	Antal	Pct.
KMD sag	10	13
Bosted	9	12
PCD (Neocom)	6	8
K-jour	4	5
Brugerjournalen	4	5
Fics	4	5
Elektronisk klient journal (EKJ)	3	4
Acadre	3	4
Andet journalsystem	21	27
Bruger ikke et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet	16	21
Ved ikke	2	3

Anm: Tabellen er baseret på besvarelser fra 77 visitatorer. Fem af visitatorerne angiver, at man har to elektroniske journalsystemer på stofmisbrugsområdet. Begge journalsystemer er registreret og inkluderet i tabellen.

Som det fremgår af tabellen, er der mange elektroniske journalsystemer i spil på stofmisbrugsområdet i kommunerne. De mest udbredte er KMD sag og Bosted, der ifølge spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer bruges i henholdsvis 13 pct. og 12 pct. af kommunerne. Visitatorerne nævner tilsammen 25 forskellige elektroniske journalsystemer, hvoraf otte elektroniske journalsystemer nævnes af mindst tre visitatorer. Disse otte mest anvendte systemer fremgår af tabellen. Kategorien andet journalsystem dækker over de journalsystemer, som kun en eller to visitatorer har nævnt. 21 pct. af visitatorerne fortæller, at der ikke er et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet, mens 6 pct. fortæller, at man har to journalsystemer på området.

Journalsystemet er dels en måde for visitatorerne at holde styr på den viden, de selv indsamler i forbindelse med udredning o.lign., og dels også i sig selv en kilde til information, idet visitatoren her kan finde journaliserede oplysninger om brugeren fra andre behandleres notater og tidligere behandlingsforløb. Vi har spurgt visitatorerne, om de anvender journalsystemer og en række andre informationskilder i deres arbejde. Visitatorernes anvendelse af en række informationskilder fremgår af tabel 5.3.

TABEL 5.3

I hvor høj grad anvender visitatorerne udvalgte informationskilder i deres arbejde?

Redskaber	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Journalsystemet	81	9	5	3	3	100
Tilbudsportalen	10	21	56	13	0	100
Servicestyrelsens stof- misbrugsdatabase (Dan- RIS ambulant og den tidl. VBGS-database)	13	29	34	23	1	100
Sundhedsstyrelsens register over stofmisbru- gere i behandling (SIB)	12	14	33	42	0	100
DanRIS Døgn	9	9	38	44	0	100
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	7	23	40	30	0	100
Stofbladet	17	26	36	20	1	100
Misbrugsnet	13	20	29	35	4	100

Anm: Tabellen er baseret på besvarelser fra 77 visitatorer.

Som det fremgår af tabellen, er journalsystemet langt den mest anvendte informationskilde i visitatorernes arbejde. 90 pct. af visitatorerne anvender i høj eller nogen grad denne informationskilde i deres arbejde.

Tilbudsportalen er en database under Servicestyrelsen, som beskriver både private og offentlige behandlingstilbud på stofmisbrugsområdet med hensyn til bl.a. beliggenhed, metode, antal brugere og personale sammensætning. Informationen er tilgængelig på Tilbudsportalens hjemmeside (www.tilbudsportalen.dk), og behandlingsstederne skal selv indberette og opdatere oplysninger. Tilbudsportalen er fx relevant at anvende, hvis visitatoren skal finde et tilbud til en bruger, som ønsker døgnbehandling. Det er dog kun 31 pct. af visitatorerne, der oplyser, at de bruger Tilbudsportalen i høj eller nogen grad. Grunden til, at Tilbudsportalen kun i mindre omfang anvendes, kan være, at kommunerne har faste samarbejdspartnere, som de primært henviser til, når brugeren skal i behandling uden for kommunens regi. For nogle visitatorer kan det også skyldes, at de visiterer til behandling ud fra ansøgninger, som andre i behandlingssystemet har skrevet, og hvor visitatorerne vælger at følge anbefalingerne frem for at finde andre tilbud via Tilbudsportalen. Det kan både gøre sig gældende for visitatorer, der sidder i en myndighedsafdeling og tager stilling til ansøgninger om døgnbehandling fra kommu-

nens eget behandlingssted, og visitatorer fra bestiller-kommuner, der tager stilling til ansøgninger fra en anden kommunes behandlingssted. Dvs. at der i de kommuner, hvor visitatorer svarer, at de ikke bruger Tilbudsportalen, kan være andre i kommunen eller hos kommunens leverandør, der har brugt Tilbudsportalen i forbindelse med indstilling til døgnbehandling. Endelig kan manglende brug af Tilbudsportalen skyldes, at visitatorer ikke kender til redskabet.

Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase er et registreringssystem, hvor kommunerne skal indberette nye brugere, registrere ventetiden til behandling samt en række karakteristika ved behandlingen. 42 pct. af visitatorerne angiver, at de bruger databasen i høj eller nogen grad som informationskilde i deres arbejde. Kommunerne skal også indberette brugere til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB), hvor en række karakteristika ved samtlige brugere i behandling og deres behandlingsforløb registreres. Et udvalg af oplysninger fra registret er tilgængeligt i aggregeret form på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. 26 pct. af visitatorerne angiver, at de bruger denne database i høj eller nogen grad som informationskilde i deres arbejde. Spørgsmålet handler om, hvorvidt de to databaser bruges som informationskilde i visitatorernes arbejde, men siger ikke noget om, *hvordan* databaserne bliver brugt. På baggrund af de kvalitative interview ved vi dog, at registreringerne i de to databaser i nogle kommuner bruges som et redskab i forbindelse med udredningen. Registreringerne bruges her som en slags huskeliste over, hvad man skal have spurgt brugerne om, og hvad man i øvrigt skal være opmærksom på (fx ventetid og behandlingsgaranti).

DanRIS Døgn er et register over døgnbehandling i Danmark. Her registreres en række karakteristika ved brugerne, døgnbehandlingsstederne og behandlingsforløbene. Registret administreres af Center for Rusmiddelforskning, og informationer fra dette register er på behandlingsstedsniveau tilgængelig i den årlige DanRIS stof-rapport samt på hjemmesiden (www.danris.dk). Dette redskab anvendes i høj eller nogen grad af 18 procent af visitatorerne. Baggrunden for dette relativt lave forbrug kan som ved Tilbudsportalen bl.a. være, at mange kommuner har faste døgnbehandlingssteder, de samarbejder med, og derfor ikke anvender den grundige information om behandlingsindholdet og effekterne af denne fra DanRIS Døgn.

Knap hver tredje visitator (30 pct.) angiver, at de i høj eller nogen grad bruger sundhedsstyrelsens hjemmeside som en informationskil-

de i deres arbejde, mens Stofbladet og Misbrugsnet bruges af henholdsvis 43 pct. og 33 pct. Stofbladet er et tidsskrift for stofmisbrugsområdet, som udkommer fire gange årligt fra Center for Rusmiddelforskning. Tidsskriftet er karakteriseret ved at indeholde faglige artikler i et tilgængeligt sprog. Misbrugsnet er en e-gruppe, som er oprettet 25/3/2002 med henblik på at facilitere debat og vidensformidling omkring misbrugsbehandling, misbrugsforskning og -forebyggelse i Danmark. Målgruppen er professionelle behandlere, beslutningstagere, formidlere og forskere. Dansk Psykologforenings Selskab for Misbrugspsykologi driver desuden hjemmesiden Misbrugsnet, som bl.a. bruges til at dele viden om stofmisbrugsbehandling. Både sundhedsstyrelsens hjemmeside, Stofbladet og Misbrugsnet er veje til viden om ny forskning og projekter på området. Alle tre medier bruges dog af mindre end halvdelen af visitatorer.

Vi har også spurgt visitatorerne, hvilke metoder de bruger til at få viden om kvaliteten af de tilbud, de visiterer til. Svarene fremgår af tabel 5.4.

TABEL 5.4

Hvilke metoder bruger visitatorerne til at få information om kvaliteten i de behandlingstilbud, de visiterer til?

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Læser om tilbud på Tilbudsportalen	18	28	30	20	4	100
Læser om tilbud på DanRIS Døgn	12	26	37	23	3	100
Anvender faste behandlingstilbud, som jeg kender	13	29	34	23	1	100
Besøger behandlingstilbudet	12	14	33	42	0	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 74 visitatorer.

Knap halvdelen af visitatorerne (46 pct.) bruger i høj eller nogen grad Tilbudsportalen, som en metode til at skaffe sig information om kvaliteten af de behandlingstilbud man visiterer til. De øvrige metoder (læse om tilbud på DanRIS Døgn, anvende kendte behandlingstilbud og besøge behandlingstilbud) anvendes i lidt mindre udstrækning.

I forhold til en enkelt af de metoder, der indgår i tabellen er der forskel mellem visitatorer fra udfører- og bestiller-kommuner. Det drejer sig om DanRIS Døgn, som 50 pct. af visitatorer fra udfører-kommuner bruger i høj eller nogen udstrækning, mens det kun gælder for 24 pct. af visitatorerne fra bestiller-kommuner. Ud fra kommentarerne til spørgeskemaundersøgelsen kan vi se, at det skyldes, at visitatorerne fra bestiller-kommunerne anvender leverandøren som kilde til information om kvaliteten af døgnbehandlingstilbud.

Forskellen mellem visitatorer fra bestiller- og udfører-kommuner angår dog kun DanRIS Døgn. Tilbudsportalen anvendes i samme omfang blandt de to grupper, som metode til at få information om de tilbud, der visiteres til.

I DanRIS Døgn kan man se gennemførelsesstatistikker for forskellige brugergrupper for de døgnbehandlingssteder, man er interesseret i, og for en periode, man selv vælger. Fx kan man sammenligne gennemførelsesprocenten de sidste tre år for kvinder under 30 år på døgnbehandlingssted A med gennemførelsesprocenten for samme gruppe på døgnbehandlingssted B. Visitatoren kan ligeledes hente gennemførelsesstatistik opdelt på, hvilken risiko-gruppe brugeren tilhører (beregnet vha. ASI-skema), og hvilken situation brugeren i øvrigt er i (fx om han/hun kommer direkte fra fængsel, om hun/han har bolig osv.). Vi har spurgt visitatorerne, hvorvidt de anvender denne information om de enkelte døgnbehandlingssteders gennemførelsesprocenter for specifikke brugergrupper. Brug af dette redskab blandt visitatorer, der visiterer til døgnbehandling, fremgår af tabel 5.5.

TABEL 5.5

Anvender visitatorerne information om det enkelte behandlingssteds gennemførelsesprocent for specifikke brugergrupper, når de visiterer til behandling?

	Antal	Pct.
Altid	5	7
Oftest	13	17
Nogle gange	31	41
Sjældent	14	19
Aldrig	6	8
Ved ikke	5	7
Total		

41 pct. af visitatorerne bruger informationen om gennemførelsesprocenter nogle gange, mens 24 pct. altid eller ofte bruger denne information, og 27 pct. sjældent eller aldrig bruger informationen om gennemførelsesprocenter, når de visiterer til døgnbehandling. Visitatorer i udfører-kommuner anvender igen DanRIS Døgn mere end visitatorer i bestiller-kommuner: 35 pct. af visitatorer i udfører-kommuner bruger altid eller ofte informationen om gennemførelsesprocenter mod 12 pct. i bestiller-kommuner.

Et andet redskab for visitatorerne i sagsbehandlingsprocessen kan være sociale handleplaner. De kan bruges som redskab til at strukturere og målrette behandlingsforløbene, og de kan ikke mindst bruges som redskab til at koordinere stofmisbrugsbehandlingen med øvrige indsatser omkring brugerne. De visitatorer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen er blevet spurgt, om de udarbejder sociale handleplaner for brugere i stofmisbrugsbehandling. Det svarer 56 pct. ja til. Disse visitatorer er derefter blevet spurgt, hvor ofte de inddrager sagsbehandlere fra andre kommunale områder i processen med at udarbejde en social handleplan, fx sagsbehandlere fra beskæftigelsesområdet, socialområdet eller familieområdet. Deres svar fremgår af tabel 5.6.

TABEL 5.6

Inddrager visitatorerne sagsbehandlere fra andre kommunale områder i forbindelse med udarbejdelse af sociale handleplaner?

	Antal	Pct.
Altid	8	19
Oftest	22	51
Nogle gange	11	26
Sjældent	2	5
Aldrig	0	0
Total	43	100

Som det fremgår af tabellen, fortæller de visitatorer, der udarbejder sociale handleplaner, at de inddrager sagsbehandlere fra andre kommunale områder i ret stor ustrækning. 19 pct. inddrager altid sagsbehandlere fra andre områder, 51 pct. inddrager oftest sagsbehandlere fra andre områder, 26 pct. gør det nogle gange, og kun 5 pct. inddrager sjældent sagsbehandlere fra andre kommunale områder, når de udarbejder sociale handleplaner. Det tyder på, at de sociale handleplaner bliver brugt som et

redskab til koordinering mellem forskellige kommunale indsatser. Det skal understreges, at tabellen angår praksis, når der *bliver* udarbejdet handleplaner af visitatorer. Den siger ikke noget om, de siger, hvor der slet ikke er en handleplan, hvilket såvel journalundersøgelsen som delrapport 2 viser forekommer i en del tilfælde.

Af de kvalitative interview fremgår det, at journalsystemerne er et redskab, som visitatorerne opfatter som særlig vigtigt i deres arbejde. En visitator formulerer det således:

Det [elektroniske journalsystem] er vores arbejdsredskab, vores husker, hvor vi nedskriver, hvad samtalen drejede sig om, hvad der er lavet af aftaler, og hvornår vi ses igen. Så andre også kan gå ind og overtage, hvis man er fraværende.

En anden visitator fortæller:

Vi har haft det [elektroniske journalsystem] i mange år i [denne] kommune, og det er en meget stor lettelse. Alle handleplaner laver vi i det, samtykkeerklæringer, journalnotater, og hvis det kommer til at fungere ordentligt, kan vi også lægge alle statusser fra døgninstitutionerne ind, lægenotater, lægeordinationer osv. Medicinudlevering foregår jo også automatisk via den, altså medadon. Der er jo en medicinpumpe, der er tilknyttet hele det der, så den lige kan gå ind og sætte et medicinprogram. Nu i den nye version bliver det også endnu mere forbedret, så vi får påmindelser fx, så vi bedre internt også kan kommunikere. Har den der person nu ikke været der i 3-4 dage, jamen så må de ind og vende foran lægen. Det kommer der påmindelser om. Og der kommer måske også påmindelser om, at nu er handleplanen overskredet, og nu er det tid for en ny, og sådan nogle ting. Så det er et meget vigtigt redskab for mig at have.

Et aspekt, som mange visitatorer lægger vægt på, er, at journalen skal gøre det muligt for andre at overtage en sag. En visitator forklarer:

Man tager jo også over for hinanden, hvis der kommer nogen [brugere] uanmeldt. Så er der jo nogle andre, der skal kende sagerne, og dermed lægger jeg jo også lidt vægt på, at journalerne

er a jour, fordi er der en medarbejder, der er syg, jamen så er der kun ét sted at gå hen, og det er journalen for at se, hvad der var aftalt sidste gang. Så vi bruger journalerne som arbejdsredskab.

Det stiller selvfølgelig krav til, at visitatorer og behandlere noterer den relevante information i journalerne. En anden visitator fortæller:

Vi har notatpligt ligesom alle andre sagsbehandlere. Jeg kan ikke tale på andres vegne, men jeg synes, at en journal skal være sådan, at en fremmed kan sætte sig ved min computer og tage mine klienter, og så vide, hvad jeg har gjort sidst. Det kan være jeg er på ferie, og der ringer én, der er under tilsyn fra Kriminalforsorgen.

Når journalen bliver brugt til informationsudveksling mellem medarbejdere, kan det være et problem, at der anvendes forskellige journalsystemer på stofmisbrugsområdet. En visitator fortæller, at hun bruger et andet journalsystem, end behandlerne bruger på behandlingsstedet, trods det er samme kommune, og de fysisk er placeret i samme bygning. Hun fortæller:

Hver gang jeg har lavet en sag, fælder jeg en hel regnskov ude i min printer, går tyve skridt ind til [min kollega] og lægger alle mine papirer, fordi vores systemer ikke snakker sammen. Jeg skal ikke kunne sige, om det ene system er bedre end det andet, men det kunne være rart, hvis de talte sammen.

Som tabel 5.3 og 5.4 viser, er Tilbudsportalen et redskab, som nogle visitatorer anvender, og andre ikke gør. De kvalitative interview afspejler blandede holdninger i visitatorgruppen. En af de visitatorer, som bruger Tilbudsportalen, fortæller:

Vi bruger den, hvis vi står med en person, som vi ikke synes matcher et af de tilbud, som vi i forvejen har erfaring med. Så bruger vi Tilbudsportalen. Det er et godt redskab. Den har vi liggende inde i vores egen struktur sådan, at den er nem at komme til, hvis vi har brug for at undersøge området.

Ligesom i spørgeskemaundersøgelsens besvarelser fortæller de fleste visitatorer i interviewene, at de *ikke* bruger Tilbudsportalen i nogen særlig udstrækning. Fx denne visitator:

Interviewer: Hvordan vælger I døgnbehandlingstilbud? Bruger I Tilbudsportalen?

Det gør vi faktisk ikke. Vi har jo beskæftiget os med privat døgnbehandling siden 1996, og vi har fået nye samarbejdspartnere, og vi har fastholdt nogle gamle, og vi får jævnligt brochurer ind ad døren – og helt ærligt, der er ingen grund til at søge et tilbud i [en landsdel langt væk fra behandlingsstedet], hvis du kan få det i [en landsdel tættere på], for der er også et geografisk aspekt med; at det faktisk tager tid.

En anden visitator siger: ”Nej, Tilbudsportalen bruger vi ikke særlig meget. Tilbudsportalen mangler jo stadig at være oppe på fuld styrke.” Og en tredje svarer på spørgsmålet om, hvorvidt han bruger Tilbudsportalen: ”Nej, den er jeg slet ikke inde i. Jeg bruger min erfaring.” Endelig er der nogle visitatorer, som siger de ikke kender Tilbudsportalen, som det fx fremgår af dette interview uddrag:

Interviewer: Hvem er det der vælger stedet?

Det er os, der kortlægger [brugerens behandlingsbehov] og anbefaler et døgnplaceringssted, og det er kommunen, der siger ja og betaler.

Interviewer: Bruger I nogensinde Tilbudsportalen?

Nej, det tror jeg ikke. Det kender jeg ikke.

Interviewer: Det er et sted, hvor der er en liste over, hvilke behandlingssteder og -tilbud der er.

Ja, og jeg tror faktisk lige, jeg har været derinde og syntes, det var meget forvirrende. Så jeg spurgte kollegaer i stedet for.

Visitatorerne nævner en række argumenter for, hvorfor de ikke bruger Tilbudsportalen som redskab, når de skal finde frem til et behandlingstilbud. For det første mener de ikke, at Tilbudsportalen er ”oppe på fuld styrke” endnu, og at den er ”meget forvirrende”. For det andet fremhæver de, at de kan bruge deres egen og kollegaers erfaring og kendskab til behandlingssteder. Som en visitator siger, så ”sludrer vi også med kolleger: ’Hvilke erfaringer har I med [døgnbehandlingssted A]? Hvilke erfaringer har I med [døgnbehandlingssted B]?’”

I tilfælde, hvor hverken visitatoren selv eller kollegaer kender til et relevant behandlingstilbud, så kan Tilbudsportalen dog alligevel komme ind i billedet. En visitator fortæller:

Jeg bruger ikke Tilbudsportalen, kun hvis jeg kommer ud i et eller andet, hvor jeg tænker: Kan der findes noget helt tredje? Alttså netop for ham den hjerneskadede ikke. Kan der være et eller andet?

Visitatoren fortæller, at han har haft tre forskellige sager i den sidste tid, hvor det var svært at finde et relevant behandlingstilbud i stofmisbrugssystemet, fordi brugerne på forskellig vis var hjerneskadede, udviklingshæmmede og/eller psykisk syge. Han forsøgte, at finde relevante behandlingstilbud via Tilbudsportalen, men uden held:

Jeg har ikke opdaget dem [relevante behandlingstilbud] – endnu i hvert fald, og jeg har undersøgt det ... Den ene [bruger] måtte jeg henvise tilbage til distriktspsykiatrien, fordi det er proceduren her i [kommunen], at hvis der er en diagnose inden for psykiatri, så er det dem, der skal gøre det – men det kan nogle gange være svært at få dem til det og sådan, og det kan være lidt en kamp. Jeg kan ikke huske, hvad der sket med hende den psykisk udviklingshæmmede; hende måtte vi jo simpelthen bare afvise. Vi havde ikke noget tilbud rigtig, tror jeg. Og den tredje her, som er lidt hjerneskadet, har vi taget ind og vil så prøve at lave noget behandling og så se, om han kan indgå i gruppen.

Da visitatoren ikke kender til et relevant behandlingstilbud og heller ikke kan finde et i Tilbudsportalen, må han finde andre løsninger. I det første tilfælde henvises brugeren tilbage til psykiatrien, i det andet bliver hun

afvist, og i det tredje forsøger behandlingsstedet at lade brugeren indgå i gruppebehandling. Ingen af de tre løsninger forekommer optimale. I forhold til disse brugere mangler der altså enten relevante tilbud i det hele taget – eller også mangler visitatoren de rigtige redskaber til at finde de relevante behandlingstilbud. Tilbudsportalen er tilsyneladende ikke nok.

Når det gælder de forskellige redskaber til at indsamle information om brugeren, planlægge og dokumentere behandlingsforløbet (skemaer og registre til udredning, såsom ASI-skemaet og DanRIS, skriftlige planer mv.), så afspejler de kvalitative interview ligesom spørgeskemaundersøgelsen forskellige holdninger blandt visitatorerne. Visitatorerne er ikke enige om, hvorvidt skemaerne er et redskab, de kan bruge i deres arbejde eller hvorvidt det kun er et redskab til andres kontrol af dem. En af de kritiske visitatorer siger:

Jeg sidder og udfylder det horrible ASI-skema. Jeg kan ikke bruge det til noget. Jeg synes, de krydser jeg sidder og sætter, flytter fokus fra, hvad jeg synes, mine primære opgaver er. Men sådan er det jo altid. Det administrative arbejde tager jo tiden fra brugeren. Nu kan jeg så forstå på det hele, at vi får ASI-skemaer, der er næsten tre gange større end det, der er nu [...]. Jeg er meget bange for, at vi taber en masse brugere på det, fordi de har en forventning om at gå i gang med misbrugsbehandling med det samme, de kommer, og det sker jo ikke. Det er der nogle, der ikke kan kapere, og dem ser vi ikke igen. Nogle er jo momentvist motiverede [...]. Jeg synes faktisk, det er meget svært. Jeg er lidt i en loyalitetskonflikt, for jeg kan godt følge, at vi får nogle penge, og derfor skal vi også kunne bevise, at folk er kommet fra A til B. Men det ville være godt, hvis det kunne laves på en anden måde, for jeg synes ikke, jeg kan bruge det ASI-skema til noget. Det er simpelthen for at tilfredsstille en database et sted. Det er jo ikke de mest ressourcestærke mennesker, vi har med at gøre, så 16 siders interviewskema kan virke uoverkommeligt. Eller folk, der er psykisk syge! Vi sidder med dobbeltdiagnoser. Det er at stille nogle krav til folk, som rigtig mange ikke kan honorere.

Denne visitator oplever ikke, at han kan bruge ASI-skemaet som et redskab i sit arbejde, og ydermere oplever han, at det kan skræmme nogle brugere væk. En anden visitator fra en kommune, hvor man netop skal til at indføre ASI-skemaet i udredningsproceduren siger:

Nu skal vil til at lave ASI. Der er 62 spørgsmål. Det tager også lidt tid at taste ind bagefter. Og jeg ved godt, at det også skal bruges som et behandlingsredskab, men det er jo også i kontrollen og forskningens navn, synes jeg, at vi bliver bedt om at gøre det. Og jeg synes, vi bliver bedt om mere, end vi blev i amtet. Kommunernes Landsforening kører længere op i skoene på os [...]. Det kan godt være, når vi kommer i gang med ASI... Det skulle også gerne være et behandlingsredskab til at løfte kvaliteten. Det skal jeg ikke kunne afvise, hvis vi formår at lave det systematisk. Men de andre skemaer [Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase, Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling] – det gør vi jo, fordi vi skal gøre det. Vi ved jo godt, at vi overholder behandlingsgarantien, så det er jo også en kontrol af os, at vi gør det.

Der er dog også visitatorer, som er positivt stemte over for den registrering og dokumentation, der sker i skemaer og planer. En visitator fortæller:

Jeg synes, det er vigtigt, at vi skal dokumentere vores arbejde. Jeg synes, det er vigtigt, at behandlingsstederne skal dokumentere deres arbejde. Der er jo selvfølgelig det økonomiske aspekt i det, at sådan som det er nu, så køber kommunen nogle ydelser – men borgeren har nogle rettigheder, og det er jo en marginaliseret gruppe, som ikke er særligt bevidste om deres rettigheder, og sagsbehandlerne har traditionelt heller ikke været særlig gode til at forklare borgerne deres rettigheder, fordi man har været mere fokuseret på de der her og nu akutte behov. Og det skal vi også være, men et eller andet stykke henne i behandlingen, så skal man nok være bedre til at sige: ”Du har faktisk krav på at få en handleplan”, og de her ting, ikke. Så jeg synes, det er rigtig vigtigt, at få det dokumenteret for deres skyld, og sådan så vi kan

evaluere på det. Det er jo også meget det der med at samle erfaringer op, sådan så man kan forbedre tilbuddene.

Dokumentationen kan bruges, mener visitatoren, til dels at sikre brugerens rettigheder her og nu, og dels sikre, at man indsamler erfaringer til evalueringer, så behandlingstilbuddene kan forbedres over tid. Visitatoren oplever dermed – i modsætning til de forrige visitatorer, at skemaet *har* en praktisk betydning. Denne sammenhæng mellem holdningen til skemaer, såsom ASI-skemaet, og hvorvidt de opleves som praktisk anvendelige i det brugerrettede arbejde, er også fundet i en tidligere evaluering. I en evaluering af implementering af ASI-skemaerne i alkoholbehandling i det daværende Århus Amt, fandt man således, at behandlere blev mere positivt stemte over for skemaer, hvis skemaernes praksisrelevans blev understreget. Erfaringerne viste også, at anvendelse af ASI-skemaerne i forbindelse med visitationen kræver en ny tilgang til brugeren fra visitatorernes side:

Erfaringerne fra Århus rådgivningerne var, at visitatorerne i den første periode med ASI-skemaerne bragte metoderne fra den tidligere visitationssamtale med sig. Det vil sige, at samtidig med, at man på halvanden til to timer skulle nå at besvare 32 sider, tæt pakket med spørgsmål, forsøgte man at opbygge en behandlingsalliance med klienten, bl.a. ved at spørge i dybden til de spørgsmål, der så ud til at have en speciel betydning for klienten. Som konsekvens var visitatorerne ved at brænde ud – det var simpelthen umuligt at nå alt dette inden for den afmålte tidsramme. Efter flere interne møder i visitationsgruppen i Århus fandt vi frem til, at med indføring af et så struktureret visitationsredskab som ASI var det nødvendigt ikke blot at ændre metode, men også vores holdning til visitation: Visitationssamtalen har ikke som formål at opbygge en behandlingsalliance med klienten, altså en opstart af behandling. Det primære formål med visitationen er at få lavet en nøje udredning af klientens problemområder for herigennem at lave en velfunderet behandlingsplan. (Christensen, 2002:64)

Christensen fortæller, at efter man i behandlingssystemet var nået frem til den holdning, fik brugerne klart at vide, at ASI-førstegangssamtalen var

en screening – ikke behandling – og at formålet var at kortlægge deres problemer og behandlingsbehov: ”På denne måde er behandlingsplanlægning blevet etableret som et væsentligt, selvstændigt element i et behandlingsforløb.” (Christensen, 2002:65). Ifølge Christensen medførte systemets justerede holdning til visitation, at visitatorer begyndte at opleve skemaet som et ukompliceret første skridt. Christensen mener også, at klienterne har glæde af det, idet skemaets tilstedeværelse gør rammerne for visitationssamtalen tydelige. Det gør samtalen lettere gennemskuelig og mindre angstprovokerende for klienterne, fortæller hun (ibid.).

Vores undersøgelse tyder på, at de problemer, Christensen skitserer med visitatorers skepsis over for ASI-skemaet, ikke er forsvundet, og at de *også* gør sig gældende i systemer, hvor visitationen er gjort til et selvstændigt element (se eksempel 3, kapitel 3). Visitatorerne påpeger stadig problemer med at prikke hul på mange problemområder uden at have tid til at snakke med brugerne om det. Løsningen med at gøre visitationen til et selvstændigt element, hvor ASI-skemaet skal besvares uden at være et led i behandlingen eller opbygningen af en behandlingsalliance – og uden, at det må tage ret lang tid – rejser også nogle etiske spørgsmål: Kan man bede brugere om ikke at blive følelsesmæssigt påvirkede af at skulle redegøre for deres problemer? (fx selvmordstanker). Og hvis man accepterer, at brugerne bliver følelsesmæssigt påvirkede, kan man så bede visitatorer om, at de ikke gør andet i situationen, end at gå videre til næste spørgsmål?

Visitatoren i eksempel 3 i kapitel 3, som netop arbejder efter den model, som Christensen 2002 anbefaler, har udviklet sin egen strategi. For at hjælpe brugerne igennem ASI-skemaet samt udarbejdelse af handleplan, bruger han forskellige afspændingspædagogiske teknikker, idet han tilfældigvis er uddannet afspændingspædagog. Det er noget, han på eget initiativ, er begyndt på, fordi han oplevede, hvor svær en situation det er for brugeren – og dermed også for ham som visitator (og menneske). Han oplever ikke, at skemaerne i sig selv gør visitationssamtalen mindre angstprovokerende for brugerne, som Christensen beskriver. Heller ikke andre visitatorer er inde på, at skemaerne gør det lettere for brugerne at komme igennem visitationssamtalerne – snarere tværtimod.

Endvidere er ASI-skemaernes praktiske anvendelighed i forhold til behandlingsplanlægning (stadig) ikke åbenlys for alle visitatorer. Nogle visitatorer opfatter det primært som et skema til brug for kontrol og dokumentation. En anden evaluering fra 2005 af brug af ASI-skemaer i

substitutionsbehandling fandt i overensstemmelse hermed, at det tog tid for behandlere kunne se relevansen af ASI-skemaerne, og at brugerne aldrig blev overbevist om, at det havde nogen værdi for dem (Asmussen & Kolind, 2005:129-130)

En del visitatorer i vores undersøgelse giver udtryk for, at en række af de redskaber, vi har diskuteret i afsnittet (skemaer, skriftlige planer) ikke nødvendigvis virker brugbare og meningsfulde fra begyndelsen, men man kan *lære* at anvende dem. Det gælder fx behandlingsplaner, som denne visitator forklarer:

Noget af det, som vi forsøger at opkvalificere lige nu, det er vores behandlingsplaner. Det er noget, vi har arbejdet med: At få dem gjort meningsfulde, så de bliver et reelt pædagogisk redskab og ikke bare bliver sådant noget, man skal, så det bliver endnu flere papirer, man sidder og kigger på, og klienterne synes, det er mærkeligt, og behandlerne synes, det er mærkeligt, men at gøre det til et reelt pædagogisk redskab. Også noget man som klient kan få med sig hjem og sige, at ”det er det her, jeg er blevet lovet: Jeg er blevet lovet en behandlingsintensitet, der ser sådan ud, og det er det her mål, vi kører efter, og jeg er blevet lovet, at vi følger op på det minimum hvert halve år, men ellers løbende, når der er behov for det.” Det, synes jeg da, er rigtigt, rigtigt væsentligt. Og jeg vil gerne i den forbindelse sikre, at behandlingsplanerne ikke bliver sådan en plan, der lever et hemmeligt liv mellem den enkelte klient og den enkelte behandler, men at det er noget, man drøfter på vores behandlingskonferencer [...]. Sådan, at det bliver et kollegialt fællesskab at sikre, at klienten møder en ordentlig behandlingsindsats.

Skriftlige planer bliver meningsfulde som et redskab i visitatorers arbejde, hvis de kan bruges til at planlægge og koordinere brugerens behandling, sikre brugerens rettigheder og brugerinddragelse, sikre opfølgning på brugerens behandling osv. Dvs. hvis de bruges i det praktiske arbejde og ikke blot bliver udarbejdet, fordi de skal ifølge et lovkrav.

Et problem kan være, at selvom visitatorerne kommer til at opleve skriftlige planer som et meningsfuldt redskab, er det ikke sikkert, brugerne gør det. En visitator fra en bestiller-kommune fortæller, hvordan man kan gribe det problem an:

En del [brugere] siger nej til at få lavet handleplanen [...]. Det er jo også noget med i samarbejdet med [leverandøren] at forklare dem, hvad er en myndighedshandleplan? Hvad er forskellen på sådan en myndighedshandleplan og den behandlingsplan, de laver [på behandlingsstedet]. Sådan så de har mulighed for at forklare deres brugere lidt om, hvad kommunens handleplan er for noget. Og gerne selvfølgelig få det formidlet, at det faktisk er for borgernes bedste. Mange af dem har rigtig svært ved at forstå alle de der planer. Der bliver jo også lavet planer, når de er inde og sidde [i fængsel], og når de er i jobcentret, bliver der lavet resourceprofiler. Og det kan jeg godt forstå, at det er rigtig svært – hvad skal det hele bruges til? Så det er meningen, det ligesom er [leverandøren], der formidler, hvad en handleplan er. Og så laver vi et fælles møde, hvor borgeren er med.

Det kan være nødvendigt at forklare brugerne, hvad de skal bruge indtil flere skriftlige planer til og motivere dem til at deltage i udarbejdelsen. Det stiller visitatorer, der ikke sidder på behandlingssteder med brugerkontakt, men sidder i bestiller-kommuner eller myndighedsafdelinger, i en svær situation, fordi de er afhængige af, at behandlere tættere på brugeren motiverer brugeren til at medvirke.

SAMARBEJDE MED JOBCENTRE, SOCIALAFDELINGER, KRIMINALFORSORG OG PSYKIATRI

Dette afsnit handler om visitatorernes samarbejdspartnere i sagsbehandlingsprocessen fra jobcentre, socialafdelinger, kriminalforsorg og psykiatri. Først ser vi på, hvad spørgeskemaundersøgelsen fortæller om visitatorernes erfaringer med disse samarbejdspartnere, og derefter uddyber vi disse erfaringer med citater fra de kvalitative interview.

Visitatorerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt, om de inddrager jobcentre, socialafdelinger, kriminalforsorg og psykiatri i forbindelse med planlægningen af brugernes behandling. Deres svar fremgår af tabel 5.7.

TABEL 5.7

Inddrager visitatorerne samarbejdspartnere i forbindelse med planlægning af behandling, hvis brugerne har problemer inden for det pågældende område?

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	Total
Jobcentret	34	44	17	0	3	3	100
Socialafdelingen i kommunen	49	31	13	1	1	4	100
Psykiatrien	18	36	31	7	5	3	100
Kriminalforsorgen	25	30	30	10	3	3	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 77 visitatorer.

Som det fremgår af tabellen bliver både jobcenter, socialafdeling, psykiatri og kriminalforsorg altid eller oftest inddraget i planlægningen af brugerens behandling af de fleste visitatorer, hvis brugeren har problemer inden for det pågældende område. Når det gælder socialafdelingen i kommunen og jobcentret, bliver de altid eller oftest inddraget i planlægningen af henholdsvis 80 pct. og 78 pct. af visitatorerne, når de har brugere med problemer på de pågældende områder. Psykiatrien og Kriminalforsorgen bliver inddraget i mindre grad. Når visitatorer har brugere med problemer inden for det psykiatriske område, er det således 54 pct. af visitatorerne, der altid eller oftest inddrager psykiatrien, og når visitatorer har brugere med kriminalitetsproblemer, inddrager 55 pct. af dem altid eller oftest Kriminalforsorgen.

Når brugere skal afslutte behandlingen, kan det også være relevant, at inddrage andre samarbejdspartnere, hvis brugeren har problemer inden for fx job, bolig, psykiske problemer eller kriminalitet. Vi har spurgt visitatorerne, hvor hyppigt de inddrager de relevante samarbejdspartnere i forbindelse med, at brugere afslutter behandlingen. Deres svar fremgår af tabel 5.8.

Som det fremgår af tabel 5.8, bliver samarbejdspartnerne også inddraget i vid udstrækning i forbindelse med brugernes afslutning af behandling. Når det gælder jobcentret og socialafdelingen i kommunen, bliver de altid eller oftest inddraget i forbindelse med, at brugere afslutter deres behandling af henholdsvis 95 pct. og 88 pct. af visitatorerne, hvis der er tale om brugere med sociale eller jobrelaterede problemer. Psykiatrien og Kriminalforsorgen inddrages i sammenligning hermed i mindre udstrækning. Når visitatorer har brugere med problemer inden for det

psykiatriske område, inddrager 61 pct. af visitatorerne altid eller oftest psykiatrien i forbindelse med afslutningen af stofmisbrugsbehandlingen, og når visitatorer har brugere med kriminalitetsproblemer, inddrager 64 pct. af dem altid eller oftest Kriminalforsorgen. 11 pct. af visitatorerne inddrager sjældent eller aldrig psykiatri og Kriminalforsorg.

TABEL 5.8

Inddrager visitatorer samarbejdspartnere i forbindelse med at en bruger afslutter behandlingen planmæssigt?

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	Total
Jobcentret	58	37	4	1	0	0	100
Socialafdelingen i kommunen	62	26	8	1	1	1	100
Psykiatrien	34	27	23	10	1	4	100
Kriminalforsorgen	41	23	19	10	1	6	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 73 visitatorer.

Tabellerne viser, at visitatorerne faktisk i endnu højere grad inddrager deres samarbejdspartnere i forbindelse med afslutning af brugeres behandling end i forbindelse med planlægning af brugernes behandling.

Hvordan vil visitatorerne vurdere samarbejdsforholdet til de forskellige samarbejdspartnere? Det har vi også spurgt visitatorerne om, og deres svar fremgår af tabel 5.9.

TABEL 5.9

Visitatorernes vurdering af samarbejdet med samarbejdspartnere.

	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke	Total
Jobcentret	20	52	21	4	0	4	100
Socialafdelingen i kommunen	33	40	21	3	1	3	100
Psykiatrien	10	30	34	17	7	4	100
Kriminalforsorgen	17	35	38	3	0	8	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 77 visitatorer.

Flertallet af visitatorerne vurderer, at samarbejdet med henholdsvis jobcentret og socialafdelingen i kommunen fungerer godt eller meget godt. Det gælder for 72 pct. i forholdet til jobcentre og 73 pct. i forholdet til socialafdelingen i kommunen. Godt halvdelen (55 pct.) af visitatorerne oplever, at samarbejdet til Kriminalforsorgen fungerer godt eller meget godt, mens under halvdelen (40 pct.) af visitatorerne oplever, at samarbejdet til psykiatrien fungerer godt eller meget godt. Det er således psykiatrien, der er mindst tilfredshed med i samarbejdet, og hver fjerde visitator (24 pct.) oplever ligefrem, at samarbejdet med psykiatrien fungerer dårligt eller meget dårligt. I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, hvor vigtigt samarbejdet med de forskellige parter er, og hvor meget det fylder i sagsbehandlingsprocessen for de brugere, som har andre problemer end stofmisbrug. En visitator forklarer:

Med den struktur, der er nu, har en borger, i hvert fald én, der får kontanthjælp og er i behandling, tre sagsbehandlere i kommunen plus en kontaktperson.

I denne kommune drejer det sig om henholdsvis en sagsbehandler i myndighedsafdelingen, der visiterer til behandling, udarbejder social handleplan mm., en sagsbehandler på jobcentret og en økonomisk sagsbehandler, der varetager kontanthjælp og enkelt-ydelser samt endelig en kontaktperson på behandlingsstedet. Kommunernes specifikke organisering varierer, men behovet for samarbejde og koordinering mellem forskellige enheder er gennemgående. En visitator kæder det sammen med en generel specialisering:

I gamle dage sad socialrådgivningen både med revalidering, pensionsansøgning, økonomiske udregninger osv. I dag er det mere specialiseret. Folk kan risikere at have otte sagsbehandlere i kommunen. Det er både godt og dårligt. Ved at lave de her specialistfunktioner taber man lidt af helhedssynet, hvis ikke der er meget tydelige kommandoveje for, hvordan man gør tingene, så vi arbejder i samme retning.

Med så mange sagsbehandlere, skal det være tydeligt, hvem der varetager hvad og hvordan. En visitator fortæller, at det særligt er i komplekse sager, at der er et stort og tidskrævende behov for koordination:

Der er nogle [brugere], hvor vi har det ene fællesmøde efter det andet med børne-/familiecentre, jobcentret eller hvad det nu ellers måtte være, fordi det ligger sagen til, fordi den er så kompleks, eller at vi kan se, at vi kan ikke komme til at lave misbrugsbehandling, hvis der er nogle ting, som ikke er i orden. Fx noget så basalt som bolig og forsørgelsesgrundlag. Det er rigtig, rigtig svært at komme til at lave misbrugsbehandling, hvis alt det andet ikke er ok. Så det har vi selvfølgelig også interesse i at få styr på, fordi før får vi ikke en ordentlig kontakt med klienten, fordi så flagrer de rundt. Det er ikke til at lave behandling på én, der ligger og sover i en trappeopgang.

Brugeren er en hel person, og behandlingssystemet kan ikke behandle stofmisbruget, uden at de andre problemer, brugeren har, også bliver 'behandlet'. Forsørgelsesgrundlag, bolig og lignende skal også bringes i orden, hvis stofmisbrugsbehandlingen skal fungere. Det betyder, at indsatserne skal koordineres eller ligefrem integreres. En visitator fortæller:

Man kan se, at det der rykker i forhold til denne gruppe, det er, at der bliver taget hånd om det hele på én gang. Ikke dermed sagt, at nu skal du både være i behandling og i aktivering og du skal ... det er ikke på den måde. Men det, at der ligger en klar plan: "Nu er du startet i behandling, så ser vi, når der er gået et halvt år, om vi så kan prøve at finde et eller andet aktivering - et tilbud, hvor du kan starte med at komme nogle dage om ugen. Og i øvrigt er der nogen, der har kigget alle dine regninger igennem, som du har samlet i løbet af et år." Det kommer dem rigtig meget til gode, at der ligger en plan, og vi arbejder hen imod et fælles mål.

Visitatorerne oplever altså et koordinationspres, fordi deres brugere ofte har sammensatte problemer, der skal varetages af forskellige kommunale enheder. Afhængigheden af andre samarbejdspartnere beskrives i nogle tilfælde som et problem:

Vi kan indstille til en støtte- og kontaktperson, men der er otte måneders ventetid i øjeblikket, så lige dér er det rigtig ærgerligt,

at man skal ansøge om at få sådan en, frem for vi havde kompetencen her på stedet. At den funktion lå her hos os, at man kunne sætte støtte- og kontaktpersoner på de brugere, man havde sværest ved at nå på den traditionelle måde. Men der er vi meget afhængige af andre samarbejdspartnere. Og de går selvfølgelig ikke ligefrem ud med vores behandlingsplan [...]. En mand som har gennemgået døgnbehandling, skal da ikke vente otte måneder på at få en støtte- og kontaktperson, fordi det skal søges et bestemt sted. Det skal jo have sammenhæng, at hvis vi påpeger, at det giver mening at støtte op om [vedkommende], så havde det jo været rart at have kompetencen til at give det, der hører til handleplanen. At vi ikke på den måde skal være afhængige af andre steder.

Denne visitator ville gerne have visitationskompetencen i forhold til støtte- og kontaktpersoner, så hun ikke skulle være afhængig af, at indstille brugeren i et andet system, som ikke tager behandlingsstedets behandlingsplaner/handleplaner som udgangspunkt.⁹ Andre visitatorer mener også, at det ville være lettere, hvis de varetog flere aspekter af brugerens sag, fx beskæftigelsesaspektet. En visitator mener fx, behandlingssystemet skal varetage jobplaner for en del af brugerne. Det mener han, fordi han har oplevet, at jobcentret udarbejder jobplaner, der får negative konsekvenser for behandlingen. Han fortæller:

Det er, fordi de [brugerne] nogle gange bliver tvunget ud [i job], fordi ”der jo er jobs” osv. – i nogle ting, som brugeren ikke har lyst til for eksempel eller ikke vil. Jeg havde en [bruger], som ikke ville være der, hvor de [jobcentret] havde placeret ham, og så kunne det hele været lige meget [...]. Så røg han alligevel i et tilbagefald. Han er altså også lidt besværlig, sådan lidt sort/hvid: ”Når det ikke kan blive dét, så kan det hele være lige meget.” Men sådan er der mange af dem, der reagerer. Så det kunne være

9. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det tilfældet i 38 pct. af kommunerne, at støtte- og kontaktpersonsordningen er tilknyttet en anden afdeling end stofmisbrugsbehandlingen. I 26 pct. af kommunerne er den tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen og i 18 pct. både stofmisbrugsbehandlingen og en anden afdeling. Ifølge visitatorerne har 14 pct. af kommunerne slet ikke en opsøgende støtte- og kontaktpersonsordning. Disse resultater er behandlet i delrapport 4, kapitel 7 om helhedsorienteret indsats i kommunerne.

rart med noget mere gelinde i stedet for at sige: ”Det *skal* du bare, ellers tager jeg din kontanthjælp!” Men det er jo også noget lovgivningsmæssigt.

Visitatoren oplever, at nogle brugere bliver tvunget ud i jobs, de ikke ønsker, og fortæller om en sag, hvor brugeren fik tilbagefald herefter. Derfor ville han gerne for en del af brugerne være ansvarlig for beskæftigelsesindsatsen: ”I hvert fald for den del af dem, som er i decideret stof-fri behandling, ville det være hensigtsmæssigt, hvis det var os, der kunne bestemme.” Andre visitatorer påpeger dog også fordele ved, at det er andre i det offentlige system, som varetager forsørgelse og beskæftigelsesindsats. En visitator, der både kan se fordele og ulemper, siger:

Der var jo rigtig mange fordele ved dengang, hvor sagsbehandlere sad med det hele, men der var også ulemper. I forhold til misbrugsgruppen, så fylder økonomien rigtig meget og her, hvor vi sidder med sociale tilbud, men ikke økonomien, så betyder det, at vores relationer til borgene er anderledes, fordi den der økonomi ikke er blandet ind i det [...]. Hvis jeg både skulle motivere til behandling og samtidig være den, der sanktionerede og stoppede kontanthjælpen, hvis folk udeblev, så er det i hvert en større udfordring. Så jeg synes egentlig, at der er flest fordele ved, at man har skilt det ad på den her måde. På den ene side – på den anden side, så er der jo den der meget større koordinering. Det er klart.

Den fordel, visitatoren fremhæver ved opsplitningen, er, at relationen til brugeren ikke kompliceres af økonomiske hensyn og eventuelle trusler om sanktioner. Ulempen er, at det kræver mere koordinering. Hun fortæller også, at det kan være en udfordring at overlade de andre aspekter af indsatsen omkring brugere til de relevante sagsbehandlere:

Det kan specielt være, hvis man når et rigtig langt stykke vej med en borger, og de selv begynder at tale om, at ”måske kunne jeg tænke mig at starte på et kursus” – og det er jo rigtig langt for en, der har haft et misbrug. Så er det selvfølgelig specielt det med: ”Jamen, så skal vi lige have din anden sagsbehandler på banen også.” Men det er jo igen det der med at tro på, at dem

der så sidder i jobcentre, de har så størst kompetence på det område. Det tror jeg, det er bare sådan en overvindelse, man skal have: At vi er gode til noget, og der er nogen, der gode til noget andet. Som regel, når vi holder de der samarbejds møder, så har borgeren også fin forståelse for, at der er nogen, der tager sig af noget, og nogen, der tager sig af noget andet. Jeg synes, vi gør rigtig meget for at forklare, hvorfor det er sådan, og hvem der gør hvad – fordi det kan vi jo godt stadigvæk selv have svært ved også.

Flere visitatorer er i interviewene inde på jobcentrenes muligheder for at stoppe brugernes kontanthjælp, og de, der har været længe i behandlingssystemet, fortæller, at opmærksomheden omkring brugernes beskæftigelsesperspektiv generelt er forstærket. Nogle er positive over for udviklingen og tolker det som et tegn på, at man ikke har opgivet brugerne. Det gælder fx denne visitator:

I gamle dage da narkomaner stadig var fredet, da kunne man være indskrevet flere år, uden der var nogen, der satte spørgsmålstegn ved det: ”Nå, borgeren er nede på [behandlingsstedet],” og så vidste man i øvrigt ikke, hvad der skete dernede [...]. Vi [kommunen] har et defineret mål, der hedder, at kvaliteten omkring borgeren skal være socialt fagligt i orden, sundhedsfremmede og job-aktiverende. Så regner vi med, at vi får et helstøbt menneske, der har så meget selvværd, at man vil gå ud og arbejde for samfundet, men også har tiltro til, at der er nogle mennesker omkring dem, fordi de har været syge en gang.

Andre visitatorer ser lidt mere kritisk på udviklingen. Fx denne visitator:

Det har også ændret sig på den måde, at de er meget mere skrappe med at få folk i arbejde [...]. Jeg synes fx, han [en bruger] kunne blive voksenlærling, men de [jobcentret] siger: ”Hvis han kan komme ud i arbejde, så skal han ud i arbejde med det samme.” Sådan nogle ting. Så fremtidsmæssigt er det blevet meget sværere. Revalidering er blevet håbløst. Jeg synes, det er vigtigt netop for de, som bliver stoffri og måske gerne vil have en

ordentlig uddannelse eller et eller andet. Det er næsten håbløst nu om dage.

Visitatoren mener, at jobcentrene er blevet (for) skrappe og fokuserede på, at sende brugerne ud i job med det samme, frem for fx at give mulighed for uddannelse på revalidering. Flere visitatorer er også kritiske overfor jobcentrenes mulighed for at fratage misbrugerne kontanthjælp. En visitator siger:

Vi forsøger at afværge det, men ... hvis de nu ikke lige møder op, så bliver man trukket. Et eller andet sted ved vi godt, at der skal selvfølgelig være en konsekvens, når man gør det, men der er jo en særlig årsag til det engang i mellem, og den skal man altså hele tiden have for øje: Har vi taget hensyn til det, og kan vi så sikre at vedkommende så ikke igen i næste uge måske udebliver, eller så ved vi, hvorfor han gør det? Og så skal vi samle op der. Det er sådan dér, hvor jeg tænker, de kommer i klemme: I forhold til at man får trukket sin kontakthjælp.

Oplevelsen af, hvorvidt jobcentrenes beskæftigelsesrettede fokus gavner eller skader brugeren – og særligt brugerens behandling – er således delte blandt visitatorerne.

I forhold til samarbejdsformer kan man overordnet skelne mellem to typer samarbejds møder. Der er møder mellem ledere, hvor emnet er overordnet strategi, struktur og koordinering, og så er der møder, som omhandler enkelt sager: Hvad gør hvem i forhold til specifikke brugere. På den sidste type møder deltager brugere nogle gange i nogle kommuner. Det er forskelligt, hvordan kommunerne organiserer samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og andre relevante systemer. En visitator fortæller, at man i hans kommune er ved at formalisere samarbejdet med arbejdsmarkedsafdelingen og indføre faste møder:

Vi er lige ved at få et formaliseret samarbejde med arbejdsmarkedsafdelingen, hvor vi møder medarbejdere derfra hver 14. dag omkring klientsamarbejde [...]. For de klienter, der bliver henvist fra arbejdsmarkedsafdelingen, er målet jo, at de skal i arbejde, men det kan godt være, at misbruget forhindrer, at de kan komme i arbejde. Så de skal først behandles, og der er det jo

godt at have en tæt kontakt med dem [jobcentret], for at man kan sige: Hvordan oplever I hans funktion? Kunne han arbejde halvdags fx? Eller på et beskyttet værksted? Så de kommer væk fra de her stofmisbrugsmiljøer.

Jobcenter og behandlingssted kan med koordinering styrke både behandlings- og beskæftigelsesindsatsen. Behandling af stofmisbruget kan være en forudsætning for, at brugeren kan komme i arbejde og aktivering i fx et halvdagsarbejde eller på et beskyttet værksted, og omvendt kan beskæftigelsesindsatsen styrke behandlingsindsatsen ved at hjælpe brugeren væk fra stofmisbrugsmiljøet. Derfor har man valgt at indføre faste møder mellem behandlingsstedet og arbejdsmarkedsafdelingen hver 14. dag. Visitatoren fortæller, at det ikke er alle vigtige samarbejdspartnere, som behandlingsstedet har et formaliseret samarbejde og faste møder med. I forhold til Børn- og ungeafdelingen foregår samarbejdet fx mere ad hoc:

Hvis der er tale om meget små børn, så tager vi jo kontakt til Børn- og ungeafdelingen, men der er altså ikke noget formaliseret samarbejde endnu [...]. Man mødes engang imellem og hører, hvordan det går.

Visitatoren fortæller, at samarbejdet med Børn- og ungeafdelingen mest foregår omkring enkeltsager, når der er nogle af behandlingsstedets brugere, der har små børn. I de tilfælde er samarbejdet til gengæld tæt. Han giver et eksempel:

For eksempel får vi en pige hjem fra to gange døgnbehandling af 6-7 måneders varighed. Hun har ikke noget sted at bo, og hun har et barn, der gerne vil hjem. Hvis vi skal lave en god indsats over for klienten, så er vi jo nødt til at have Børn og unge med. Der er ikke noget formål med, at vi har investeret i en dyr døgnbehandling, og så er hun slet ikke indskrevet i Børn og unge, og de kan ikke skaffe hende noget sted at bo [...]. Det har været lidt tungt, men hende jeg tænker på, hun har så fået noget at bo i nu, og hun får sit barn hjem i november. Så er vi garanter for misbrugsbehandlingen, og de [Børn- og ungeafdelingen] er så garanter for at varetage opdragerrollen, at hun kan det og støtte hende, hvis der er behov for det og at skaffe hende en bolig.

Behandlingsstedet deler ansvaret for indsatsen omkring denne bruger med Børn- og ungeafdelingen. Det kræver koordinering og tæt samarbejde. Flere visitatorer fortæller, at man har gjort en indsats for at forbedre samarbejdet efter kommunerne overtog ansvaret, og at det faktisk fungerer ret godt. En visitator fortæller:

Jeg synes faktisk, at det kører rigtig godt, og vi er blevet meget bedre til det [...]. Det handler jo om, at man har skullet være mere sikker på sit eget område, før man har kunne sætte sig ind i, at det er dét, de laver i jobcentre, og det er dét, de laver i ydelser. Til at starte med var der selvfølgelig mange snitfladeproblematikker, både sådan, at der var nogen, der havde svært ved, at man ikke sad med det hele, og så var der de der kampe med, at så var der lige pludselig ingen, der ville tage den her opgave for eksempel. Men jeg synes, at det går rigtig godt, og vi snakker rigtig meget sammen. Vi sender ikke bare mails [...]. På ledelsesplan har man gjort ret meget for at forbedre samarbejdet mellem de forskellige afdelinger i huset, og som medarbejder synes jeg faktisk også, vi har gjort ret meget, fx holdt sådan nogle uformelle sagsbehandlermøder, fordi der også er udskiftning, der kommer nye, og de skal selvfølgelig også lige lære, hvad det er for en organisering.

Visitatoren oplever, at både ledelse og medarbejdere har gjort en indsats i forhold til at overkomme snitfladeproblematikkerne, og samarbejdet fungerer godt i dag. I en anden kommune, hvor man også har gjort en særlig indsats, har man fået hjælp udefra:

I øjeblikket arbejder vi meget med arbejdsgangsanalyse i et samarbejde med Kommunernes Landsforening [...]. Det er med fokus på misbrugere på kontanthjælp [...]. Samspejlet mellem jobcentret, socialafdeling og [behandlingsstedet] [...]. Vi har fået en rigtig god kontakt til jobcentret og socialafdelingen. Nu hænger vi sammen. Det er ligesom, vi indtænker hinanden [...]. Vi søger jo samarbejdet. Alle kan jo se, at der er vejen frem. Kommunikation, at få handleplanerne på plads, at vi ved, hvem der gør hvad og på hvilket tidspunkt, vi afrapporterer. Alle ved, hvordan planen er.

Behandlingslederen fra samme kommune fortæller, at den måde, man konkret indtænker hinanden på, er ved at lave fælles handleplaner:

Vi laver fælles handleplaner [...]. Det gør vi med baggrund i trekantssamtalen [samtale mellem behandlingsstedet, jobcentret og socialafdelingen samt brugeren]. Så har vi aftalt et eller andet, og så laver vi med det samme en aftale om, hvad skal jobcentret gøre, hvad skal [behandlingsstedet] gøre, og hvad skal brugeren gøre, og hvem er tovholder.

En anden behandlingsleder påpeger, at der, efter kommunerne har overtaget ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen, er skabt bedre muligheder for dette 'kommuneinterne' samarbejde. Han siger:

Jeg kommer jo fra amtet, og nu har vi jo en god mulighed for at lave et tættere samarbejde med de enkelte afdelinger [...]. Jeg har samarbejdet med 24 kommuner i amtet. Det er svært at skabe et direkte og fleksibelt samarbejde med så mange kommuner [...]. Fordelen er rent praktisk, at jeg er meget tættere på. Rådhuset ligger lige herovre for eksempel. Når jeg skulle samarbejde med [navngiven] kommune fx, så skulle jeg jo køre en time [...]. Og 24 kommuner har jo også 20 forskellige politikker og holdninger. Her har vi én kommune, vi skal forholde os til. Så det er en fordel. Og der er jo ikke en udskiftning af medarbejdere hele tiden. Vi har muligheden for at skabe nogle stabile samarbejdsforløb og udbrede vores viden og erfaring på stofmisbrugsområdet.

Der skulle således være muligheder for at skabe stabile samarbejdsforløb internt i kommunen, men ikke alle visitatorer oplever, at det er etableret. Ét problem, som blev beskrevet af flere visitatorer fra både små og store kommuner i forhold til samarbejdet omkring brugerne internt i kommunen, er, at det kan være svært at finde frem til, hvilken sagsbehandler brugeren har i fx jobcentret eller socialafdelingen. Se fx citater fra disse to visitatorer:

Så er det jo så jobcentrene, som også ligger under beskæftigelsesforvaltningen, [dem] har vi mange problemer med, synes jeg [...]. Det er næsten umuligt at finde ud af, hvem der er sagsbe-

handler for brugerne, og hvor de er henne [...]. Vi har måske en, der kommer i behandling her, som vi gerne vil meddele om, eller det kan også være, jeg har én, som gerne vil noget bestemt, men jeg kan nærmest ikke finde en sagsbehandler.

Jeg synes overordnet, vi har et godt samarbejde. Det er måske ramt af ressourcemangel. Det kan være svært at finde frem til den rigtige sagsbehandler, og det at få etableret et møde kan godt have nogle lange udsigter. Vores brugere har svært ved at navigere rundt i den store kommune, som [denne kommune] er.

En tredje visitator siger, at brugerne dårligt selv ved, hvem deres sagsbehandlere er, så det kniber med behandlingsstedets samarbejde med de øvrige sagsbehandlere på brugernes sag, medmindre de andre sagsbehandlere selv kontakter behandlingsstedet. Og en fjerde visitator fortæller, at man samarbejder ”for så vidt, at vi kan finde frem til, hvem det er, der er sagsbehandler i den del af kommunen.” Visitatorerne kan ikke umiddelbart kontakte og koordinere med en sagsbehandler, som de ikke kender. Det er et simpelt, men afgørende problem.

Visitatorerne peger generelt på mere kontakt og flere møder, som vejen til at øge kendskabet mellem samarbejdspartnerne og forbedre koordination. Et par visitatorer tænker dog også i mere radikale løsninger, såsom modeller, hvor sagsbehandlere fra andre kommunale afdelinger udstationeres på behandlingsstedet. En visitator siger:

Det kunne være dejligt, hvis der var nogle repræsentanter, der kom i vores cafetilbud for eksempel. Alt det der brandslukning, som vi arbejder rundt i, som mere ligner sagsbehandling end behandling. Den kunne jeg godt savne, der var nogen, der kom og hjalp os med. Vi kan komme til at bruge meget tid på, hvis klienterne mangler bolig osv. Det vil vi også gerne, og selvfølgelig har det noget med misbruget at gøre, men noget af det er også sagsbehandling, og det kunne være dejligt, hvis der var noget mere samarbejde på stedet her.

Visitatoren vil gerne have, at repræsentanter fra andre afdelinger kom i behandlingsstedets café-tilbud og varetog noget af den sagsbehandling,

der fx kan være forbundet med, at brugeren mangler en bolig. En anden visitator taler også om en udstationeringsmodel:

Det ville være en fantastisk ide, hvis vi fik en sagsbehandler fra ungeområdet, som sad nede hos os [på behandlingsstedet]. Det har vi jo også peget på, men det er ikke noget, der er [muligt] lige her og nu, men det kunne være en rigtig god ting. Det kunne det i øvrigt også på voksenområdet. Vi har jo nogle af vores kunder, som ikke har det så godt med at henvende sig til socialafdelingen, og socialafdelingen har det heller ikke så godt med, at de kommer, fordi de opfører sig jo ikke altid efter de gældende normer.

Visitatorerne skitserer fordele ved en udstationeringsmodel for både behandlerne, brugerne og de kommunale samarbejdspartnere: Behandlerne kan bruge deres tid på behandling, frem for sagsbehandling, brugerne får lettere adgang til sagsbehandlerne, og sagsbehandlerne slipper for at møderne skal foregå et sted, hvor nogle brugere har svært ved at opføre sig efter de gældende normer.

I forhold til Kriminalforsorgen viser spørgeskemaundersøgelsen, at de fleste visitatorer oplever, at samarbejdet fungerer godt eller meget godt. Det afspejler de kvalitative interview også. Når det kører godt, overtager det kommunale behandlingssted den misbrugsbehandling, som er påbegyndt i fængslet. En visitator fortæller:

Flere og flere fængsler kører misbrugsbehandlinger. De brugere, der er motiveret, fortsætter selvfølgelig her. Der ringer misbrugsbehandleren derfra, og vi får papirerne derfra, og så overtager vi dem som en overgivelsessag. Vi sørger også for, at hvis han kommer ud fredag, har vi som oftest en tid til ham mandagen efter.

En anden visitator giver følgende eksempel på et gnidningsfrit samarbejde med Kriminalforsorgen:

Nu den her konkrete sag, der får vi henvendelse om, at der er en [bruger], der er indsat, og jeg kendte faktisk godt til denne sag i forvejen, fordi der var nogle problemer med hans lejlighed,

mens han var inde og sidde, og så skulle vi sikre, at der også var en lejlighed, når han kom ud igen. Men vi får så Kriminalforsorgens handleplan, der gør opmærksom på, at han er startet i noget behandling. Han vil godt stoppe med at ryge hash, og de peger så på et dagtilbud senere. Og det er så min, kommunens, forpligtelse at tage stilling til, om vi vil bevilge det. Det har vi så gjort og skal så mødes med behandlingsstedet og borgeren og mig og én fra fængslet og så sætte det i værk.

Kriminalforsorgen sender en handleplan med anmodning om et dagtilbud til behandlingsstedet, som bevilger det ønskede, hvorefter man holder et fælles møde. I tilfælde som disse kører samarbejdet på skinner. En visitator fortæller:

Nogle gange er vi også så heldige, at fængslerne kontakter os, inden de bliver løsladt, og så kan vi nå at få kørt det hele på skinner, så vi er klar til at modtage dem også med et behandlingstilbud, når de bliver løsladt. Det er selvfølgelig det bedste.

Visitatoren fortæller dog også, at det ikke altid foregår sådan:

Andre gange bliver de løsladt, og så står de her bare ... Der har de fået at vide af fængslet, at de skal henvende sig her. Og når de så står her, må vi jo tage dem, og så lave det andet [handleplan mv.] efterfølgende.

En anden visitator fortæller følgende:

Ved en god løsladelse får vi allerede henvendelse oppe fra statsfængslet. Faktisk flere måneder før de bliver løsladt. Jo før jeg får noget at vide, [jo før] kan jeg sætte noget i stand. Specielt i forhold til medicin kan jeg gøre noget parat. Hvis de er rigtig gode, hvilket mange af fængslerne efterhånden er, kommer de faktisk herved, mens personen er indsat. Når 'Peter' så kommer ud, er indskrivningsproceduren overstået, så det er direkte i behandling. Vi har desværre også de her [brugere], der lige pludselig står her, uden vi nærmest er blevet orienteret om, at der kommer én. De er lige kommet af toget, har intet sted at bo, ved

ikke, hvor de skal ansøge om kontanthjælp, men har fået at vide af deres tilsynsførende, at de skal gå herved. Så sidder jeg her og ved godt, at vi ikke kommer til at snakke om misbrug i dag, men om alle de døre, han skal ind af. Det kræver jo nærmest en højere universitetsuddannelse bare at få søgt om kontanthjælp. Det er ikke god sagsbehandling. Jeg mener, når folk får en dom, ved vi jo flere måneder i forvejen, hvornår en evt. løsladelse kan være. Så der har jo faktisk været rigelig tid til at sørge for de her ting.

Visitatorerne fortæller altså både om eksempler på gode løsladelser, som er planlagt og koordineret mellem Kriminalforsorgen og de kommunale behandlingssteder, og pludselige, uplanlagte løsladelser, hvor brugerne pludselig står på dørrinnet.

Visitatorerne peger på et par specifikke udfordringer i samarbejdet med Kriminalforsorgen. For det første er der en udfordring, der handler om, at initiativet til behandling inden for Kriminalforsorgen kan være ansporet af andet end brugerens motivation og ønske om behandling – i hvert fald sådan som behandlingsstederne oplever det. En behandlingsleder siger:

Nogle gange så får stofmisbrugere vilkår om, at de *skal* være under stofmisbrugsbehandling, men det siger jo ikke noget om deres motivation. Så vi kan godt have nogle knaster omkring, at stofmisbrugeren slet ikke er motiveret for at komme her. Og hvis ikke de er det, så er det ikke noget formål med det [...]. Nu er det ikke mange, vi taler om, men det er et dilemma, at Kriminalforsorgen siger, de skal komme her.

Når behandling bliver et vilkår, kan behandlingsstedet blive i tvivl om brugerens reelle motivation. Kriminalforsorgen varetager stofmisbrugsbehandling, men på nogle andre vilkår end den kommunale behandling, idet der er en dom inde i billedet. Det er fundamentalt anderledes end behandlingssystemet i øvrigt, som er baseret på et frivillighedsprincip.

En anden udfordring i forhold til Kriminalforsorgen som flere visitatorer nævner, er, at samarbejdet til Kriminalforsorgen er meget personafhængig. En visitator fortæller:

Kriminalforsorgen bruger vi en del tid på, og det har været ganske rart, at det har været den samme person [...]. Vi har haft en fast kontaktperson. Nu er hun så ikke 'vores' mere, nu er det blevet lidt mere diffust. Hun var i hvert fald meget samarbejdsvillig og var herude hver 14. dag, og vi var derude. Det fungerede rigtig godt. Hun gjorde og gør stadigvæk et godt stykke arbejde. Sådant lidt udover det hun egentlig skal, skriver fx nogle breve og udtalelser til støtte for vores brugere. Det har været et rigtig godt samarbejde [...]. De andre [medarbejdere fra Kriminalforsorgen] kontakter os da også, men det er sådan meget *lige*, når tingene er ved at ske. Jeg synes, [den medarbejder] havde en fantastisk evne til at være på forkant med tingene og hele tiden optimere på samarbejdet. Så gør det jo også ens arbejde nemmere, at man hele tiden ved, hvad man skal skrive ind og hele tiden kan forberede sig.

Andre visitatorer fortæller også, at samarbejdet med Kriminalforsorgen afhænger af, hvilken medarbejder man får kontakt med. En anden visitator fortæller fx:

Tit synes jeg, det bliver meget personorienteret. Hvis jeg nu har fået en god kontakt til en sygeplejerske oppe i [et bestemt fængsel], så sidder vi og laver rigtig god overlevering og laver den gode løsladelse, men når [den sygeplejerske] ikke er der mere, er den væk.

Det gode samarbejde er naturligvis følsomt, hvis det er afhængig af en bestemt medarbejder, eftersom medarbejdere kommer og går eller får nye opgaver.

Når det handler om psykiatrien er visitatorernes oplevelser blandede. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 40 pct. af visitatorerne oplever, at samarbejdet er godt, 34 pct., at det hverken er godt eller dårligt, og 24 pct. beskriver samarbejdet som dårligt. I de kvalitative interview er det de dårlige erfaringer omkring samarbejdet med psykiatrien, der fylder mest. En visitator fortæller:

Det er ganske vanskeligt at lave et godt samarbejde med psykiatrien, fordi det kan godt være, at de siger, de vedkender sig et an-

svar over for stofmisbrugerne, men i praksis bliver de ofte afvist. De kommer som regel kun i døråbningen. Lige så snart man nævner, at man har abstinenser eller man er stofmisbruger, så ... Det kan godt være, man kommer ind til en samtale i fem minutter, men man skal være meget, meget dårlig. Man skal nærmest være psykotisk eller selvmordstruet. Og man kan også sige, de skal jo ikke lave abstinensbehandling, det er jo ikke det, men vi forventer jo, at de vurderer dem psykiatrisk.

Det, visitatorerne oftest er utilfredse med, er netop, at stofmisbrugerne simpelthen bliver afvist i det psykiatriske system. Visitatorerne beskriver en form for berøringsangst over for stofmisbrugere, fx denne visitator:

Psykiatrien er ikke helt gearet til at forstå, at de skal være med i det samarbejde, fordi stof det er sådan ”uha, det kan vi ikke beskæftige os med.” Fordi psykiatrien vil godt se et rent symptomatisk billede, og det bliver lidt for mudret, når der er stof indover.

Man har beskrevet gruppen af psykisk syge stofmisbrugere som nogle af de allerdårligst stillede mennesker i det danske samfund siden slutningen af 1980'erne (Brandt, 1987a; 1987b), og man talte om problemerne med, at de ’faldt mellem to stole’, fordi hverken det psykiatriske behandlingssystem eller behandlingssystemet for stofmisbrugere kunne rumme dem (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). En ekspertgruppe anbefalede i 2002, at regeringen entydigt gav enten psykiatrien eller stofmisbrugsbehandlingssystemet, det primære ansvar for behandlingen af psykisk syge stofmisbrugere, og anbefalede, at det blev psykiatrien (ibid.). Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab var enig i denne anbefaling (Andreasen, 2002), og de politiske parter indgik året efter en psykiatraftale med de kommunale parter, hvor der var enighed omkring, at ekspertgruppens anbefaling skulle indgå i den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen for denne gruppe (Sundhedsministeriet, 2003: Pkt. IV). Alligevel er det et problem, som nogle visitatorerne stadig beskriver som aktuelt. En visitator siger:

Jeg vil da nok sige, at den der dobbeltdiagnosegruppe – altså stofmisbrugere, som har et stofmisbrug, og som har et psykia-

trisk problem også, de falder ofte mellem to eller flere stole. Det gør de.

Visitatorerne gentager således en meget velbeskrevet problematik. Det skal dog siges, at nogle visitatorer beskriver et godt samarbejde med psykiatrien. Det gælder fx denne visitator, som kommer fra en kommune, hvor samarbejdet med psykiatrien er mere struktureret end de fleste andre steder:

I forhold til psykiatrien har vi jo med sygehusområdet lavet nogle samarbejdsaftaler i forhold til, hvem der er inde omkring sagerne, og det gør egentligt, at vi ikke har oplevet nogen problemer heroppe ved os endnu [...]. Der har vi så et formaliseret samarbejde med regionshospitalet i [nævner byen]. Vi har lavet en guide både for mine sagsbehandlere og dem ovre i psykiatri og inde på sygehuset: Hvem er det, man skal kontakte, hvis det handler om sådan og sådan [...]. Det kan du gå ind at finde på nettet også.

I de fleste kommuner beskrives samarbejdet ikke så struktureret. En visitator fortæller fx:

Det er ikke sådan, at der ligger en procedure og arbejdsgang for det [samarbejdet med psykiatrien]. Jeg ved ikke hvordan, men der skal laves en analyse på, hvordan vi kan få det til at fungere og så en arbejdsgang.

En anden visitator fortæller, at man taler med psykiatrien omkring enkelt-sager, men:

Nogle gange er der lidt resignation. Så siger vi, det kan ikke betale sig. Vi har nogle forløb med dem med nogle af de rigtig sindssyge, skizofrene og sådan. Der er case-manager på. Så det kan lade sig gøre, men det er tungt. Og det tror jeg man kender andre steder i landet også.

En visitator mener, at kommunalt ansatte psykiatere kunne være en fordel:

Jeg synes, det er behandlingsmæssigt dumt i [denne] kommune, at man ikke har en fast psykiater tilknyttet på en eller anden led. Vi har tit gerne lige ville have en afklaring eller en udredning eller et eller andet: ”Er der noget psykiatrisk med den? Eller hvor stor er karakterafvigelse eller forstyrrelse” eller et eller andet, som vi godt lige vil have en psykiater til at kigge på. Eller nu det, som er meget i vælten, ADHD. Og det har vi ikke nogen, der kan tage sig af. For vi kan næsten ikke finde nogen psykiatere, der vil tage dem.

I dag forsøger pågældende visitator at skaffe brugeren en tid ved private psykiatere, men ”de har jo som regel ret lang ventetid, før man kan komme til sådan et sted. Hvis de overhovedet gider at tage en, der er misbruger.” Det betyder, at brugerne ”tit kommer til at gå i mange måneder, uden at der sker noget.”

Som det skitseres i de kvalitative interview er det gode samarbejde karakteriseret ved kendskab, kommunikation, klare aftaler og tilgængelighed. Disse ting kan opnås via mere eller mindre formaliserede samarbejds møder. Visitatorerne giver også udtryk for forskellige ideer til, at man kan opnå det gode samarbejde ved, at man helt eller delvist integrerer samarbejdspartneren i behandlingsenheden: Fx i form af en udstationeret medarbejder fra jobcenter eller socialafdelingen eller en kommunalt ansat psykiater.

SAMARBEJDE MED DØGNBEHANDLINGSSTEDER

Døgnbehandlingssteder er vigtige, eksterne samarbejdspartnere for visitatorer. Delrapport 3 om behandlingssteder viser, at 9 ud af 10 døgnbehandlingssteder er private, dvs. der er i overvejende grad tale om samarbejde med private aktører, hvilket adskiller dette samarbejde fra samarbejdet med jobcenter, socialafdeling, kriminalforsorg og psykiatri.

I spørgeskemaundersøgelsen er visitatorerne blevet spurgt, hvor mange forskellige døgnbehandlingssteder kommunen har anvendt i 2008. 74 visitatorer har svaret på spørgsmålet. Det laveste antal døgnbehandlingssteder er to, mens der i den anden ende af skalaen er en kommune, som ifølge visitatoren har anvendt 23 forskellige døgnbehandlingssteder i løbet af 2008. Gennemsnittet ligger på syv døgnbehandlingssteder.

Vi har spurgt visitatorerne, hvilke rutiner der er i kommunen i forhold til forbesøg på private døgnbehandlingssteder i forbindelse med visitation til døgnbehandling. Det første spørgsmål går på, om en medarbejder besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen allerede *har* et samarbejde med, inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet. Det andet spørgsmål går på, om en medarbejder besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen *ikke* allerede har et samarbejde med, inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet. Og endelig bliver visitatorerne spurgt, om *brugeren* besøger private døgnbehandlingssteder, inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet. Visitatorernes svar fremgår af tabel 5.10.

TABEL 5.10
Forbesøg på døgnbehandlingssteder.

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke	Total
Forbesøg på døgnbehandlingssteder med samarbejde	28	21	23	12	9	7	100
Forbesøg på døgnbehandlingssteder uden samarbejde	61	11	12	3	3	11	100
Forbesøg for brugeren	40	19	25	7	3	7	100

Anm: Tabellen er baseret på besvarelser fra 75 visitatorer.

Kommunerne har forskellige rutiner i forhold til forbesøg i forbindelse med visitation til døgnbehandling afhængig af, om det er til et døgnbehandlingssted, som kommunen allerede har et samarbejde med, eller det er døgnbehandlingssteder, som kommunen ikke har et samarbejde med i forvejen. Når der er tale om døgnbehandlingssteder, som kommunen allerede har et samarbejde med, besøger en medarbejder altid stedet inden et specifikt behandlingsforløb sættes i gang i 28 pct. af kommunerne, mens det gælder for 61 pct. af kommunerne, når der er tale om et behandlingssted, som kommunen ikke allerede har et samarbejde med. I 21 pct. af kommunerne besøger man sjældent eller aldrig de døgnbehandlingssteder, som man har et samarbejde med, forud for igangsættelse af et specifikt behandlingsforløb, mens det kun gælder for 6 pct. af de

døgnbehandlingssteder, som man ikke allerede har et samarbejde med. Forbesøg er altså langt mere anvendt i forbindelse med visitation til døgnbehandlingssteder, som kommunen ikke allerede har et samarbejde med. Det betyder i sig selv, at det kan være mere ressourcekrævende at anvende et nyt døgnbehandlingstilbud. Hvis man anvender et døgnbehandlingstilbud, som man har samarbejde med, kan man måske 'spare' en medarbejders tur ud til døgnbehandlingsstedet. Medarbejderens tur kan naturligvis alligevel blive aktuel i forbindelse med, at brugeren skal have et forbesøg. Brugere besøger altid døgnbehandlingsstedet inden de påbegynder et behandlingsforløb på stedet i 40 pct. af kommunerne, i 19 pct. får brugeren oftest et forbesøg, i 25 pct. sker det nogle gange, og i 10 pct. sker det sjældent eller aldrig.

Som tabel 5.10 viser, er der mindre hyppigt forbesøg på døgnbehandlingssteder, som kommunen allerede har et samarbejde med, i forbindelse med igangsættelse af specifikke behandlingsforløb. Man kunne forestille sig, at det hænger sammen med, at kommunen besøger disse døgnbehandlingssteder regelmæssigt i kraft af samarbejdet. Vi har spurgt visitatorerne, hvor hyppigt en medarbejder fra kommunen, eller fra den kommune, de evt. har et samarbejdsaftale med, besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen har samarbejde med. Svarene fremgår af tabel 5.11.

TABEL 5.11

Gennemfører kommuner regelmæssigt besøg på døgnbehandlingssteder, som kommunen samarbejder med?

	Antal	Pct.
Kommunen besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen samarbejder med ca. hver 3. måned eller hyppigere	27	36
Kommunen besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen samarbejder med ca. hvert halve år	8	11
Kommunen besøger private døgnbehandlingssteder, som kommunen samarbejder med ca. en gang om året	6	8
Kommunen besøger ikke private døgnbehandlingssteder, som kommunen samarbejder	17	23
Kommunen samarbejder ikke med nogen private døgnbehandlingssteder	1	1
Ved ikke/ubesvaret	16	21
Total	75	100

36 pct. af kommunerne besøger de private døgnbehandlingssteder, som de samarbejder med hver tredje måned eller hyppigere, 19 pct. besøger de døgnbehandlingssteder, de samarbejder med en gang hver eller hvert halve år, mens 23 pct. af kommunerne slet ikke besøger de døgnbehandlingssteder, de samarbejder med på regelmæssig basis. 21 pct. af visitatorerne ved ikke, hvilken rutine kommunen har i forhold til besøg på de døgnbehandlingssteder, den samarbejder med.

Visitatorerne er også blevet spurgt, hvor ofte brugeres kommunale kontaktpersoner gennemsnitligt er i kontakt med brugeren, mens vedkommende er indskrevet i døgnbehandling. Visitorernes svar fremgår af tabel 5.11.

TABEL 5.11

Hvor ofte er brugerens kommunale kontaktperson gennemsnitligt i kontakt med brugeren, mens vedkommende er indskrevet i behandling?

	Antal	Pct.
Flere gange om måneden	10	13
Hver måned	24	32
Hver anden måned	17	23
Hver tredje måned	14	19
Hver fjerde måned eller sjældnere	3	4
Ved ikke	7	9
Total	75	100

I 32 pct. af kommunerne er brugernes kommunale kontaktperson gennemsnitligt i kontakt med brugeren hver måned, mens vedkommende er indskrevet i behandling, mens det i 23 pct. af kommunerne gennemsnitligt er hver anden måned. Kun ganske få kommuner (4 pct.) er i kontakt med brugerne med brugerne hver fjerde måned eller sjældnere. I kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen understreger visitatorerne, at de netop har svaret ud fra et gennemsnit, da det er individuelt fra sag til sag, hvor megen kontakt visitatoren vurderer, der er behov for. En visitator skriver fx:

[Kontakthypighed] afhænger af individuelle aftaler ud fra formålet og længden af opholdet. Der er altid et indskrivningsmøde, et midtvejsmøde og et afslutningsmøde i god tid inden ud-

skrivningen, og der kræves tilbagerapportering fra institutionerne, og hvis behov aftales ad hoc-møder.

Af kommentarerne fremgår det i øvrigt, at kontakten til brugerne i døgnbehandling både kan være telefonisk, skriftlig i forbindelse med statusser og tilbagemeldinger og fysisk fremmøde i form af besøg.

I de kvalitative interview med visitatorer er flere inde på, at den tætte kontakt til brugere i døgnbehandling bl.a. skal sikre, at opholdene får den rette længde. Brugere skal ikke være i døgnbehandling længere tid end nødvendigt. En visitator fortæller:

Hvis vi kommer frem til en vurdering af, at det er en for belastet person til, at vi kan hjælpe vedkommende i vores eget regi, så sender vi dem videre til døgnbehandling og har så en efterbehandling, vi tager dem hjem til bagefter. I de forløb følger vi meget tæt op med faste besøg på de steder, vi er i samarbejde med, for at få folk hjem igen, så snart de nu er klar til det.

Visitatorerne beskriver generelt samarbejdet med døgnbehandlingsstederne som godt. Det hænger formodentlig sammen med, at der er mange døgnbehandlingssteder på markedet, og hvis en visitator mener, at et døgnbehandlingssted leverer en utilfredsstillende indsats på den ene eller anden måde, så kan hun jo undlade at visitere flere brugere til den.

Visitatorerne lægger netop vægt på, at de visiterer til døgnbehandlingssteder, som de tidligere har haft et tilfredsstillende samarbejde med. Som det fremgik i afsnittet om redskaber, bruger visitatorer i høj grad erfaring og kendskab, når de skal visitere til døgnbehandling. En visitator fortæller, at han primært samarbejder med 4-5 døgnbehandlingssteder og forklarer:

Der er også en fordel ved ikke at bruge så mange. Vi kan stille krav til dem for eksempel. Vi kan få et tættere samarbejde med dem. Vi kan levere klienter til dem, og de kan lave smidige løsninger for os. ”Kan I tage én ned en måned og vurdere ham” for eksempel. Det er ikke altid så let at styre de institutioner. Der er jo et moment af penge i det her; at de nogle gange søger om forlængelse og sådan. Så derfor er der mange fordele ved at have de samme, hvis man er tilfreds med dem.

Ved at vælge nogle få samarbejdspartnere blandt døgnbehandlingsinstitutionerne, bliver samarbejdet tættere. Det giver bedre muligheder for at stille krav og få smidige løsninger, og man får bedre styring med, at de ikke søger om forlængelse af økonomiske frem for behandlingsmæssige incitamenter. En anden visitator fortæller, at man i hendes kommune har formuleret ret specifikke krav til de døgnbehandlingssteder, man samarbejder med:

På døgnbehandlingen har vi lavet et samarbejds-aftaleværk med hver enkelt institution, så vi ved relativt præcist, hvad det er vi får, og hvad vi betaler for, hvad brugerne kan forvente, hvad institutionen kan forvente, og hvad vi [myndighedsafdelingen] kan forvente. Samtidig med at vi bruger ressourcer på at komme ud på tilsyn, altså hele tiden følge op på nogle helt konkrete målepunkter.

Døgnbehandlingsstederne udvælges, som beskrevet, i høj grad ud fra visitatorernes egne erfaringer og kollegaers anbefalinger, men de udvælges også ud fra, at der skal være en indbyrdes forskellighed. En visitator forklarer:

Vi har nogle [døgnbehandlingssteder], vi typisk arbejder sammen med. [Nævner de fem institutioner, der er tale om]. Vi forsøger at have nogle forskellige, så vi både har nogen, der repræsenterer den her terapeutisk samfundsmodel, nogen der er mere pædagogisk modelbaseret, nogen der kører kognitive programmer og [døgnbehandlingssted X], som er sådan lidt en blanding. Og så prøver vi at komme omkring det på den måde og matche den enkelte klient efter det.

Visitatorerne har næsten ingen kritiske kommentarer til samarbejdet med døgnbehandlingsstederne. Nogle enkelte beskriver problemer med for få/for sene tilbagemeldinger eller ansøgninger om forlængelse. Det beskrives dog som undtagelser fra reglen. Fx denne visitator:

Jeg har måske én gang været udsat for, at når man skal lave et tæt samarbejde med både døgnbehandling og evt. forlængelse, at det [ansøgningen] kommer for sent fra stedet ... Så snakkede vi

selvfølgelig sammen med dem om, at det måske ikke er helt så hensigtsmæssigt at gøre det med så kort en varsel. Det skal helst ske i hvert fald en måned eller halvanden før, så man kan nå at arbejde videre på det. Men jeg synes generelt, at vi hele vejen rundt har et godt samarbejde og ved, hvornår vi begynder at snakke om mulig forlængelse, eller det er nået så langt, så man kan sige, de skal i udslusning.

En enkelt visitator bemærker, at fordelene og tilfredsheden med de faste samarbejdspartnere blandt døgnbehandlingsinstitutioner, gør det svært for nyetablerede institutioner: ”Man må sige, at det er svært for nye institutioner at komme ind på markedet ... Det kan måske være lidt svært for dem at få nye kunder.”

OPSUMMERING

Dette kapitel har handlet om visitatorers redskaber og samarbejdspartnere i sagsbehandlingsprocessen. Begge aspekter er belyst først via en spørgeskemaundersøgelse og dernæst via kvalitative interview med visitatorer.

Visitatorer bruger en række redskaber til at indsamle, dokumentere og holde styr på viden om dels brugeren og dennes behandlingsbehov, og dels behandlingstilbud. De fleste visitatorer (83 pct.) angiver, at de altid gennemfører bestemte procedurer i forbindelse med visitationen. De fleste fortæller, at det drejer sig om, at der i forbindelse med visitationen skal udfyldes et eller flere skemaer for brugeren. 31 pct. bruger fast et ASI-skema i forbindelse med visitationen, mens 38 pct. bruger andre, lokalt udviklede skemaer, der kan være mere eller mindre inspireret af ASI-skemaet.

Journalssystemet er et redskab, som både i spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview, fremhæves som et afgørende vigtigt redskab i visitatorernes arbejde. 90 pct. af visitatorerne fortæller i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj eller meget høj grad anvender journalssystemet som en informationskilde i deres arbejde, og i de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at journalen er det afgørende redskab i forhold til at dokumentere og holde styr på den viden, man indsamler om brugeren, de aftaler, man indgår med brugeren, og de planer, man udar-

bejder for behandlingen. Visitatorerne lægger også vægt på, at journalerne skal sikre informationsudveksling mellem kollegaer og skal være så opdaterede og detaljerede, at en ny behandler kan overtage en bruger i den oprindelige behandlers fravær. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der i 4 ud af 5 tilfælde er tale om elektroniske journalsystemer, der kan have forskellige funktioner såsom påmindelse om fornyelse af handleplaner eller tilkoblet medicinpumpe (dvs. journalsystemet styrer, at brugeren får den nyest ordinerede dosis udleveret). Spørgeskemaundersøgelsen viser dog også, at omkring hver femte visitator på stofmisbrugsområdet ikke har et elektronisk journalsystem. Datamaterialet indikerer, at etablering eller optimering af elektroniske journalsystemer kan give effektiviserings- og kvalitetsfordele.

Tilbudsportalen, en database under Servicestyrelsen, som indeholder en beskrivelse af alle behandlingstilbud, bruges kun i mindre grad af visitatorerne, viser både spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview. Knap hver tredje visitator svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj eller nogen grad bruger Tilbudsportalen. I interviewene med visitatorerne var det ikke alle, der kendte Tilbudsportalen eller fandt den anvendelig. De forklarede, at de i stedet bruger deres egne og kollegaers erfaringer med, hvilke behandlingstilbud der leverer en tilfredsstillende indsats.

En række andre databaser er tilgængelige for visitatorerne, herunder Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase, Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB) og DanRIS Døgn, som henholdsvis 42 pct., 26 pct. og 18 pct. af visitatorerne i høj eller nogen grad bruger som informationskilde i deres arbejde. De kvalitative interview viser, at når visitatorer oplever databaserne som nyttige i forbindelse med udredning og visitation, er det ofte som en slags huskeliste over, hvad man skal spørge brugerne om, og hvad man i øvrigt skal være opmærksom på (fx ventetid og behandlingsgaranti). De kvalitative interview viser dog også, at nogle visitatorer oplever, at de forskellige registreringer og udfyldelse af skemaer er tidskrævende og irrelevant for deres behandlingsarbejde, de oplever det som en kontrol og er bange for, at det skræmmer nogle brugere væk, at de skal begynde deres kontakt med at besvare et langt spørgeskema, vedrørende tunge, personlige problemer frem for at få hjælp og en personlig relation til en behandler.

Stofbladet, Misbrugsnet og Sundhedsstyrelsens hjemmeside bliver i høj eller nogen grad brugt af henholdsvis 43 pct., 33 pct. og 30 pct.

Alle tre medier kan bruges af visitatorer til at skaffe sig ny viden om forskning, behandling, resultater og projekter på området, men bliver altså brugt af under halvdelen af visitatorerne.

Et andet redskab for visitatorer kan være sociale handleplaner, der kan bruges som redskab til at strukturere og målrette behandlingsforløbene samt ikke mindst bruges som redskab til at koordinere stofmisbrugsbehandlingen med de øvrige indsatser omkring brugeren. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at det kun er hver femte visitator, der som en *fast procedure*, udarbejder en skriftlig plan for brugeren i forbindelse med visitationen, mens 56 pct. af visitatorerne i nogle tilfælde udarbejder sociale handleplaner. Når visitatorerne udarbejder handleplaner inddrager 70 pct. af dem altid eller oftest sagsbehandlere fra andre kommunale områder, fx fra beskæftigelsesområdet, socialområdet eller familieområdet. Det tyder på, at *når* visitatorerne udarbejder sociale handleplaner, så er det ofte, fordi det bliver brugt som et redskab til koordination – men det er altså langt fra alle visitatorer, der udarbejder sociale handleplaner.

Samarbejdspartnere kan også inddrages på anden vis end i forbindelse med handleplaner, og spørgeskemaundersøgelsen viser, at visitatorer i høj grad inddrager jobcentre og socialafdelinger, og i lidt mindre grad psykiatri og kriminalforsorg. I forbindelse med planlægning af behandling inddrager omkring 8 ud af 10 visitatorer altid eller oftest jobcentret og socialafdelingen, og godt halvdelen inddrager altid eller oftest psykiatrien og Kriminalforsorgen – hvis altså brugeren har aktuelle problemer inden for disse områder. I forbindelse med afslutningen af brugerens behandling bliver disse samarbejdspartnere i endnu højere grad inddraget. Jobcentret og socialafdelingen bliver altid eller oftest inddraget af henholdsvis 95 pct. og 88 pct. af visitatorerne, hvis brugerne har problemer på disse områder, mens psykiatrien og Kriminalforsorgen altid eller oftest bliver inddraget af henholdsvis 61 pct. og 64 pct.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen vurderer de fleste visitatorer (henholdsvis 73 pct. og 72 pct.), at samarbejdet med jobcentre og socialafdelingen fungerer godt eller meget godt. 55 pct. vurderer, at samarbejdet med Kriminalforsorgen fungerer godt eller meget godt, mens 40 pct. vurderer, at samarbejdet med psykiatrien fungerer godt eller meget godt. 24 pct. af visitatorerne vurderer, at samarbejdet med psykiatrien er dårligt eller meget dårligt.

I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at samarbejdet med de andre kommunale afdelinger er meget vigtigt, fordi brugernes

problemer er sammensatte, og der er mange forskellige aktører på banen, som skal koordinere deres indsatser. De fortæller, at hver enkelt bruger kan have mange kommunale sagsbehandlere og behandlere tilknyttet, og det kan være svært for både visitator, (sags)behandlere og brugere, at vide helt præcist, hvem der gør hvad. Visitatorerne er afhængige af samarbejdspartnere, fordi man ikke kan gennemføre stofmisbrugsbehandlingen, hvis der ikke også bliver taget hånd om de andre problemer, en bruger måtte have. ”Man kan ikke lave behandling på én, der ligger og sover i en trappeopgang,” som en visitator siger. Denne afhængighed er en kilde til frustration for nogle visitatorer, fx når de er afhængige af, at andre kommunale afdelinger skal bevilge en støtte- og kontaktperson. Visitatoren kan vurdere, at brugeren har behov for en støtte- og kontaktperson og skrive det ind i behandlingsplanen, men hvis hun ikke har visitationskompetencen, må hun indstille via et andet system, der ikke har behandlingsplanen som udgangspunkt. Frustrationen kan også opstå i forbindelse med jobcentrets krav og jobplaner, som, nogle visitatorer oplever, kan være i modstrid med stofmisbrugsbehandlingen. Et problem, som flere visitatorer beskriver, er, at det simpelthen kan være svært at finde ud af, hvilken sagsbehandler en bruger har i en anden del af det kommunale system. Visitatorernes beskrivelse af udfordringer i samarbejdet og deres forslag til løsninger er dog generelt ikke enslydende. Nogle visitatorer mener fx, at det ville være nemmere, hvis de stod for flere aspekter af indsatsen over for brugerne, mens andre ser fordele i specialiseringer og opsplittings i fx økonomi, familie, job og behandling. Et par visitatorer foreslår en mellemting, nemlig, at de sagsbehandlere, der sidder med fx det sociale område udstationeres på behandlingsstederne, så samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og dette område bliver lettere.

I de kvalitative interview beskrives samarbejdet med Kriminalforsorgen gennemgående som godt. Behandlingsstederne overtager planmæssigt behandlinger påbegyndt i fængslerne, og det hører til undtagelserne, at der pludselig dukker en bruger op, der er løsladt, uden at hverken bolig, kontanthjælp eller behandling er på plads. En udfordring er dog, at behandlingsstedet kan blive i tvivl om brugerens reelle motivation, når der kommer fra en bruger i Kriminalforsorgens regi – fx hvis behandlingen er blevet gjort til et vilkår for en brugers løsladelse. Det hænger sammen med de fundamentalt forskellige vilkår for de to syste-

mer: Behandlingssystemet, der er baseret på frivillighedsprincippet, og Kriminalforsorgen, der er baseret på et domssystem.

I forhold til psykiatrien fortæller visitatorerne om en del samarbejdsproblemer. Det drejer sig altovervejende om, at stofmisbrugere bliver afvist af psykiatrien og samtidig ikke kan rummes i stofmisbrugsbehandlingen. Disse problemer er blevet beskrevet igennem flere årtier (fx Brandt, 1987a, 1987b; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Jakobsen et.al., 2008). De samme problemer er også tidligere beskrevet af behandlingsledere i denne undersøgelses delrapport 3 og af myndigheds personer i kommunerne i delrapport 4. Visitatorerne tilføjer ikke meget nyt, men giver udtryk for samme oplevelse af problemer. Det skal dog siges, at enkelte visitatorer beskriver et godt samarbejde med psykiatrien baseret på faste samarbejdsaftaler om, hvem der gør hvad.

I forhold til døgnbehandlingsstederne viser spørgeskemaundersøgelsen, at halvdelen af kommunerne altid eller oftest besøger døgnbehandlingssteder forud for igangsættelse af specifikke behandlingsforløb, når der er tale om døgnbehandlingssteder, man allerede *har* et samarbejde med, mens 3 ud af 4 visitatorer altid eller oftest besøger døgnbehandlingssteder forud for igangsættelse af specifikke behandlingsforløb, når der er tale om døgnbehandlingssteder, man *ikke* allerede har et samarbejde med. I 59 pct. af kommunerne kommer brugerne altid eller oftest på et forbesøg, inden de skal påbegynde en døgnbehandling. De fleste kommuner besøger i øvrigt rutinemæssigt brugere i døgnbehandling minimum hver tredje måned.

I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at der er en række fordele forbundet med at have faste samarbejdspartnere blandt døgnbehandlingsstederne. Det gør, at samarbejdet bliver tættere, visitatorerne kan stille krav og få smidige, individuelle løsninger. Der opbygges også en tillid til, at døgnbehandlingsstederne ikke søger om forlængelse af døgnbehandlingen af økonomiske frem for behandlingsmæssige incitamenter. Man 'belønner' de døgnbehandlingssteder, som man har været tilfreds med, ved at bruge dem igen og anbefale dem til kollegaer. Der beskrives ikke mange samarbejdsproblemer med døgnbehandlingsstederne i de kvalitative interview – måske fordi visitatorer har mulighed for at fravælge de døgnbehandlingssteder, som de eller kollegaer har dårlige erfaringer med.

MÅLSÆTNINGER OG BRUGERINDDRAGELSE

Dette kapitel handler om brugernes målsætninger, visitatorernes holdning til målsætninger samt visitatorernes praksis i forhold til brugerinddragelse og brugerens ret til frit valg af behandlingstilbud. Kapitlet bygger dels på data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer, og dels på kvalitative interview med visitatorer fra 14 forskellige kommuner.

MÅLSÆTNINGER

Visitatorer visiterer brugere til behandlingsforløb, som kan have forskellige målsætninger. Servicestyrelsen skelner mellem tre målsætninger for behandling. For det første *ophør*, der defineres som er ”et behandlingsformål, der består i at bringe et stofmisbrug til ophør, herunder også en eventuel substitutionsbehandling og/eller LAR¹⁰”, dvs. stoffrihed. For det andet *reduktion*, der defineres som et ”behandlingsformål, der består i at reducere misbrug af rusmidler, eksklusiv substitutionsmedicin”, dvs. stofreduktion, og for det tredje *stabilisering*, der defineres som et ”behandlingsformål, der består i at stabilisere en tilstand, der er opnået gennem stofmisbrugsbehandling.” Der vil typisk være tale om stabilisering på

10. LAR er en forkortelse for lægemiddel-assisteret rehabilitering.

substitutionsmedicin. Alle definitioner fremgår af Servicestyrelsens hjemmeside, www.socialebegreber.dk.

Målsætningerne er således differentierede i behandlingssystemet og stoffrihed er ikke målsætningen for alle brugere. Vi har bedt visitatorerne vurdere, hvor stor en andel af de brugere, de visiterer til behandling, som har en målsætning om stoffrihed. Da det må forventes, at der er forskel mellem de forskellige stofmisbrugsgrupper, har vi differentieret spørgsmålet mellem opiatmisbrugere¹¹, misbrugere af centralstimulerende stoffer¹² og hashmisbrugere. Tabel 6.1 handler om opiatmisbrugere.

TABEL 6.1
Hvor stor en andel af *opiatmisbrugere*, skønner visitatorerne, bliver visiteret til behandling med en målsætning om stoffrihed?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	6	8
10-19 pct.	7	9
20-29 pct.	14	18
30-39 pct.	1	1
40-49 pct.	1	1
50-59 pct.	8	10
60-69 pct.	5	7
70-79 pct.	3	4
80-89 pct.	6	8
90-100 pct.	11	14
Ved ikke	15	20
Total	77	100

Anm.: Følgende vejledning fulgte med spørgsmålet: "Med stoffrihed menes, at brugeren hverken tager illegale rusmidler eller substitutionsmedicin".

Som det fremgår af tabellen, er der ganske store forskelle fra visitator til visitator: 18 pct. visitatorerne skønner fx, at det kun er omkring en fjerdedel af de opiatmisbrugere, de visiterer, der har en målsætning om stoffrihed, mens 14 pct. skønner, at det er næsten alle opiatmisbrugere, de visiterer, der har en målsætning om stoffrihed.

Der er tre mulige forklaringer på forskellene: For det første kan forskellene hænge sammen med, at visitationssystemerne er forskellige,

¹¹ Opiater/opioider er en fællesbetegnelse for stoffer som heroin, metadon, morfin, kodein og ketogan. Brugere, hvis hovedstof er indenfor denne stofgruppe, kaldes for opiatmisbrugere.

¹² Centralstimulerende stoffer er en fællesbetegnelse for stoffer som kokain, amfetamin og ecstasy.

og i nogle kommuner kommer en brugers sag kun forbi visitatoren, hvis vedkommende vil have en mere intensiv behandling, såsom stoffri døgntilbehandling, der typisk vil være målrettet stoffrihed, mens visitation til ambulansubstitutionsbehandling, som er det mest anvendte tilbud til opiatmisbrugere, ikke skal forbi pågældende visitator. Denne visitator vil pga. strukturen i visitationssystemet kun se de opiatmisbrugere, der har en målsætning om stoffrihed, og ikke de opiatmisbrugere, som ikke har denne målsætning. Vi kan ikke ud fra spørgeskemaundersøgelsen skelne mellem visitatorer, der sidder i den ene og den anden type system, men på det individuelle plan kan vi ud fra besvarelserne udpege, hvilke funktioner 61 af visitatorerne personligt varetager. Af gruppen på 61 er der 48, som visiterer til ambulansubehandling, og 13, der *kun* visiterer til døgntilbehandling og/eller sidder i et visitationsudvalg (som også typisk visiterer til døgntilbehandling). Hvis ovenstående hypotese forklarer forskellene, skulle sidstnævnte have en større andel opiatmisbrugere med stoffrihed som målsætning. Tabel 6.2 viser, at denne tendens gør sig gældende, men den er ikke statistisk signifikant på det begrænsede datagrundlag.

TABEL 6.2

Sammenhæng mellem en visitators funktioner og andel opiatmisbrugere med stoffrihed som målsætning. Procent.

	Under halvdelen af opiatmisbrugere har en målsætning om stoffrihed	Halvdelen eller mere af opiatmisbrugere har en målsætning om stoffrihed	Total	N
Visitatorer, som kun visiterer til døgntilbehandling og/eller sidder i visitationsudvalg	31	69	100	13
Visitatorer, som visiterer til ambulansubehandling og evt. også døgntilbehandling samt sidder i visitationsudvalg	50	50	100	48
Total	46	54	100	61

Anm.: $\chi^2 = 1,5$, $P = 0,217$. 'Ved ikke' er pillet ud i begge variable

Tabellen viser, at 69 pct. af de visitatorer, som kun visiterer til døgntilbehandling og/eller sidder i visitationsudvalg, skønner, at mindst halvdelen af opiatmisbrugerne, de visiterer, har en målsætning om stoffrihed, mens

det samme kun gælder 50 pct. af de visitatorer, der visiterer til ambulans. Mange i sidstnævnte gruppe visiterer dog også til døgnbehandling. De komplekse og meget sammensatte variationer mellem visitationssystemer, gør det svært at se, om det er systemerne, der er skyld i forskellene.

En anden forklaring kan være, at forskellene hænger sammen med forskellige holdninger hos visitatorerne. Nogle visitatorer er mere tilbøjelige end andre til at fastholde, at stoffrihed skal være målsætningen for alle brugere, og derfor vil de måske fastholde stoffrihed som målsætning for de brugere, de visiterer. Tabel 6.3 viser, at denne tendens gør sig gældende, men den er heller ikke markant eller statistisk signifikant.

TABEL 6.3

Sammenhæng mellem en visitators holdninger og andel opiatmisbrugere med stoffrihed som målsætning. Procent.

	Under halvdelen af opiatmisbrugere har en målsætning om Stoffrihed	Halvdelen eller mere af opiatmisbrugere har en målsætning om stoffrihed	Total	N
Enig i, at "stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling".	29	71	100	17
Hverken enig eller uenig i, at "stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling".	50	50	100	16
Uenig i, at "stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling".	50	50	100	26
Total	44	56	100	59

Anm.: $\chi^2 = 2,1$, $P = 0,353$. 'Ved ikke' er pillet ud i begge variable.

Som det fremgår af tabellen er der en tendens til, at de visitatorer, der er enige i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, også visiterer flere opiatmisbrugere til behandlingsforløb, hvor målsætningen er stoffrihed. For 71 pct. af de enige visitatorer er andelen af opiatmisbrugere med en målsætning om stoffrihed på halvdelen eller mere, mens det kun gør sig gældende for 50 pct. af de uenige visitatorer. De sammenlignede grupper er dog antalsmæssigt små.

For det tredje kan forskellene hænge sammen med forskelle i brugergrupperne. Brugergruppen i én kommune kan således være mere

gennemsnitligt belastet end en anden kommune, hvorfor andelen af brugere med stoffrihed som målsætning måske er lavere. Vi har ikke mulighed for at teste denne forklaring på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen.

I tabel 6.4 fremgår det, hvor stor en andel af misbrugere af centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende), der har en målsætning om stoffrihed.

TABEL 6.4

Hvor stor en andel af *centralstimulans-misbrugere*, skønner visitatorerne, bliver visiteret til behandling med en målsætning om stoffrihed?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	3	4
10-19 pct.	2	3
20-29 pct.	1	1
30-39 pct.	5	7
40-49 pct.	2	3
50-59 pct.	7	9
60-69 pct.	4	5
70-79 pct.	3	4
80-89 pct.	13	17
90-100 pct.	22	29
Ved ikke	14	18
Total	76	100

For misbrugere af centralstimulerende stoffer er stabilisering på substitutionsmedicin ikke en relevant målsætning, fordi der ikke er legale stoffer, som kan erstatte misbrugsstoffet. Til gengæld kan reduktion af misbrug til fx udelukkende weekendbrug stadig være et alternativ til ophør. Som det fremgår af tabellen, vurderer de fleste visitatorer alligevel, at de fleste centralstimulansmisbrugere, de visiterer, har en målsætning om stoffrihed. Knap halvdelen (46 pct.) af visitatorerne skønner, at det er op mod 80-100 pct. af centralstimulansmisbrugerne, der har en målsætning om stoffrihed. Der er dog også visitatorer, der skønner, at de fleste af de centralstimulansmisbrugere, de visiterer, har en anden målsætning (fx reduktion) end stoffrihed, men det er under hver femte. Visitatorenes skøn vedrørende centralstimulansmisbrugernes målsætninger er dermed mindre polariseret end deres skøn i forhold til opiatmisbrugerne.

I tabel 6.5 fremgår det, hvor stor en andel af misbrugere af hash, der har en målsætning om stoffrihed.

TABEL 6.5

Hvor stor en andel af *hashmisbrugere*, skønner visitatorerne, bliver visiteret til behandling med en målsætning om stoffrihed?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	2	3
10-19 pct.	0	0
20-29 pct.	0	0
30-39 pct.	5	7
40-49 pct.	0	0
50-59 pct.	5	7
60-69 pct.	4	5
70-79 pct.	7	9
80-89 pct.	16	21
90-100 pct.	25	33
Ved ikke	12	16
Total	76	100

Tabellen viser, at de fleste visitatorer skønner, at flertallet af de hashmisbrugere, de visiterer, har stoffrihed som målsætning. Godt halvdelen (55 pct.) af visitatorerne skønner, at det helt oppe på 80-100 pct. af hashmisbrugerne, der har en målsætning om stoffrihed, mens kun hver tiende vurderer, at det er under halvdelen af hashmisbrugerne, der har en anden målsætning end stoffrihed. Det tyder ikke på, at der er mange hashmisbrugere med en målsætning om reduktion til weekendbrug i behandlingssystemet.

Vi har spurgt visitatorerne, hvor enige eller uenige de er i forhold til en række udsagn, der relaterer sig til behandlingsmålsætninger for alle tre ovennævnte misbrugsgrupper. Deres svar fremgår af tabel 6.6.

Af tabel 6.6 kan man se, at når det gælder stoffrihed, er 40 pct. af visitatorerne enige i, at alle brugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud, mens 19 pct. er uenige. Knap hver tredje (31 pct.) visitator mener, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, mens 43 pct. er uenige heri. Kun 9 pct. mener, at stoffri døgnbehandling ofte skader psykisk og fysisk svage brugere, mens 57 pct. er uenige heri. Størst enighed er der om, at for mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats. Det gælder for 63 pct. af visitatorerne.

TABEL 6.6

Visitatorernes holdning til en række udsagn vedrørende behandlingsmålsætninger.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?	Helt eller overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Helt eller overvejende uenig	Ved ikke	Total
Alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	40	36	19	5	100
Stoffri døgnbehandling skader ofte fysisk og psykisk svage brugere	9	27	57	7	100
For mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats	63	15	9	13	100
Stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling	31	25	43	1	100

Vi vil nu se på, hvad visitatorerne i de kvalitative interview siger om brugernes målsætninger. Først og fremmest er det tydeligt, at de skelner mellem brugere, der har en målsætning om stoffrihed, og brugere, der har andre målsætninger. En visitator siger fx:

For nogle brugere er det [målsætningen] stoffrihed, og så er det dét, der arbejdes på. Vi har også en 'harm reduction-gruppe', hvor det [målsætningen] jo overvejende er en bedre livskvalitet.

Af tabel 6.6 fremgik det, at hver tredje visitator er enig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere, men i de 14 kvalitative interview med visitatorer var der ingen, der fortalte, at de i praksis arbejdede med dette udgangspunkt. Forklaringen er formodentlig, at man *principielt* kan være enig i, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere i behandling, men i *praksis* ikke finder det realistisk eller hensigtsmæssigt. Derudover er der et spørgsmål om tidshorison: På kort sigt har en bruger måske ikke en målsætning om stoffrihed, men på lang sigt er det principielt naturligvis altid en mulighed. En visitator forklarer:

Der er en gruppe, der er i substitutionsbehandling, og der er faktisk en ret stor gruppe af ældre misbrugere, vil jeg sige, som sådan set har opgivet sig selv. Men vi har ikke opgivet dem, fordi i det øjeblik, de siger, at nu vil de godt prøve noget andet, altså nu vil de godt prøve stoffrihed, hvis det er muligt, så tager vi udgangspunkt i det. Men vi har som sagt en gruppe af folk, som er i det, vi kalder i vedligeholdelsessubstitution, og det er den gruppe, som ligesom har opgivet sig selv og kun ønsker substitutionen. Det sker indimellem, at nogen de vælger noget andet.

Denne visitator lægger vægt på, at det er brugerne, der selv har opgivet stoffrihed som målsætning. Det er ældre misbrugere i substitutionsbehandling. Hvis de ændrer mening og ønsker stoffrihed som målsætning, så vil personalet dog tage udgangspunkt i det, fortæller visitatoren – ”hvis det er muligt”.

Hvad er målsætningen for behandlingen, når det ikke er stoffrihed? Det forklarer en visitator:

Vi går jo efter, at det skal være en forbedring af deres livssituation. Det vil for de flestes vedkommende sige, at det er ’harm reduction’ [...]. Det handler om, at sørge for, at de ikke skal ud og skaffe sig illegale stoffer. Altså holde dem på metadon eller subutex og sørge for, at der kommer noget stabilitet. Derfor er det jo også vigtigt at samarbejde med os som sagsbehandlere, men også de økonomiske sagsbehandlere og jobcentre, hvis det er nogen, der modtager kontanthjælp fx, og psykiatrisk afdeling og alle de her forskellige aktører, fordi det er jo på den måde, vi vil prøve at forbedre [deres livssituation]. Der skal sættes ind på rigtig mange områder. Nogle af dem får det så, *sz* godt, at de er villige til at prøve at udtrappe. Men den gruppe har jo for det meste haft et mangeårigt misbrug og har også været igennem behandlinger mange gange, og dér er det naivt at sætte stoffrihed op som det primære mål. Man kan håbe på, at det kan følge af, at vi sætter ind på alle mulige andre områder.

Det er ifølge denne visitator naivt at sætte stoffrihed op som det primære mål for gruppen af mangeårige misbrugere, og målsætningen er derfor først og fremmest en forbedring af deres livssituation vha. stabilisering

på substitutionsmedicin og hjælp via en koordineret indsats mellem brugerens forskellige behandlere, sagsbehandlere og andre aktører såsom psykiatrien. Visitatoren fortæller, at:

Det er helt anderledes med de unge, fordi de sprøjter sig ikke, det er i hvert fald få, det er mere hash, kokain, alle feststofferne, så der går vi meget mere efter, at de skal blive stoffri.

Det er altså tydeligt, at hun skelner mellem brugere, der ikke har stoffrihed som målsætning, og som er karakteriseret ved at have haft et mangeårigt misbrug, og brugere, der har en målsætning om stoffrihed, og som er karakteriseret ved at være unge. Denne sammenhæng mellem alder/længde på misbrug samt målsætninger har tidligere været beskrevet i Andersen (2007).

Når målsætningen ikke længere er stoffrihed, men forbedring af livskvalitet via medicinsk behandling og social støtte er der nogle af behandlerne, der ikke opfatter det som behandling. En visitator siger:

Og så er der jo en stor gruppe stofmisbrugere, hvor man ikke decideret kan tale om behandling, men hvor man taler om omsorg. Nogle stofmisbrugere har gået på metadon i 15 år og har været stofmisbrugere i 25 år. Så der må man sige, at det er omsorgstilbud med henblik på at forbedre deres livskvalitet og substitutionsbehandling i forhold til at reducere sidemisbrug.

Visitatoren vurderer, at det er ”i hvert fald halvdelen, måske også lidt mere, hvor man kan sige, at vi ikke satser decideret på stoffrihed. Fordi de har opgivet. Det er ikke realistisk.” For halvdelen eller mere af brugerne er stoffrihed ikke målsætningen. Målsætningen er i stedet en forbedring af livskvalitet og reduktion af sidemisbrug.

Denne skelnen mellem brugere, der har en målsætning om stoffrihed, og brugere, der ikke har, kan afspejle sig i den institutionelle struktur i en kommunes behandlingssystem. Det gør sig særligt gældende i store kommuner. I den største kommune, København, finder man tydeligt denne skelnen i behandlingssystemets struktur. Der skelnes således mellem henholdsvis modtage- og behandlingenheder i det kommunale system, hvor modtageenheder tilbyder ambulante behandling samt udredning og videre-visitiation til mere intensiv behandling, fx dag- eller

døgnbehandling, mens behandlingsenhederne tilbyder længerevarende substitutionsbehandling, sundhedsfaglige ydelser, rådgivning og fleksible pædagogiske/terapeutiske tilbud samt udgående støttefunktioner (Københavns Kommune, 2006a:4). Der er også andre specialiserede behandlingstilbud i Københavns kommune (fx til stofmisbrugere med børn, stofmisbrugere med HIV/AIDS mm.), men hovedparten af kommunens stofmisbrugere er fordelt på enten en modtageenhed eller en behandlingssenhed. Behandlingsenhederne er specialiserede tilbud til de brugere, der ikke har en målsætning om stoffrihed. Kommunen beskriver således målgruppen som den ”gruppe stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke umiddelbart kommer på tale. Her er målene i stedet at reducere deres skader, forebygge yderligere skader og rehabilitering” (Københavns kommune, 2006b: 4).

Københavns kommunes måde at specialisere behandlingstilbudene er ikke et særtilfælde. I de kvalitative interview fortæller visitatorer fra andre store kommuner, at man har behandlingssteder for de brugere, der er orienterede mod stoffrihed, og de brugere, der ikke er. En visitator forklarer fx:

Vi er delt op i korterevarende- og længerevarende behandlingsafsnit. Korterevarende handler altid om stoffrihed eller kraftig reduktion af et givent stof. Længerevarende er al behandling udover to år. Vi har jo også rigtig mange [brugere] med henblik på vedligeholdelse, hvor det er rendyrket ’harm reduction’, så folk kan få et tåleligt liv, med den afhængighed de nu har.

I det ene behandlingsafsnit er målsætningen altid stoffrihed eller kraftig stofreduktion inden for en behandlingshorisont på maksimalt to år. I det andet behandlingsafsnit er tidshorisonten længere, og der er mange brugere, hvor behandlingen er ren vedligeholdelse og skadesreduktion.

Det behøver ikke eksplicit være formuleret som en inddeling af brugere henholdsvis med og uden målsætninger om stoffrihed. En visitator, der sidder i en type institution, som minder om de københavnske modtage-enheder (dvs. det er en enhed, hvor nye stofmisbrugere starter deres behandling), forklarer, at brugerne inddeles efter, hvorvidt de er i gang med en målorienteret udvikling eller ej:

Dét, at der er et potentiale og en udvikling, og at brugeren stadig har et ønske om at arbejde hen imod et eller andet mål, eller vi kan se muligheden for det, det er egentligt lige nu det overordnede parameter for, at man er i denne her afdeling. [...] For os er det ingen falliterklæring, hvis man skal i [anden behandlingsafdeling] eller på [omsorgsafdeling med skadesreduktion] og arbejde mere på 'det gode liv'. Det er også en succes at være på substitutionsmedicin, få en pension og en lejlighed, man er glad for, og en god tilværelse.

Det afgørende parameter for, om man er på den afdeling, hvor denne visitator sidder, er, at "brugeren stadig har et ønske om at arbejde hen imod et eller andet mål, eller vi kan se muligheden for det". De brugere, som ikke har det ønske om at arbejde mod et mål, eller hvor behandlerne ikke kan se muligheden for det, bliver sendt videre til enten en anden afdeling eller til kommunens skadesreducerende omsorgstilbud til brugere i substitutionsbehandling.

I små kommuner er omsorg, skadesreduktion og længerevarende substitutionsbehandling ikke nødvendigvis specialiseret ud på bestemte behandlingssteder. En visitator fortæller, at alle voksne stofmisbrugere i ambulans, kommunal behandling er samlet på ét sted, og svarer således, da han bliver spurgt direkte:

Interviewer: De er ikke organiseret forskellige steder? Alle dem, der går i ambulans behandling, de går her i huset?

Ja.

Interviewer: Og som sådan er der ikke differentieret mellem dem, der har stoffrit perspektiv, og dem der [ikke har]?

Nej. Konsulenterne... Af de [brugere], de er behandlere for, har nogle et stoffrit perspektiv; dem følger man hele tiden, og nogle [brugere] har ikke et stoffrit perspektiv.

Kommunen er væsentlig mindre end de ovenstående kommuner, der har specialiseret behandlingssystemet med behandlingstilbud til henholds-

vis brugere med og uden 'stoffrit' perspektiv. I denne mindre kommune går både brugere med stoffrit perspektiv og ikke stoffrit perspektiv på samme behandlingssted, og differentieringen foretages af behandlerne, der giver særlig opmærksomhed til brugere med stoffrit perspektiv. Det skal nævnes, at der i denne kommune er en anden type strukturel differentiering, idet man har valgt, at unge under 25 år får et behandlingstilbud på et separat behandlingssted.

Institutioner, der er særligt målrettet brugere med en målsætning om stoffrihed, har tilbud og behandlere, der har specialiseret sig i at støtte op om det, mens institutioner, der er særligt målrettet brugere, som ikke har en målsætning om stoffrihed, men forbedret livskvalitet via substitutionsbehandling, omsorg, skadesreduktion osv. omvendt har behandlere, der har specialiseret sig i at støtte op om disse ting. En udfordring i forhold til denne specialisering kan være, at det er svært for visitatorerne at afgøre, om brugerne hører til i det ene eller andet behandlingstilbud, idet målsætninger kan ændre sig undervejs i et behandlingsforløb, og brugere kan overraske. En visitator siger:

Det er meget svært at sige, hvem der er håbløse, og hvem der ikke er håbløse, og hvem der kan blive stoffri og ikke kan. Vi har en klient ude i halvvejshuset lige i øjeblikket, han har været på metadon i 20 år. Vi har en pige, som kom her op til os for nogle år siden, og har været på metadon i 17 år og har et forfærdeligt liv på metadon, hvor hun siger: "Kan I dog ikke hjælpe mig til at blive nedtrappet?" Hun blev nedtrappet, kom i døgnbehandling og arbejder nu oppe i det stoffri værested. Det havde man nok ikke drømt om efter 17 år på metadon.

Denne visitator sidder i en lille kommune, hvor brugere med og uden en målsætning om stoffrihed går på samme behandlingssted. Man kan overveje om det, at institutionen ikke er specialiseret i at varetage brugere med én type målsætninger, gør, at de ansatte er mindre afgjorte i deres opfattelse af, hvad en brugers målsætning er. Visitatoren fra dette behandlingssted fortæller faktisk, at man opfordrer ældre brugere til at overveje stoffrihed. Det ser vi ikke i andre interview. Man har desuden visitationskompetencen til stoffri døgnbehandling på behandlingsstedet og tilsammen med det faktum, at det ikke er nødvendigt at tage en visitationsbeslutning med hensyn til om en brugers målsætning er stoffrihed

eller ej, gør disse ting måske, at behandlerne er disponeret for fleksibilitet/ikke-specialisering omkring brugernes målsætninger og behandlingstilbud.

Flere af visitatorerne fremhæver i interviewene brugernes selvbestemmelsesret, når talen falder på målsætninger. En visitator siger fx:

Jeg synes, det er vigtigt, at man netop respekterer den enkelte brugers egen målsætning. At man ikke stiller sig som moralsk dommer i forhold til, hvad de vil opnå med deres behandling.

Af interviewene fremgår det dog, at brugerens selvbestemmelse ikke er det eneste på spil i visitationsprocessen, når en brugers målsætning skal fastlægges. Et typisk mønster er, at en visitator først siger, at ”det er jo brugerens mål, som vi arbejder ud fra. Vi sætter ikke en målsætning for dem,” men senere siger samme visitator:

At visitere til det rigtige tilbud, det vil også sige at få sagen eller personen ordentlig belyst, og det er jo en blanding af både, hvad klienten ønsker og så vores faglige bedømmelse af, hvad der vil være bedst.

Der er altså to faktorer på spil: Klientens ønsker og behandlerens faglige bedømmelse af, hvad der vil være bedst. Det går dog igen, at behandlerne i første omgang kun nævner brugernes selvbestemmelsesret og kun i anden omgang fortæller, at der er situationer, hvor det ikke er, hvad brugere siger, der bestemmer målsætningen. En anden visitator siger fx først:

Som udgangspunkt er misbrugsbehandling frivilligt, så det er jo faktisk folks eget behandlingsønske, jeg arbejder ud fra. Det er dem selv, der sætter målene. Man skal ikke blive ambitiøs på andres vegne. Det skal komme indefra. Hvis motivationen ikke er der, er der ingen metode, der virker. Man kan ikke tvangsbehandle folk.

Senere forklarer han imidlertid, at nogle brugere fremsætter behandlingsønsker, som man ikke bare skal tage til efterretning, fordi de er baseret på nogle forkerte forventninger:

Mange tror, at de skal snakke stoffrihed, når de er hos mig. Dem, der er på vedligeholdelse, er jo mange af de gamle [...]. Der kan være nogle, der er så socialt belastede eller har været i misbrug i mange år uden at have haft kontakt til misbrugsbehandling nogen steder. Her handler det om at få dem stabiliseret på metadon eller suboxone, og der er ingen forhåbninger om, at de skal være clean.

Visitatoren afviser målsætninger om stoffrihed, dels fordi de er baseret på en misforståelse fra brugerens side om, at det 'skal' han/hun sige i den situation, og dels fordi det er urealistisk. Det handler for visitatorerne om at finde en realistisk målsætning. En behandlingsleder forklarer:

Det er ikke altid, at vores brugergruppe er realister. En gang i mellem bliver der skudt lidt over målet, og så er det også vores opgave at få justeret det. At vurdere, hvad er det for et menneske, der sidder over for dig, hvad er det for nogle ressourcer, og hvad kan de. Så man kan ikke sige, at målet enten er det ene eller det andet. Det er individuelt alt efter, hvem det er, vi får ind af døren. Fordi hvis vi får en gammel stofmisbruger, så tænker jeg ikke, at lykken nødvendigvis ligger i at blive stoffri. Lykken kan ligge i at få en øget livskvalitet og få noget ro på det her med at skulle ud og skaffe stoffer hele tiden [...]. Med de unge ligger det implicit, at vi synes ikke, at de skal tage stoffer, vi synes faktisk, at de skal blive stoffri.

Visitatoren skal finde frem til den bedste og mest realistiske målsætning, hvilket ikke nødvendigvis er det samme, som brugeren siger. Brugeren kan være urealistisk eller udtrykke noget andet, end hun/han egentlig mener ud fra en forestilling om, at man 'skal' sige stoffrihed, når behandlere spørger til ens målsætning. Dette skisma mellem brugernes selvbestemmelsesret og behandlernes faglige vurderinger er også analyseret i Andersen & Järvinen (2009) på baggrund af et andet datamateriale.

Stofreduktion er et af de officielle behandlingsformål i Servicestyrelsens oversigt (www.socialebegreber.dk). De interviewede visitatorer har dog delte meninger om den type målsætninger. Nogle visitatorer synes, det er en svær målsætning at arbejde med, og fraråder sine brugere den. En visitator fortæller:

Folk, der kommer her med fx et hashproblem – det er kun de færreste, der ønsker hjælp til at få minimeret forbruget. Fordi det, tror jeg, bliver meget svært at hjælpe dem med, så der siger vi nok, at det bliver meget svært, hvis det kun er det, og at de nok skal prøve at se tingene på en lidt anden måde. Altså, at de skal stoppe 100 pct.

Andre visitatorer ser anderledes på det og vil ikke stille spørgsmålstejn ved brugere, der ønsker stofreduktion eller ophør af ét stof og fortsættelse af et andet. En visitator fortæller:

Vi arbejder ud fra en tilgang, der er, at klienten bestemmer, hvad det er, der skal ske. Så enten vil man ophøre med sit forbrug, og ellers vil man reducere det. Hvis folk gerne vil beholde deres hash, men holde op med alle de hurtige stoffer, så arbejder vi jo loyalt med klienten på det. Vi forsøger i hvert fald ikke at være moralske på klientens vegne og ønsker ligesom at sige, at det er dem, der ved bedst. Derfor prøver vi selvfølgelig stadig at spejle forskellige af de scenarier, de kommer ud i, og sige: ”Kunne det have noget at gøre med det stofforbrug, du har, og kunne det få dig til at ønske at ændre det?” Men vi tilstræber neutralitet i forhold til hvad det er, klienten selv sætter som mål.

Endelig er der forskellige holdninger til at opgive målsætninger om både stoffrihed og stofreduktion og i stedet satse på stabilisering via tilbud om længerevarende substitutionsbehandling, omsorg og skadesreduktion. De kvalitative interview afspejler de samme holdninger og holdningsforskelle, som kommer til udtryk i tabel 6.6; de fleste er enige i, at for mange brugere får substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden visitation, mens meningene er delte i forhold til, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling. Som tidligere nævnt er den *principielle* enighed om, at stoffrihed bør være målsætningen for alle brugere, dog ikke det samme som, at man i *praksis* opererer med denne målsætning for alle brugere. En visitator fortæller, at man principielt primært er orienteret mod stoffrihed og stoffri behandling i kommunen, men i praksis er der også tilbud om længerevarende substitutionsbehandling:

Vi satser på primært at tilbyde stoffri behandling som det første [tilbud]. Det er jo vores mål, at vi kan det, og det kan vi også. Vi kan give et tilbud om stoffri behandling til alle, der ønsker det, og vi er meget bredt orienteret i forhold til, hvilke behov der måtte være. Så derfor ønsker vi jo, at der er så få som muligt, der bliver sat på en passiv eller en længerevarende stabilisering- eller substitutionsbehandling. Vi vil hellere have dem stoffri og inde i vores fællesskaber herinde. Og det kan man sige, er modsætningen til så mange andre kommuner, hvor man rent faktisk bruger meget tid på substitutionsbehandling. Det er der, man starter, og det er tilbuddet. Der satser vi lidt i en anden boldgade, kan man sige.

Af dette citat kan man læse en retorisk understregning af, at man satser kraftigt på stoffrihed i denne kommune, men trods dette princip siger visitatoren også her, at der jo er stofmisbrugere, hvor det ikke er realistisk, og de tilbydes behandlingsforløb med alternative målsætninger. Men man forsøger at holde antallet nede og satser ikke på det som den første løsning. Visitatoren opfatter hendes kommunes tilgang og satsning på stoffrihed som en anderledes strategi end så mange andre kommuner, og indtrykket fra de kvalitative interview giver hende delvist ret. Retorisk er det den kommune, hvor princippet om, at stoffrihed skal være målet for alle stofmisbrugere, fremhæves mest og kombineres mest direkte med en skepsis over for længerevarende substitutionsbehandling. Det gælder dog også for andre visitatorer, at de giver retorisk udtryk for, at stoffrihed altid er udgangspunktet for behandlingsarbejdet. En visitator i en anden kommune siger fx:

Udgangspunktet for os er altid stoffrihed, men hvis folk ikke er dér, så prøver vi det næstbedste. Dvs. vi kan arbejde hen imod, at de får en bedre dagligdag, måske ikke skal kriminalisere sig osv. Og det kan måske suppleres med substitutionsbehandling. Det er en mulighed. Og så er det måske sådan, at så er brugerne på dét i noget tid og finder ud af, at de vil faktisk gerne noget mere, dvs. stoffrihed. Så har vi mulighed for at sende dem i stoffri døgnbehandling.

Mens visitatoren i førstnævnte interview fremstiller sig selv og behandlingssystemet, som den aktive part i at fastholde stoffrihed som målsætning ("vi vil hellere have dem stoffri"), så fremstilles brugeren som den aktive part i det andet interview: *Brugeren* finder ud af, at hun/han gerne vil omformulere målsætningen ("så er brugerne på det [substitutionsbehandling] i noget tid og finder ud af, at de vil faktisk gerne noget mere, dvs. stoffrihed"). I hvor høj grad de retoriske forskelle afspejler sig i praksis, kan vi ikke vurdere, men både kommuners politik og behandleres holdninger til, hvorvidt stoffrihed bør være en målsætning for alle brugere samt holdning til, hvorvidt behandlerne skal spille en aktiv eller tilbagetrukket rolle i forhold til at formulere brugernes målsætninger, har formodentlig en afsmittende effekt på praksis (jf. fx Winter, 2004).

Flere visitatorer fortæller, at man gerne ville have, at folk i substitutionsbehandling fik mere støtte til at forsøge sig med målsætninger om stoffrihed. Det gælder både visitatorer i bestiller- og udfører-kommuner. En visitator i en bestiller-kommune siger:

Selvfølgelig er der en hård kerne, hvor man kan sige, at de nok skal på metadonbehandling resten af livet, det er den måde de fungerer bedst på, men jeg har indtryk af – det er min personlige holdning – at man fastholder folk i et misbrug i stedet for at støtte dem i at komme ud. De starter med metadon, og man får at vide, at "det er metadon for at undgå et sidemisbrug, målet er på sigt at komme ud af det." Så får vi et halvt år efter en ansøgning, hvor man har glemt, at målet på sigt var at komme ud af misbruget og stoppe med metadon. Så er det næste mål bare at vedligeholde på nuværende dosis. Det kan godt undre mig en gang imellem, at man ikke gør mere for at få folk ud af et misbrug, måske går lidt hårdere til dem og holder dem fast. [...] Der skal være mere styring. De skal prøve at fastholde brugernes mål [...] De, der er nye i [behandling hos leverandøren], som har et mål om at blive stoffri, de skal bare ind og have støtte, fordi de har et sidemisbrug eller har lavet kriminalitet. Derfor behøver man jo ikke give dem metadon i flere år, når de faktisk har et ønske om at blive stoffri. [...] Det [substitutionsbehandling] er der selvfølgelig nogle få, der skal have. Men nogle af de andre, der har haft et illegalt misbrug før og kommer ind for at forsøge at blive rettet op, får i mine øjne et legalt misbrug.

Også visitatorer i udfører-kommuner siger, at brugere i substitutionsbehandling får for lidt støtte til at komme ud af substitutionsmedicinen igen, og når der er tale om udfører-kommuner er ønskerne om forandring/kritikken rettet mod deres egen kommunes behandlingssystem. En visitator fra en udfører-kommune siger:

Jeg kunne da godt tænke mig, at vi fik udfordret brugerne noget mere på at turde komme ud af deres substitutionsmedicin [...]. Hvordan tiltaget skulle se ud, ved jeg ikke, men jeg kunne godt tænke mig, at vi udfordrede dem langt tidligere på, at substitutionsmedicinen skulle være i en langt kortere periode, end den reelt er. Og så ved jeg godt, at vi har med brugere at gøre, som er dårlige, og de har været mange tilbud igennem. Og det er et ambulansetilbud, og derfor får vi den målgruppe. Mange ender måske på varig substitutionsmedicin. Men derfor kan man godt udfordre. Nogle ender da også på det på grund af angst, og det er lidt ærgerligt, at de ikke får noget hjælp til at turde udfordre sig selv der.

En behandlingsleder fra en anden udfører-kommune siger tilsvarende:

Vi kunne i den grad godt ønske os en mere skarp behandlingsprofil på substitutionsbehandling. En ting er, at vi gerne vil have så mange over i et stoffrit liv, som vi kan. Det er helt klart det overordnede mål [...], [men] vi ved godt alle os, der har været i branchen i nogle år, at der vil være nogle, hvor det er urealistisk at forvente, at de når en stoffri tilværelse. Det kan man have nogle ideologiske drømme om, men realistisk set må man gøre det tåleligt og ordentligt for den gruppe mennesker. Og så er der en stor gruppe, hvor jeg tænker, vi kunne godt få dem ført frem til en stoffri tilværelse med en større og mere målrettet indsats. Det kunne vi godt tænke os. Og det vil vi selvfølgelig bestræbe os på, men der er langt igen.

Med en ”større og mere målrettet indsats” over for brugere i substitutionsbehandling, mener behandlingslederen, at flere brugere i substitutionsbehandling kunne opnå en stoffri tilværelse – ”men der er langt igen”. Samtidig understreger han også, at det ikke er alle i substitutions-

behandling, der kan opnå stoffrihed. Som andre visitatorer efterspørger han en afbalancering mellem accepten af, at ikke alle kan opnå stoffrihed og en insistering på, at behandlingssystemet ikke må opgive stoffrihed over en kam for fx brugere i substitutionsbehandling.

BRUGERINDFLYDELSE

Serviceovens § 16 slår fast, at kommunerne skal sørge for, at brugerne har mulighed for indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af behandlingstilbuddene (LBK 979 af 01/10 2008). Brugerinddragelse og -indflydelse er principper, som blev indført i socialpolitikken i forbindelse med den såkaldte 'lille socialreform' i 1997, hvor Folketinget vedtog en række nye love på det sociale område, herunder Serviceoven. I den nye socialpolitik ønskede man at ændre rollerne og relationerne mellem de ansatte i den sociale sektor og modtagerne af de sociale tilbud. Frem for at være et møde mellem en umyndiggjort 'klient' og en ekspert, som vidste, hvad der var bedst for klienten, skulle brugerne selv spille en aktiv og ansvarlig rolle. "Borgerne opfattes nu som eksperten, både når det gælder eget liv og oplevelsen af den sociale service", skriver Bjerge & Selmer om principperne bag den lille socialreform (Bjerge & Selmer, 2007:9). Overordnet kan man sige, at både politikere, behandlere og brugere er enige om, at brugerinddragelse/brugerindflydelse er en god idé, men samtidig bliver det ofte fremhævet i undersøgelser og evalueringer, at det kan være vanskeligt at implementere i praksis (fx Asmussen & Jöhncke, 2004; Grytnes, 2004; Asmussen & Kolind, 2005; Andersen, 2007; Bjerge & Selmer, 2007).

I dette afsnit skal vi se, hvordan visitatorer i stofmisbrugsbehandlingen beskriver deres praksis i forhold til brugerinddragelse og brugerindflydelse, hvilke barrierer de møder i forhold til implementering af dette samt deres holdninger til det. Man skal være opmærksom på, at der er gradforskelle mellem brugerinddragelse og brugerindflydelse. Brugeren kan godt i løbet af sagsbehandlingsprocessen *inddrages* i en snak om, hvilket behandlingstilbud vedkommende skal have uden at have den afgørende *indflydelse*. Inddragelse er en forudsætning, men ikke en garanti for indflydelse.

I spørgeskemaundersøgelsen er visitatorerne blevet spurgt, om de mener, at kommunens brugere ideelt set burde have mere eller mindre

indflydelse på deres behandling, eller om det er tilpas, som det er på tidspunktet for spørgeskemaundersøgelsen. Deres svar fremgår af tabel 6.7.

TABEL 6.7

Visitatorens holdning til om kommunens brugere ideelt set burde have mere eller mindre indflydelse på deres behandling, eller om det er tilpas.

	Antal	Pct.
Mere indflydelse	10	13
Tilpas indflydelse	60	79
Mindre indflydelse	2	3
Ved ikke	4	5
Total	76	100

Som det fremgår af tabellen, mener de fleste (79 pct.), at brugernes indflydelse på deres behandling er tilpas. Få (13 pct.) mener, at brugerne burde have mere indflydelse, og endnu færre (3 pct.), at de burde have mindre indflydelse.

Visitatorerne er også blevet spurgt, i hvor høj grad brugerne har indflydelse på formålet med deres behandling. Dvs. om deres målsætning skal være stoffrihed, stofreduktion eller stabilisering. Svarene fremgår af tabel 6.8.

TABEL 6.8

Visitatorens vurdering af, i hvor høj grad brugerne har indflydelse på *formålet* med deres behandling.

	Antal	Pct.
I høj grad	62	82
I nogen grad	8	11
I mindre grad	2	3
Slet ikke	0	0
Ved ikke	4	5
Total	76	100

Som det fremgår, mener 82 pct. af visitatorerne, at brugerne i høj grad har indflydelse på formålet med deres behandling. Som det fremgik af

forrige afsnit, så fremhæver visitatorerne i de kvalitative interview, at det er brugerne, der bestemmer, hvilken målsætning der skal være for deres behandlingsforløb. Som det imidlertid også fremgik, har også visitatoren indflydelse på, hvilket formål behandlingen skal have, idet visitatorerne fortæller, at brugerne ikke altid er ærlige eller realistiske omkring, hvad målet skal være, hvorfor visitatoren også må læne sig op ad sine faglige bedømmelser. Når visitatorerne fortæller, at brugerne har en høj grad af indflydelse på formålet med deres behandling, skal det derfor næppe tolkes således, at brugerne *alene* bestemmer formålet. Fastlæggelsen af formål sker formentlig i samspil med visitatorerne inden for rammerne af, hvad der er muligt (hvilke behandlingstilbud, der er tilgængelige, relevante, realistiske, inden for økonomisk rækkevidde osv.).

Visitatorerne er også blevet spurgt i hvor høj grad, brugerne har indflydelse på intensiteten af deres behandling. Intensitet vil sige, hvor hyppigt de får behandlingsydelser. Er det fx ad hoc-behandling med én behandlingssamtale om måneden eller dagbehandling med gruppe- og individuel behandling 3-5 gange om ugen? Svarene fremgår af tabel 6.9.

TABEL 6.9

Visitatorens vurdering af, i hvor høj grad brugerne har indflydelse på intensiteten af deres behandling.

	Antal	Pct.
I høj grad	33	43
I nogen grad	27	36
I mindre grad	11	15
Slet ikke	0	0
Ved ikke	5	6
Total	76	100

Sammenlignet med brugernes indflydelse på formålet med deres behandling, har de mindre indflydelse på intensiteten, ifølge visitatorernes vurdering. 43 pct. af visitatorerne vurderer, at brugerne i høj grad har indflydelse, 36 pct., at de i nogen grad har indflydelse, og 15 pct. vurderer, at brugerne kun har indflydelse på intensiteten i mindre grad.

Man kan skelne mellem to måder, brugere kan opnå indflydelse på intensiteten. For det første kan de i forbindelse med visitationen få indflydelse på, hvilken kategori af behandlingsintensitet de visiteres til. For det andet kan de, når de er indskrevet i et behandlingstilbud, få ind-

flydelse på intensiteten ved at tage flere eller færre initiativer til behandlingskontakt. ”De, som henvender sig og ønsker en tid [til en samtale], de får en tid, og de, som henvender sig mange gange, får mange tider”, som en behandler forklarer i en anden undersøgelse, der er forløber for denne (Andersen & Järvinen, 2009:49). Brugere kan henvende sig og ønske behandlingssamtaler, og jo hyppigere vedkommende gør det, jo mere stiger intensiteten – dog ”inden for kategorien”. Dvs. brugeren kan ikke ændre en ambulans behandling til dagbehandling ved at tage mange initiativer.

Vi har spurgt visitatorerne, om intensiteten af brugernes behandlingsydelser fastsættes i forbindelse med visitation til *ambulant* behandling. Svarene fremgår af tabel 6.10.

TABEL 6.10

Fastsættes det i forbindelse med visitationen, hvor ofte brugere i ambulans behandling skal have behandlingsydelser såsom samtaler eller gruppebehandling?

	Antal	Pct.
Ja	47	62
Nej	22	29
Ved ikke	7	9
Total	76	100

Som det fremgår af tabel 6.10, svarer 62 pct. af visitatorerne, at intensiteten i ambulans behandling bliver fastlagt i forbindelse med visitationen. Hvad betyder det i forhold til brugerindflydelse? Man kan sige, at hvis intensiteten fastlægges i forbindelse med visitationen, så foregår det eksplicit, og brugeren skulle gerne informeres om sit ret til at anke beslutningen. Hvis ikke intensiteten fastlægges i forbindelse med visitationen, hvilket 29 pct. af visitatorerne fortæller, at den ikke gør, så betyder det, at brugeren visiteres til en type tilbud med en ret til at møde op og efterspørge behandlingsydelser i behandlingstilbuddet frem for en ret til en bestemt intensitet. Brugeren bliver fx visiteret til det kommunale misbrugscenter, uden det bliver bestemt, hvor hyppigt vedkommende skal have samtaler eller andre behandlingsydelser, og det er så brugerens initiativ (samt behandlernes opsøgende initiativ), som fastlægger intensiteten.

Brugeren har ikke ret til en bestemt intensitet i behandlingsydelser, men ret til at møde op og efterspørge behandlingsydelser.

Hvordan bliver brugerne inddraget og givet indflydelse? Skriftlige planer bliver nævnt som et redskab til at inddrage brugerne og give dem indflydelse. ”Man kan sige, de henvender sig, og så bliver de først inddraget, når de laver behandlingsplanen oppe på behandlingsstedet,” fortæller en visitator fra en bestiller-kommune. En visitator fra en udfører-kommune fortæller, at udarbejdelsen af planerne samt opfølgningerne herpå giver brugerne en chance for at ”komme med deres syn på, hvordan de synes, det har været her, og hvad der skal ske”. Hun fortæller:

De laver deres handleplan efter tre måneder. Så følger man op på behandlingen med en opfølgning. Det bliver kvalitetssikret sammen med vores psykolog, og de får indkaldelse til den her kvalitetssikring. Man kan sige, det er dér, hvor de kommer med deres oplevelse af, hvad der er sket, og hvad der skal ske fremover.

De skriftlige planer er således en anledning og mulighed for at give brugerne indflydelse på planlægningen af deres individuelle behandling. Tidligere undersøgelser har vist, at det er forskelligt, i hvilken udstrækning skriftlige planer, såsom handleplaner, kan bruges til brugerinddragelse. En undersøgelse viser, at ”handleplanens brugerinddragende rolle i praksis er ganske lille”, når det gælder svært belastede brugere i substitutionsbehandling, og det begrundes således:

Der eksisterer en vanskelighed i at integrere handleplaner i arbejdet med de sværest belastede stofmisbrugere, fordi den fremtidsorienterede, skriftlige og systematiske tilgang til refleksion, der ligger i denne type behandlingsarbejde, står i kontrast til mange stofmisbrugeres liv. Her handler det om at navigere i et kaos, en her-og-nu problematik samt verbal erfaring og udveksling (Kolind, 2005:60; se også Asmussen & Kolind, 2005).

En anden undersøgelse af tilbud til opiatmisbrugere i København viste, at der også er store variationer i, hvor brugerinddragende behandlingssystemet er i deres tilgang til brugere, når handleplanen skal udarbejdes.

Nogle behandlere opsøger brugere personligt og motiverer dem til at få en handleplan, mens andre behandlere udsender korte, standardiserede breve med oplysninger om, hvor brugerne kan henvende sig, hvis de ønsker en handleplan (Andersen & Järvinen, 2009). Både brugerens ressourcer og behandlernes tilgang til handleplaner har betydning for, hvorvidt de kan spille en brugerinddragende rolle eller ej.

Brugerråd, brugermøder o.lign. er redskaber, der diskuteres, når det gælder brugerindflydelse på rammerne for behandlingen, selve organiseringen af behandlingstilbuddet osv. En enkelt visitator fortæller, at der på det behandlingssted, hvor hun sidder, er et relativt stærkt og velfungerende brugerråd:

Derudover har vi et stærkt brugerråd, som i stort set alle tiltag bliver informerede, eller der drøftes med dem. Vi har brugerrådet, der mødes en gang om måneden med ledelsen og en medarbejderrepræsentant, hvor de kan komme med ting, de undrer sig over, er utilfredse med, eller hvad det nu måtte være.

Hun fortæller, at tilslutningen er varierende, men set i forhold til brugergruppen, synes hun, at det fungerer rigtig godt:

Nogle gange har vi haft otte medlemmer, og nogle gange er der så tre af dem, der dukker op. Så det er meget forskelligt, hvordan det kører. Og vi kunne da savne meget mere fra brugerrådet, men vi skal også være realistiske. Selvfølgelig kunne man tænke sig alverdens ting, men jeg synes overordnet, at vi har en god dialog og et godt brugerråd, som er med til det, de nu formår.

I denne kommune er brugerråd ikke den eneste form for kollektiv brugerinddragelse. Visitatoren fortæller, at man fx for et halvt års tid siden havde en temadag, hvor medarbejderne fremlagde visioner for behandlingsstedet, som brugerne derefter var med til at revidere og videreudvikle på. Det førte til en fælles vision for en omorganisering af bl.a. behandlingsstedets funktion og åbningstider, som også blev ført ud i livet til alles tilfredshed.

Denne kommune er det sted, hvor brugerråd og kollektiv brugerinddragelse bliver beskrevet som mest velfungerende. Andre steder fortæller visitatorer, at man helt har opgivet brugermøder: ”Man har haft

brugermøder i værestedet, men det er feset ud,” fortæller en visitator for eksempel. Andre visitatorer fortæller, at det kører trægt. En visitator fortæller, hvordan man har forsøgt at etablere brugerråd i hendes kommune:

Vi har da forsøgt at lave noget brugerinddragelse. Bl.a. da kommunen skulle lave misbrugspolitik her i forbindelse med overgangen fra amt til kommune. Der lavede vi sådan en refleksionsgruppe ved substitutionsklienterne dernede. Så hver gang vi havde været til et møde, så gik vi tilbage og snakkede med dem om: Hvad sagde de til det? Og havde de ideer til de næste dagsordenpunkter, som det kunne være vigtigt at få frem? Men jeg synes, det er en vanskelighed. Vi har ikke et stærkt sammenhold blandt vores brugere, så det er meget svært at finde nogen, der repræsenterer andet end sig selv [...]. Vi holder kvartalsvise brugermøder med en åben dagsorden, men det er lidt ligesom i det almindelige foreningsliv, så er det Tordenskjolds soldater, og det er også afhængigt af dagsformen, om de tropper op eller ej.

Visitatoren indikerer to problemer i den kollektive brugerinddragelse: For det første problemer med, at der ikke er så mange brugere, der møder op, og for det andet, at de ikke nødvendigvis repræsenterer andet end sig selv. Hvis kun få møder op, og de kun repræsenterer sig selv, er det svært at tale om generel brugerindflydelse på behandlingstilbuddet. Tværtimod giver det en risiko for, at det er de stærke brugere, der bestemmer. De svage brugere, der ikke har ressourcer til at deltage, får ikke givet deres mening givet tilkende, trods de måske har et større behov for, at tilbuddene netop tilgodeser dem og deres behov.

Visitatorerne begrundede ofte vanskelighederne i forhold til både den individuelle og den kollektive brugerinddragelse med brugernes begrænsede ressourcer: Brugernes manglende evne til at reflektere over deres situation og formulere deres ønsker, deres kaotiske adfærd og udeblivelser fra handleplanssamtaler mv. Nogle af visitatorerne er også inde på, at brugerne ikke nødvendigvis ved, hvad der er bedst for dem selv, hvilket kan gøre det nødvendigt at begrænse deres indflydelse. En visitator forklarer:

Så synes jeg tit, det er bedre, at der kommer en faglig vurdering. Fordi det er ikke altid, at brugerne selv er eksperter på det her område og ved, hvad der egentlig skal til. Fx kan de blive ved med at bruge samme strategi. [...] Og der synes jeg, at vi mange gange kan have en bedre vurdering af sagerne, end de selv har. Det er ikke altid realitetssansen er lige god.

Brugerne er ikke altid eksperter på, hvad der egentlig skal til, dvs. hvilket behandlingstilbud de har brug for. Mange gange har behandlerne en bedre vurdering af sagerne, fortæller visitatoren. Det kan gøre det nødvendigt for behandleren at ”flytte” på brugernes ønsker. Han forklarer:

Det er jo ud fra brugerens behov og ønsker, vi i første omgang tager udgangspunkt. I det hele taget tager udgangspunkt. Og så er der nogle gange nogle, som stædigt forfølger nogle ønsker [...]. Så går man jo ind i en dialog og ser, om man kan flytte dem, fordi man har en anden faglig vurdering af det.

I forbindelse med ovenstående citat fortæller visitatoren om en bruger, som ønsker et specifikt behandlingstilbud, som visitatoren ikke vurderer, at han vil profitere af. Vi var også inde på samme tema i forrige afsnit i relation til målsætninger, hvor visitatorerne forklarede, at man som udgangspunkt tog afsæt i brugerens ønske, men hvis brugerens ønsker er i modstrid med visitatorens faglige vurdering af brugerens behandlingsbehov eller behandlingspotentiale, så bliver brugerens behandlingsønske forsøgt korrigeret. Man kan sige, at brugerindflydelsen afvejes af behandlerindflydelse i de tilfælde, hvor bruger og behandler er uenige om målsætning eller behandlingstilbud. Dette samt andre aspekter af, hvordan behandlingssystemet arbejder med brugerinddragelse, er også behandlet i delrapport 3 om behandlingssteder.

FRIT VALG

Retten til frit valg er lovfæstet i Servicelovens § 101 stk. 4 med følgende formulering: ”En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter, som det der er visiteret

til" (LBK 979 af 01/10 2008). Man kan vælge frit blandt behandlingstilbud af samme type, men man kan fx ikke vælge stoffri døgnbehandling, hvis man er visiteret til ambulante substitutionsbehandling. Private dagtilbud kan man aldrig frit vælge, så hvis man er visiteret til ambulante behandling, kan man kun vælge at blive behandlet på et andet offentligt ambulante tilbud.¹³ Man noterer i loven, at behandlingsgarantiens tidsfrist på 14 dage kan fraviges, hvis stofmisbrugeren benytter det frie valg og vælger et andet tilbud end det, hun/han er visiteret til. Hvis hensynet til brugeren selv taler for det, kan retten til frit valg fraviges.

I spørgeskemaundersøgelsen er visitatorerne blevet spurgt, i hvilken grad de orienterer brugere om deres muligheder for frit valg i forbindelse med visitationen. Svarene fremgår af tabel 6.11.

TABEL 6.11

I hvilken grad orienteres brugerne om deres muligheder for frit valg i forbindelse med visitation til behandling?

	Antal	Pct.
Altid	20	32
Oftest	23	37
Nogle gange	10	16
Sjældent	2	3
Aldrig	1	2
Ved ikke	6	10
Total	62	100

Af tabel 6.11 kan man se, at 32 pct. af visitatorerne altid orienterer brugerne om deres muligheder for frit valg, 37 pct. gør det oftest, 16 pct. gør det nogle gange, og 5 pct. gør det sjældent eller aldrig.

Visitatorerne kan orientere brugerne om frit valg på forskellige måder og på forskellige tidspunkter. Det kan være noget visitatoren mundtligt gør opmærksom på undervejs i en visitationssamtale, eller det kan være noget, visitatoren orienterer brugeren om skriftligt i forbindelse med udlevering af klagevejledning, når visitationsbeslutningen er truffet. Brugeren kan også blive gjort opmærksom på frit valg ved, at få to eller

13. Private dagtilbud er ikke omfattet af kravet om godkendelse i Servicelovens § 144, hvilket betyder, at de ikke er omfattet af retten til frit valg (jf. Vejledning nr. 4 til Serviceloven, se også Servicestyrelsens præsentation af lovgrundlag <http://147.29.53.54/vbgs/>, besøgt 15. maj 2009).

flere behandlingstilbud at vælge imellem. Det gør retten til frit valg meget konkret og håndgribelig for brugeren. Visitatorerne er blevet spurgt, hvor stor en andel af de brugere, de visiterer, der får mere end et behandlingssted at vælge imellem. Svarene fremgår af tabel 6.12.

TABEL 6.12

Hvor mange procent af brugere har fået mere end et behandlingssted at vælge imellem ved visitationen?

	Antal	Pct.
0-9 pct.	12	16
10-19 pct.	12	16
20-29 pct.	4	5
30-39 pct.	5	7
40-49 pct.	3	4
50-59 pct.	4	5
60-69 pct.	3	4
70-79 pct.	3	4
80-89 pct.	8	10
90-100 pct.	8	10
Ved ikke	14	18
Total	76	100

Som det fremgår, er der en lille tendens til polarisering i forhold til visitatorers praksis på dette område: 32 pct. af visitatorerne giver 0-19 pct. af brugerne flere steder at vælge imellem, mens 20 pct. af visitatorerne giver 80-100 pct. af brugerne valgmuligheder. Man kunne forestille sig, at det hang sammen med karakteristika ved kommunerne, således at centralt placerede og/eller store kommuner hyppigere gav brugere valgmuligheder, fordi der er flere behandlingstilbud i nærheden og evt. flere tilbud i kommunens eget system. Hvis man sammenligner kommuner, hvor visitatorerne giver de fleste brugere valgmuligheder med kommuner, hvor visitatorer giver de færreste brugere valgmuligheder, er der imidlertid både store og små kommuner samt kommuner centralt og mindre centralt beliggende i begge grupper. Der er også både bestiller- og udfører-kommuner i begge grupper.

Indtrykket fra de kvalitative interview er, at det særligt er i forbindelse med visitation til døgnbehandling, at visitatorerne opfatter det som relevant at gøre brugeren opmærksom på mulighederne for frit valg. En visitator fortæller:

Konsulenterne er med til at inspirere dem og sige: ”Prøv at se på hjemmesiden, hvad de kan tilbyde nede på [døgntilbehandlingssted X]. Prøv at sammenligne dét og dét.” [...] Vi tager brugerne med på en rådgivning om, hvor de vil hen i døgntilbehandling. Vi siger ikke: ”Du skal derhen.” Det er faktisk en proces, hvor vi siger: ”Nu skal du se, der er en der, de arbejder sådan og sådan, det er en stor institution, den ligger [beliggenhed]. Der er også en mulighed her, og de bruger den og den metode.”

Visitatoren fortæller brugerne om de forskellige døgntilbehandlingssteder; hvor de ligger, deres størrelse og metode, og opfordrer brugere til at sammenligne stederne indbyrdes. Denne fremgangsmåde er der ingen af visitatorerne, der beskriver i forhold til visitation til ambulante tilbehandlingssteder. Tværtimod gør visitatorerne opmærksom på en række forhold, der gør, at retten til frit valg i praksis får relativt lille betydning, når vi ikke taler døgntilbehandling. For det første bliver geografi nævnt i de kvalitative interview som en begrænsning for brugernes muligheder for frit valg. En visitator fra en lille provinskommune siger:

Jeg tror ikke, vi har haft nogen sager, hvor folk har villet noget andet. Og det kan måske hænge sammen med, at hvis du skal have et andet tilbud, så skal du rejse helt til [en anden by]. Det gør man ikke heroppefra. Det er alt for besværligt. Der går ingen busser og tog, som passer.

Denne visitator fremhæver afstandene, som en fysisk barriere i forhold til praktisering af frit valg. Som hun siger senere: ”Valget er dét, at vi bor, hvor vi bor. Der er ikke andre muligheder, med mindre du vil rejse langt for det.” Også i mere centralt beliggende byer er det dog brugerens adresse, der afgør, hvor han/hun får tilbehandling. En visitator fra en af Danmarks største byer siger:

De kan selvfølgelig ønske, at de hellere ville gå i [en anden afdeling], men jeg har ikke oplevet det. Så er det fordi, de flytter dertil. Det er meget deres adresse, der afgør det. Der er ikke så mange andre alternativer.

For det andet fortæller visitatorerne, at manglende plads på eventuelle alternative behandlingssteder er en barriere. En visitator fra en anden af Danmarks største byer fortæller:

Nej, det [frit valg] har nok ikke haft den store gennemslagskraft. Endnu. For det første, hvis de vil vælge et andet [behandlingssted], så er der jo ikke plads på nogle af dem. Vi er jo alle sammen fyldt op. Så på den måde vil det være svært for dem at sige: ”Jeg vil gerne [et andet sted hen].” Vi har haft en enkelt [bruger], der har fået lov til at komme ind på et andet center. Men vi er jo fx totalt fyldt op, så hvis der er én, der bor [i et andet område] og gerne vil være her, så er det altså svært.

Denne visitator er fra et område, hvor der faktisk er flere alternative, ambulante behandlingscentre, men det er ikke muligt for brugerne at vælge mellem dem i praksis, fordi de alle er fyldt op. I et andet interview bliver en visitator fra en mindre kommune spurgt om følgende:

Interviewer: Er der nogen brugere, der har benyttet retten til frit valg og har valgt andre behandlingstilbud? Er der efterspørgsel efter det?

Nej, det er der ikke.

Interviewer: I har ikke haft nogen brugere?

Vi har haft en enkelt, hvad jeg lige kan komme på, der har søgt en ’harm reduction-afdeling’ i [en anden kommune], og som blev visiteret, men som ikke kunne indskrives der.

Visitatoren giver udtryk for, at der ikke er brugere, der efterspørger muligheden for frit valg, og i det ene tilfælde hun kan komme på, var der alligevel ikke plads på det behandlingssted, brugeren ønskede.

Manglende viden hos brugerne er en tredje barriere, visitatorerne er inde på i forhold frit valg. Det kan både være manglende viden om behandlingsalternativer eller manglende viden eller forståelse af retten til frit valg. En visitator bliver spurgt:

Interviewer: Benytter jeres brugere retten til frit valg?

Nej, jeg oplever det mest på alkoholområdet. [...] Jeg ved ikke om de bliver oplyst om det. [...] Der er ikke så mange stofmisbrugere, der ved, hvilke steder der er.

Visitatoren sidder i en myndighedsafdeling, hvor hun visiterer brugere fra kommunens eget behandlingssted. Hun ved ikke, om brugerne bliver oplyst om deres ret til frit valg på behandlingsstedet og gør det tilsyneladende ikke selv. Hvis de blev oplyst om deres ret, er hun dog alligevel ikke sikker på, at de kunne bruge den, da stofmisbrugerne ikke ved, hvilke behandlingssteder der er. En anden visitator fra en bestiller-kommune siger: ”En ting handler om, at vi som sagsbehandlere skal være bedre til at formidle, at der er frit valg, og det skal de også være på behandlingsstederne.” En tredje visitator fortæller:

Jeg har også kun været her i to år. Så der har ikke været nogle deciderede klagesager, selvom de jo får klagevejledning, og de kan klage over beslutningerne osv. Jeg har haft nogle, der har haft nogle ønsker om at komme nogle steder hen, som vi helst ikke vil bruge af den ene eller anden grund, fordi vi ikke mener, at behandlingen dér er god nok, eller der har været nogle omstændigheder af den ene eller anden grund, og hvor de så har fået nej. Det har de sådan accepteret. Det er måske, fordi de ikke kender så meget til fritvalgsordningen?

I forhold til brugernes eventuelle manglende kendskab til frit valg, fremgår det af Vejledning nr. 7 til Serviceloven, at det påhviler brugerens hjemkommune at informere brugerne om deres ret. I vejledningen står der således:

Kommunalbestyrelsen *skal* informere om muligheden for at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Kommunen *kan* informere om behandlingsmuligheder, der kan udgøre alternativer til den behandling, kommunen tilbyder (Vejledning nr. 7 til Serviceloven, pkt. 20 – vores kursivering).

Vejledningen indeholder både et skal og et kan, men må under alle omstændigheder læses således, at der påhviler brugerens hjemkommune nogle forpligtigelser i forhold til at informere brugeren. Men hvordan er det, når brugeren har én hjemkommune og får behandling fra en anden kommune? Vore interview med visitatorer fra bestiller-kommuner tyder på, at der kan være nogle særlige udfordringer i forhold til frit valg, når der samtidig er faste samarbejdsaftaler på spil. Se fx følgende uddrag:

Interviewer: Hvilke muligheder og begrænsninger er der for frit valg i praksis?

Ja, altså det er jo svært at svare på, fordi den gruppe vi har, langt de fleste foretrækker at være [hos leverandøren], og det er meget sjældent, at vi har nogen, der siger: ”Det vil jeg ikke.” De starter oftest med at henvende sig [hos leverandøren], så ligger det ligesom i kortene, at det er fordi, de gerne vil være der. [...]

Interviewer: Men der har været nogen, der ønsker et andet sted?

Altså, det er meget få, jeg kan komme i tanker om [...].

Interviewer: Altså, selve indførelsen af frit valg har egentlig ikke gjort den store forskel for jeres daglige arbejde?

Nej, det synes jeg ikke.

Bestiller-kommunen har en samarbejdsaftale med en anden kommune, og brugerne skal henvende sig på denne kommunes behandlingssted for at få stofmisbrugsbehandling. Når de gør det, bliver det tolket som et tilvalg af dette behandlingstilbud. Når de henvender sig der, så ”ligger det også i kortene, at det er fordi, de gerne vil være der,” siger visitatoren. Man kan dog spørge, om brugerens henvendelse på leverandørens behandlingssted kan tolkes således, når samarbejdsaftalen mellem bestiller- og leverandør-kommune i sig selv bestemmer, at det er dér brugeren skal henvende sig? Bestiller-kommunen tager ikke noget initiativ i forhold til at oplyse brugerne om frit valg, og det bliver derfor op til brugerne selv at sige fra eller leverandøren at oplyse brugerne om, at leverandørens eget behandlingstilbud godt kan fravælges. I denne situation

oplever visitatoren i bestiller-kommunen ”meget få” tilfælde, hvor brugere benytter sig af deres ret til frit valg. I en anden bestiller-kommunen er situationen i grove træk den samme, og visitatoren her finder det problematisk, at kommunen har valgt én leverandør som samarbejdspartner, fordi det begrænser brugernes frie valg. Hun siger:

Man kunne også lave nogle samarbejder på tværs af kommunerne. Jeg synes, der er flere muligheder, og jeg synes også, man skylder borgerne, at de har nogle valgmuligheder [...]. Jeg synes klart, at ulempen [ved samarbejdsaftalen] er, at der er én institution, der sidder på så meget af misbrugsbehandlingen. Det er én måde at behandle på, der går igen. Borgerne er forskellige, og de burde dermed have forskellige behandlingstilbud.

Denne visitator efterspørger bedre muligheder for frit valg. Andre visitatorer er mindre ivrige i forhold til at sikre frit valg. Det synes særlig udtalt i udfører-kommuner, hvor visitatorer ikke nødvendigvis kan se det positive i, at brugere skal tilbydes alternative behandlingstilbud, når det gælder deres egne tilbud. En visitator siger:

Jeg synes, det [frit valg] er noget ’crap’ [...]. Jeg kan godt se det, hvis man har kræft eller hjertesygdomme, men hernede? Hvis vi i ’egen hytte’ her, kan gøre det lige så godt, så bør man jo tage imod det. Jeg synes, der er valg på alt for mange hylder.

Visitatoren fra denne udfører-kommune mener ikke, at brugere bare skal kunne fravælge kommunens eget behandlingstilbud. Når det gælder ambulantly behandling, er flere visitatorer enige heri. En anden visitator siger således:

Hvis der er én, der sidder i København og gerne vil behandles ambulantly, så siger vi: ”Du bliver nødt til at komme herhen.” Fordi vi har ambulantly tilbud, og vi kan ikke lave ambulantly behandling på dig i København. Vi vil gerne hjælpe dem, men så skal de jo være her.

Hvis kommunens brugere ønsker ambulantly behandling, så må de bruge kommunens eget tilbud.

Som vi tidligere har været inde på flere gange, er det også en erfaring blandt visitatorerne, at brugerne ikke altid selv ved, hvilket behandlingstilbud der er bedst for dem. Af denne grund samt de ovenstående praktiske grunde såsom, at der alligevel ikke er plads på de alternative behandlingssteder, er der skepsis over for frit valg blandt flere visitatorer. En visitator, der fortæller, at han ikke er sikker på, at brugerne kender til frit valg, bliver således spurgt: ”Synes du, man skulle markedsføre frit valg noget mere eller oplyse mere om det?” og svarer: ”Jeg synes det personligt ikke.”

OPSUMMERING

Stofmisbrugsbehandling har ikke altid stoffrihed som målsætning. Servicestyrelsen skelner således mellem målsætninger om stoffrihed, stofreduktion og stabilisering. Spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer viser, at det er meget forskelligt, hvor stor en andel af de *opiat*misbrugere visitatorer visiterer til behandling, der har stoffrihed som målsætning. Nogle visitatorer visiterer næsten ingen opiatmisbrugere til behandlingsforløb med stoffrihed som målsætning, mens andre visitatorer næsten udelukkende visiterer opiatmisbrugere med stoffrihed som målsætningen. Det kan for det første skyldes, at visitatorerne sidder forskellige steder i behandlingssystemerne og fx overvejende visiterer brugere til stoffri døgntilbeholdning, det kan for det andet skyldes, at visitatorer har forskellige holdninger til, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, og det kan for det tredje skyldes, at der er forskelle på brugerne (deres ønsker, belastningsgrad mv.) fra kommune til kommune. Der er indikationer i besvarelserne til spørgeskemaundersøgelsen på, at de to førstnævnte forklaringer spiller en rolle, mens det ikke er muligt at teste forklaringskraften i den sidstnævnte hypotese. Når det kommer til misbrugere af *centralstimulanser* og *hash*misbrugere tegner spørgeskemaundersøgelsen et mere ensartet billede: De fleste visitatorer visiterer majoriteten af centralstimulans- og hashmisbrugere til behandlingsforløb, hvor stoffrihed er målsætningen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at holdningerne til stoffrihed som målsætning er delte blandt visitatorerne. 31 pct. mener, at stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, mens 43 pct. er uenige. 40 pct. mener, at alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri,

hvis de får det rigtige tilbud, mens 19 pct. er uenige. Til gengæld er de fleste (63 pct.) enige i, at for mange brugere får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats. De kvalitative interview afspejler samme holdninger. Som det fremgår af kapitlet er spørgsmålet om stoffrihed som målsætning et komplekst emne. I praksis beskriver alle visitatorer, at der er brugere med og brugere uden en målsætning om stoffrihed, men flere visitatorer giver udtryk for en skepsis i forhold til, at man fra behandlingssystemets side ikke gør mere for, at brugere i substitutionsbehandling får eller fastholder en målsætning om stoffrihed. Samtidig giver de udtryk for, at det ikke er realistisk for alle at blive stoffri. Det betyder, at behandlingssystemet skal balancere mellem en accept af, at stoffrihed ikke er realistisk for alle og tilbyde hjælp til brugere, der ikke ønsker en målsætning om stoffrihed, og samtidig være opmærksom på, at nogle brugere i længerevarende substitutionsbehandling godt kan have en målsætning om stoffrihed. Det er en udfordring – måske særligt i de behandlingssystemer, der har specialiserede tilbud til de brugere, der henholdsvis har/ikke har en målsætning om stoffrihed.

I spørgeskemaundersøgelsen giver visitatorerne udtryk for, at brugerne har en tilpas indflydelse på deres egen behandling, at de i høj grad har indflydelse på formålet med deres egen behandling og i høj eller nogen grad har indflydelse på intensiteten af deres behandling. Visitatorerne fortæller også, at de oftest eller altid orienterer brugere om deres muligheder for frit valg. I de kvalitative interview kommer visitatorerne dog ind på mange forskellige forhold, der kan begrænse brugernes indflydelse og mulighed for frit valg. For det første kan brugernes manglende ressourcer gøre det svært at inddrage dem. For det andet ved brugerne ikke altid, hvilket behandlingstilbud der vil være bedst for dem, hvorfor brugerens indflydelse og ret frit valg må begrænses på baggrund af visitatorens faglige vurdering. For det tredje er det ikke sikkert, der er alternative behandlingstilbud i brugerens område – og hvis der er, så er det ikke sikkert, der er plads. For det fjerde påpeger nogle visitatorer, at det ikke er sikkert, at brugeren både er informeret og har forstået sin ret til frit valg.

En meget konkret og håndgribelig måde, visitatorer kan gøre opmærksom på muligheden for frit valg, er ved at give brugere valgmuligheder i forbindelse med visitationen. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det meget forskelligt, hvorvidt visitatorerne har denne praksis. 32 pct. af visitatorerne giver således de færreste brugere (0-19 pct.) valgmulighe-

der, mens 20 pct. af visitatorerne giver de langt de fleste brugere (80-100 pct.) mere end et sted at vælge imellem. Indtrykket er, at når brugere orienteres om frit valg og får flere behandlingssteder at vælge mellem, er det oftest i forhold til døgnbehandling. I forhold til ambulante behandlingstilbud vil udfører-kommuner gerne bruge deres egne tilbud, mens bestiller-kommuner typisk har en fast samarbejdsaftale med én leverandør, hvorfor det er dennes behandlingssted, brugeren får tilbudt.

BEHANDLING AF BRUGERNES ØNSKER BELYST VIA EN JOURNALUNDERSØGELSE

I dette og det efterfølgende kapitel vil vi beskrive den behandling, stofmisbrugere modtager på ambulante behandlingssteder. Behandlingsindholdet vil blive beskrevet ud fra en gennemlæsning af brugernes journaler på seks behandlingssteder placeret i Jylland, på Fyn og Sjælland. En række journaloplysninger vedrørende følgende områder er blevet registreret systematisk i en datamatrice:

- *Brugernes karakteristika.* Vi har registreret journalernes oplysninger om boligforhold, uddannelsesniveau, stofindtagelse mv.
- *Behandling af brugernes ønsker.* Vi har bl.a. registreret, hvilke ønsker der er noteret i brugernes journaler, om brugerne fik de ønskede tilbud eller afslag, og hvor lang tid sagsbehandlingsprocessen tog for disse ønsker.
- *Brugerens målsætning.* Vi har registreret, hvorvidt brugeren har en målsætning om stoffrihed, om de har en målsætning om at fortsætte med substitutionsbehandling eller andet.
- *Ydelser og fokus i journalerne.* Vi har registreret, hvor mange gange brugerne har haft kontakt med behandlingsstedet inden for en seks måneders periode, hvem brugerne har haft kontakt med, samt hvilke temaer man har berørt i kontakterne. Desuden har vi set på forekomsten af handleplaner.

Det skal understreges, at analyserne i dette og næste kapitel er baseret på journalundersøgelsen, hvilket betyder, at de udelukkende er baseret på de optegnelser, der er blevet gjort i brugernes journaler. I kapitel 3 kan man finde en nærmere præsentation af journalundersøgelsens metode og datamateriale.

I dette kapitel vil der først være en karakteristik af de indskrevne brugere. Derefter ser vi på, hvilke behandlingsmål og behandlingsønsker der er registreret i brugernes journaler, hvilke beslutninger disse ønsker førte til, samt hvor lang tid sagsbehandlingsprocessen af ønskerne har taget. Det efterfølgende kapitel 8 belyser antal kontakter mellem brugerne og behandlerne, hvad fokus har været i møderne samt forekomsten af journalførte handleplaner.

BRUGERNE I JOURNALUNDERSØGELSEN

I de 470 journaler, der er blevet gennemgået, er 26 pct. kvinder og 74 pct. mænd. Dette harmonerer ganske godt med fordelingen på landsbasis. Her er 75 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling mænd, og 25 pct. er kvinder (Servicestyrelsens Databank, Stofmisbrugsdatabasen – periode 2008). Kønsfordelingen fremgår af tabel 7.1

TABEL 7.1.

Kønsfordelingen blandt brugere i journalundersøgelsen.

Køn	Antal	Procent
Mænd	349	74
Kvinder	121	26
Total	470	100

Aldersfordelingen af brugerne i journalundersøgelsen kan man se i tabel 7.2. Her fremgår det, at 5 pct. af brugerne i behandling befinder sig i alderen 18-20 år, 21 pct. af de indskrevne brugere er mellem 21-30 år, 32 pct. er i aldersgruppen 31-40 år, 26 pct. er mellem 41 -50 år, 14 pct. er mellem 51-60 år, og kun 2 pct. af brugerne indskrevet i behandling er over 60 år. Størstedelen af brugerne i behandling er således i aldersgruppen 31-40 år. Aldersfordelingen fremgår af tabel 7.2

TABEL 7.2

Aldersfordelingen blandt brugere i journalundersøgelsen.

Alder	Antal	Procent
18 til 20 år	23	5
21 til-30 år	99	21
31 til 40 år	149	32
41 til 50 år	123	26
51 til 60 år	66	14
Over 60 år	10	2
Total	470	100

Hvad angår uddannelse, har størstedelen (37 pct.) af brugerne i behandling en 9. klasse eller derunder som højeste uddannelsesniveau, 17 pct. har 10. klasse eller EFG basisår, 7 pct. har en gymnasial uddannelse, 12 pct. en faglig uddannelse, 4 pct. en kort videregående uddannelse og 4 pct. en mellemlang eller lang videregående uddannelse. I alt er 4 pct. under uddannelse, og ved 15 pct. af brugerne er der ikke journalført aktuelt uddannelsesniveau. Brugernes uddannelsesniveau fremgår af tabel 7.3.

TABEL 7.3

Uddannelsesniveau blandt brugere i journalundersøgelsen.

Uddannelse	Antal	Procent
9. klasse og derunder	173	37
10. klasse + EFG	81	17
Faglig uddannelse	57	12
Gymnasial uddannelse	32	7
Kort videregående uddannelse	18	4
Mellemlang videregående uddannelse	19	4
Lang videregående uddannelse	2	0,4
Under uddannelse	17	4
Uoplyst	71	15
I alt	470	100

Vender vi blikket mod brugernes nationalitet, er der 11 pct. (svarende til 53 brugere), som ikke har dansk statsborgerskab/er indvandrere. Indvandrerne kommer fra 25 forskellige nationer, hvoraf 40 pct. (svarende til 21 brugere) er fra Europa fx Norge, Italien, Tyrkiet, og 60 pct. (svarende til 32 brugere) er fra lande beliggende uden for Europa fx Somalia, Iran og Pakistan.

I forhold til beskæftigelse er omkring en tiendedel (11 pct.) af brugerne i behandling i beskæftigelse, mens omkring tre fjerdedele (76 pct.) er uden for beskæftigelse. Der er 3 pct., som har job på særlige vilkår, 4 pct. er studerende, og ved 5 pct. er der ikke journalført, hvilken beskæftigelsesstatus brugeren har.

Ser man der på brugernes indtægtsforhold lever hovedparten enten af kontakthjælp (46 pct.) eller førtidspension (26 pct.). 11 pct. får deres indtægt via løn, 4 pct. får dagpenge, 2 pct. får Statens uddannelsesstøtte (SU) eller lærlingeløn, 2 pct. modtager revalidering, og 2 pct. får indtægt af anden vej fx via venner, familie og kriminalitet. Ved 7 pct. er brugerens aktuelle indtægtsforhold ikke journalført. Brugernes indtægtsforhold fremgår af tabel 7.4

TABEL 7.4
Indtægtsforhold blandt brugere i journalundersøgelsen.

Indtægtsforhold	Antal	Procent
Kontanthjælp	214	46
Førtidspension	121	26
Lønindtægt	53	11
Dagpenge	19	4
Støttet beskæftigelse (fx aktivering)	2	0,4
SU (inkl. lærlingeløn)	8	2
Andet (kriminalitet, hjælp fra venner, familie og lignende)	9	2
Revalidering	11	2
Uoplyst	33	7
I alt	470	100

Hvad angår brugernes boligforhold, er der i journalerne noteret, at 72 pct. har egen bolig, mens det er journalført for omkring hver tiende bruger, at de er uden bolig (11 pct.). I alt bor 8 pct. hos familie, venner eller bekendte og 3 pct. ved boformer for hjemløse. 1 pct. er indsat til afsoning,¹⁴ og ved 5 pct. er der ikke oplyst en aktuell boligform.

Kategorien 'Uden bolig' i tabel 7.5 indeholder udover brugere uden bolig, også brugere som er opsagt af deres bolig, men venter på at

14. Brugere vil ofte blive udskrevet af behandlingssystemet i tilfælde af afsoning, så de 1 pct. er kun udtryk for, hvor stor en andel af de indskrevne brugere, der afsoner – ikke hvor stor en andel af brugerne, der kommer i fængsel.

blive sat ud af foged og/eller politi. Desuden er brugere også medregnet i denne kategori, hvis de er indskrevet i en midlertidig omsorgsbehandling på en døgninstitution og ikke har anden bolig, samt hvis brugeren flytter 'tilfældigt' rundt hos venner og bekendte ('sofasurfer'). Hvis brugeren derimod bor i en permanent ordning hos familie, venner eller bekendte, fx hvis han/hun bor hjemme hos forældrene eller har lejet et værelse hos en kammerat, er det i tabellen noteret i kategorien 'Bor hos familie, venner eller bekendte'. Støttende boligformer fx bofællesskab er blevet registreret som 'selvstændig bolig'.

Samlet set viser brugernes boligforhold, at i alt 14 pct. kan betragtes som hjemløse, dvs. uden nogen form for fast bolig (11 pct. 'uden bolig' samt 3 pct. i 'boformer for hjemløse'). Brugernes boligforhold fremgår af tabel 7.5.

TABEL 7.5
Boligforhold blandt brugere i journalundersøgelsen.

Boligforhold	Antal	Procent
Selvstændig bolig	338	72
Uden bolig	50	11
Indsat til afsoning	5	1
Bor hos familie, venner, bekendte	39	8
Boformer for hjemløse	15	3
Uoplyst	23	5
I alt	470	100

Anm.: Hvis der har været ændringer i brugerens boligsituation i registreringsperioden, er den status brugeren har haft i længst tid registreret.

Et godt socialt netværk er ofte af betydning for, hvordan brugerne klarer sig i behandlingssystemet (Lindgaard, 2004). Ser vi på brugernes sociale netværk, som det beskrives i journalerne, har omkring en tiendedel af brugerne (11 pct.) regelmæssig kontakt med stoffri venner og/eller familie, mens 9 pct. af brugerne ingen kontakt har med stoffri venner og/eller familie. Knap halvdelen af brugerne (46 pct.) har oplyst at have kontakt med både stoffri og misbrugende venner og familie, og 4 pct. har intet socialt netværk, som de ses med regelmæssigt. For 30 pct. af brugerne forligger der ingen aktuelle journaloplysninger om deres kontakt med venner/familie. Brugernes kontakt med venner/familie fremgår af tabel 7.6

TABEL 7.6

Kontakt med venner/familie blandt brugere i journalundersøgelsen.

Socialt netværk	Antal	Procent
Bruger har kun kontakt med stoffri venner/familie	53	11
Bruger har ingen kontakt med stoffri venner/familie	42	9
Bruger har både kontakt med stoffri og misbrugende venner/familie	215	46
Bruger har ingen venner, ingen kontakt med familie	18	4
Uoplyst	142	30
I alt	470	100

Brugere, der søger behandling, indtager ofte mere end ét stof og af tabel 7.7 ses en bred vifte af forskellige stoffer, som er blevet noteret i brugerne journaler. Alt misbrug og sidemisbrug, behandlerne har noteret i journalen, har vi registreret i journalundersøgelsen. Der er således både legale og illegale stoffer på listen.

63 pct. af brugerne i behandling indtager lægeordineret substitutionsmedicin som fx metadon og subutex. Herefter kommer stoffer som hash (47 pct.), andre stoffer som fx ecstasy og amfetamin (46 pct.) samt heroin og andre illegale opiater fx ketogan og morfin (34 pct.). Omkring en tredjedel (28 pct.) indtager illegale benzodiazepiner fx stesolid og rohypnyl, 33 pct. har et alkoholmisbrug, mens 24 pct. har et forbrug af lægeordineret bezodiazepiner. En fjerdedel (20 pct.) har erfaring med kokain, og 16 pct. med illegal substitutionsmedicin.

TABEL 7.7

Stofindtagelse blandt brugere i journalundersøgelsen

Stoffer	Antal	Procent
Lægeordineret substitutionsmedicin fx metadon, subutex	298	63
Illegal substitutionsmedicin fx metadon, subutex	74	16
Heroin og andre illegale opiater fx ketogan, morfin	159	34
Kokain	94	20
Lægeordineret benzodiazepiner fx valium, alopam, risolid	114	24
Illegal benzodiazepiner fx valium, alopam, risolid	133	28
Hash	221	47
Andre stoffer fx amfetamin, ecstasy	217	46
Alkoholmisforbrug	153	33

Anm.: Alle stoffer, som brugerne har brugt, og som er noteret i de nyeste journalnotater, er medtaget.

Samles brugernes stofindtagelse i henholdsvis brugere af opiater og misbrugere af andre stoffer end opiater ses, at størstedelen af brugerne indskrevet i stofbehandling er opiatmisbrugende dvs. misbrugere af heroin, illegal og/eller ordineret metadon, morfin og lignende (i alt 72 pct.). Heroverfor er omkring en fjerdedel (28 pct.) misbrugere af andre stoffer end opiater, dvs. brugere af hash og benzodiazepiner samt de hurtige stoffer som fx amfetamin, kokain, ecstasy og hallucinogener m.m.

For at undersøge om der er nogle væsentlige forskelle i behandling af brugernes ønsker samt ydelser og fokus i journalerne med hensyn til, hvilke stoffer brugerne har indtaget/indtager, skelnes der efterfølgende mellem disse to overordnede stof typer: Opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere. Fordelingen mellem opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere fremgår af tabel 7.8.

TABEL 7.8

Opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere blandt brugere i journalundersøgelsen.

Stoffer	Antal	Procent
Opiater (heroin, illegal og ordineret metadon, ketogener og lign.)	340	72
Ikke-opiater (benzodiazepiner, amfetamin, kokain, ecstasy, hallucinogener m.m.)	130	28
Total	470	100

Med hensyn til kriminalitet er der omtrent lige mange brugere, der i deres journaler er registreret som kriminelle (37 pct.) som ikke kriminelle (36 pct.) inden for de seneste 2 år. Ved 27 pct. af journalerne er det ikke oplyst i journalen, hvorvidt brugeren er kriminel eller ej. I opgørelsen er køb af illegale stoffer, prostitution og bøder fra fx DSB ikke medtalt som kriminalitet, derimod er fast salg af stoffer (pusheri) regnet som kriminalitet. Hvor det er registreret for 41 pct. af mændene, at de har begået kriminalitet inden for de seneste 2 år, er det registreret for 25 pct. af kvinderne.

Tabel 7.9 angår brugernes psykiske og sundhedsmæssige tilstand. For lidt over halvdelen (52 pct.) af brugerne er det noteret i journalen, at de har somatiske helbredsproblemer. Somatiske helbredsproblemer dækker i denne undersøgelse over alle notater om 'unormale' fysiske skavanker fra tandpine til bylder og underernæring. Der er både registreret kroniske såvel som forbigående helbredsproblemer, men ikke 'normale' aldringsproblemer. Hvis en bruger har en HIV-diagnose, er dette også registreret i datamaterialet som et somatisk helbredsproblem.

For 46 pct. af brugerne er der noteret i journalen, at de har psykiske problemer, fx diagnosticeret skizofreni, angsttilstande og traumatisering. I læsningen af journalerne er samtaleforløb hos psykiater, psykolog og/eller ordineret af fx antipsykotisk medicin blevet tolket som en indikation på psykiske problemer og således talt med i denne kategori. I alt har omkring en tredjedel (29 pct.) af brugerne i behandling oplyst til deres behandler, at de både har psykiske og somatiske problemer.

TABEL 7.9

Brugere, som har fået journalført, at de har psykiske og/eller somatiske problemer.

Psykiske / somatiske problemer	Antal	Procent
Brugere som har psykiske problemer	217	46
Brugere som har somatiske problemer	246	52
Brugere som <i>både</i> har psykiske og somatiske problemer	134	29

En nærmere analyse af forekomsten af hhv. somatiske og psykiske problemer viser, at der hyppigere er registreret somatiske problemer i opiatmisbrugernes journaler end i ikke-opiatmisbrugernes journaler, mens ikke-opiatmisbrugere omvendt oftere har psykiske problemer end opi-

atmisbrugerne ifølge journalerne. 48 pct. af opiatmisbrugerne har således registrerede somatiske problemer, mens det kun gør sig gældende for 41 pct. af de ikke-opiatmisbrugende. Og 65 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiater har registrerede psykiske problemer, mens det kun gør sig gældende for 47 pct. af opiatmisbrugerne. Man skal være opmærksom på, at forskellen kan hænge sammen med vores registreringspraksis, hvor samtaler med psykolog eller psykiater og/eller ordination på antidepressiv medicin er tolket som indikation på psykiske problemer. Det kan være, at misbrugere af andre stoffer end opiater hyppigere får samtalebehandling end opiatmisbrugerne, hvilket betyder, at deres psykiske problemer i højere grad er registreret.

BRUGERNES MÅLSÆTNING MED BEHANDLINGEN

Mens målet hos nogle brugere er stoffrihed, vil det for andre brugere være et mål at stabilisere sig på substitutionsmedicin eller at reducere stofindtagelsen.

I journalundersøgelsen er brugernes aktuelle målsætning for deres behandling blevet noteret. Vi har altid registreret den senest formulerede målsætning. Hvis der ikke er nogen journalnotater vedrørende brugerens målsætning på stofområdet inden for de seneste to år, har vi skrevet, at målsætningen er uoplyst. Tabel 7.10 viser journalundersøgelsens opgørelse over brugernes aktuelle målsætning for deres behandling.

TABEL 7.10

Brugernes aktuelle målsætning med behandlingen ifølge deres journaler.

Målsætning	Antal	Procent
Stoffrihed	241	51
Fortsat substitutionsbehandling.	89	19
Ønsker stofreduktion*	9	2
Ved ikke	14	3
Fremgår ikke af journalen	117	25
I alt	470	100

* Denne kategori indgår kun i anden dataindsamlingsrunde, men i og med, at den kun angår 2 pct. (9 personer), er denne medtaget frem for en opsplitning i materialet på henholdsvis første og anden dataindsamlingsrunde.

Opgørelsen viser, at størstedelen af brugerne (51 pct.) har fået registreret stoffrihed som målsætning for deres behandling. For 19 pct. er det registreret, at brugeren ønsker fortsat substitutionsbehandling, for 3 pct. af brugerne er journalført, at de ikke ved, hvilken målsætning de har, og for 2 pct. af brugerne er målsætningen stofreduktion. I alt fremgår det ikke af 21 pct. af brugernes journaler, hvilken målsætning brugeren har. Dvs. at der ikke inden for de sidste to år op til journalundersøgelsen er noteret noget i journalen om, hvilken målsætning brugeren har i forhold til stoffer.

I tabel 7.11 har vi inddelt brugerne i to grupper af henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere og sammenligner målsætningerne for de to grupper. Fortsat substitutionsbehandling er kun en relevant målsætning for opiatmisbrugere. 26 pct. af opiatmisbrugerne har en målsætning der indebærer fortsat substitutionsbehandling. Ved hovedparten af misbrugere af andre stoffer end opiater er der i journalen registreret et mål om stoffrihed (92 pct.). Det gælder kun for ca. en tredjedel (36 pct.) af opiatmisbrugerne. Det er værd at bemærke, at der i undersøgelsen er 36 pct. af de opiatmisbrugende, der modtager lægeordineret substitutionsmedicin, hvor der er registreret et mål om stoffrihed.

TABEL 7.11

Brugernes aktuelle målsætning med behandlingen ifølge deres journaler. Procent.

	Stoffrihed	Fortsat substitutionsbehandling.	Ønsker stofreduktion	Ved ikke	Fremgår ikke af journalen	I alt	Antal brugere i alt
Ikke-opiatmisbrugere	92	0	2	3	3	100	130
Opiatmisbrugere	36	26	2	3	33	100	340
I alt	51	19	2	3	25	100	470

Anm.: $\chi^2 = 125,483$, $P = 0,000$

Anm.: Brugers målsætning for behandling er registreret efter det nyeste notat herom i journalerne inden for de seneste 2 år inden indsamlingstidspunktet.

Endvidere bør vi bemærke, at det hos 33 pct. af opiatmisbrugere ikke fremgår af journalen, hvilken målsætning de aktuelt har, modsat er dette

kun tilfældet for 3 pct. af ikke-opiatmisbrugere. Det er et interessant fund, at der i hver tredje opiatmisbrugers journal slet ikke er gjort notater om vedkommendes målsætninger i forhold til stoffer i løbet af de sidste to år. Det er interessant fordi opiatmisbrugere jo er indskrevet i stofmisbrugsbehandling, hvorfor man umiddelbart kunne tro, at brugerens forhold til stoffer var i fokus. En årsag til de manglende overvejelser om målsætninger kan være, at en del opiatmisbrugere ikke har meget kontakt til behandlere – i hvert fald ikke kontakt, der registreres i journalerne (for yderligere uddybning af dette se næste kapitel). En anden grund kan være, at opiatmisbrugere ofte får en behandling, der er rettet mod skadereduktion frem for behandling rettet mod stoffrihed. I forhold til opiatmisbrugere kan behandlere derfor opfatte det som irrelevant at formulere en målsætning i forhold til stofindtag, da de for denne brugergruppe snarere koncentrerer sig om en forbedring af livskvalitet, trods et fortsat forbrug af stoffer (Andersen & Järvinen, 2009). Det tages måske som en selvfølge, at brugeren fortsætter i substitutionsbehandling, hvorfor behandlere ikke finder det nødvendigt at notere i journalen. Der kan være notater længere tilbage i journalen, fx for 5 eller 10 år siden, hvor brugeren gav udtryk for, at vedkommende ønskede længerevarende substitutionsbehandling, og så følges der ikke op på det igen. I stedet kan der være noteret målsætninger om andre ting end brugerens forhold til stoffer. Det kan fx være at opnå stabile boligforhold, forbedret sundhedstilstand, genoptagelse af kontakt til familie, få orden på økonomien osv.

Vi har også set på forskelle i målsætninger for opiatmisbrugere på forskellige behandlingssteder. Opiatmisbrugernes målsætninger på de forskellige behandlingssteder fremgår af tabel 7.12.

Som det fremgår af tabel 7.12 er der store forskelle på, hvilke målsætninger de indskrevne opiatmisbrugere har på de forskellige behandlingssteder. Der er fx 17 pct. af opiatmisbrugere, som har en målsætning om stoffrihed på behandlingssted A, hvorimod der er 58 pct. af opiatmisbrugere, som har en målsætning om stoffrihed på behandlingssted B. Årsagen kan være, at opiatmisbrugere er mere belastet i nogle områder af landet end andre. En anden grund kan være, at nogle behandlingssteder og behandlere i højere grad er positivt stemt over for stoffrihed end andre (Andersen & Järvinen 2009). Kapitel 6 i denne rapport har også vist, at der er holdningsforskelle blandt visitatorer i forhold til, hvorvidt stoffrihed bør være en målsætning for alle brugere i behandling.

Holdningsforskelle i behandlingsmiljøerne kan tænkes at smitte af på de målsætninger, der bliver noteret i opiatmisbrugernes journaler.

TABEL 7.12

Opiatmisbrugerers målsætning ifølge deres journaler fordelt på behandlingssted. Procent.

	Ønsker stoffrihed	Ønsker substitution	Ved ikke/stofreduktion	Fremgår ikke af journalen	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	17	42	16	25	100	48
Behandlingssted B	58	12	14	22	100	50
Behandlingssted C	34	32	0	34	100	62
Behandlingssted D	37	22	6	35	100	82
Behandlingssted E	35	26	18	21	100	98
I alt	36	26	11	28	100	340

Anm.: $\chi^2 = 23,201$, $P = 0,003$.

I tabellen indgår kun brugere af opiater. Et behandlingsstedet er ikke medtaget, da der ikke blev udtrykt opiatmisbrugere på dette sted.

BEHANDLINGSØNSKER OG BEHANDLINGSFORLØB

I dette afsnit ser vi på, hvilke ønsker brugere i behandling fremsætter over for deres behandlere, og i hvilken grad der bliver fulgt op på disse. Behandlingsønsker og deres forløb er registreret for følgende perioder: Første indsamlingsrunde: april 1997 – april 2007 (gælder behandlingssted D og E), og anden indsamlingsrunde: juni 2007 til december 2008 (gælder behandlingssted A, B, C og F).

Vi har registreret behandlingsønsker ud fra følgende kriterier: Behandlingsønsker, som er foreslået af en behandler eller inspireret af en behandler, indgår i opgørelsen – men dog med det krav, at det skulle fremgå eksplicit af journalen, at det samtidig var eller blev *et ønske hos brugeren*. Dvs. hvis en behandler noterer, at han/hun mener, at behandlingstilbud X vil være godt for en bruger, har vi ikke registreret det som et ønske, medmindre det også fremgår, at det også var/blev et ønske hos brugeren. Endvidere skulle der være tale om et *konkret* ønske om et be-

handlingstilbud, før vi registrerede det, men det skulle ikke nødvendigvis være knyttet til et specifikt sted, fx navngiven institution. Diffuse udtryk for ønsker, fx ”brugeren ønsker hjælp” er ikke noteret som behandlingsønsker. Tillige skulle ønsket angå *behandling, omsorg og/eller stabilisering*. Ønsker om hjælp til bolig, økonomi mv. er ikke medtaget. Ønsker om at konvertere en fængselsstraf til døgnbehandling er heller ikke medtaget.

Det skal bemærkes, at brugernes ønsker, antal heraf samt den beslutning de fører til, udelukkende er baseret på registreringerne i brugernes journaler på behandlingsstedet i den givne periode.

DØGNBEHANDLING

Af journalundersøgelsen fremgår det, at 127 af de 470 brugere, svarende til 27 pct., har udtrykt ønske om døgnbehandling mindst én gang. Sammenlagt er der i perioden udtrykt ønske om døgnbehandling 209 gange blandt 470 brugere.

Tabel 7.13 viser, hvor mange gange brugerne har udtrykt ønske om døgnbehandling. Her ses det, at 17 pct. har ønsket døgnbehandling én gang, 6 pct. har ønsket det to gange, 3 pct. tre gange og 1 pct. af brugerne, har ytret ønske om døgnbehandling fire til fem gange.

TABEL 7.13

Brugere, der har ønsket døgnbehandling ifølge deres journaler.

	Antal	Procent
Ønsket døgnbehandling 1 gang	79	17
Ønsket døgnbehandling 2 gange	26	6
Ønsket døgnbehandling 3 gange	13	3
Ønsket døgnbehandling 4-5 gange	9	1
I alt	127	27

Anm.: I tabellen indgår kun de brugere, som har ønsket døgnbehandling. Procentsats er dog beregnet ud fra den samlede gruppe brugere på 470.

Opdelt på stoftype, viser der sig ingen signifikant forskel på, hvorvidt det er opiatmisbrugere frem for misbrugere af andre stoffer end opiater, som har udtrykt ønske om døgnbehandling. Hvor det er 28 pct. af opiatmisbrugere, som har et ønske om døgnbehandling, er det 25 pct. af misbrugerne af andre stoffer end opiater, som har et ønske om dette. Det fremgår af tabel 7.14.

TABEL 7.14

Ønsker om døgnbehandling blandt henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere ifølge deres journaler. Procent.

	Har udtrykt ønske om døgn- behandling	Har ikke udtrykt ønske om døgn- behandling	I alt	Antal brugere i alt
Opiatmisbrugere	28	72	100	340
Ikke-opiat- misbrugere	25	75	100	130
I alt	27	73	100	470

Med hensyn til de undersøgte behandlingssteder ser vi en forskel i de forskellige brugeres ønsker om døgnbehandling. Når det gælder ikke-opiatmisbrugerne er der fx på den ene side et behandlingssted (behandlingssted B), hvor ingen ikke-opiatmisbrugere har udtrykt ønske om døgnbehandling, og på den anden side et andet behandlingssted (behandlingssted C), hvor 50 pct. af samme misbrugsgruppe har udtrykt ønske om døgnbehandling. Det fremgår af tabel 7.15.

TABEL 7.15

Ønsker om døgnbehandling blandt ikke-opiatmisbrugere ifølge deres journaler opdelt på behandlingssteder. Procent.

	Har udtrykt ønske om døgn- behandling	Har ikke udtrykt ønske om døgn- behandling	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	28	72	100	18
Behandlingssted B	0	100	100	20
Behandlingssted C	50	50	100	8
Behandlingssted F	29	71	100	84
I alt	25	75	100	130

Anm.: $\chi^2 = 9,868$, $P = 0,020$. (2 celler (25 pct.) har mindre end 5 enheder (count). I tabellen indgår kun misbrugere af andre stoffer end opiater. To behandlingssteder er ikke medtaget, da der kun blev udtrykt opiatmisbrugere fra disse to steder.

Samme markante forskel gør sig gældende, hvis vi ser på opiatmisbrugere, der har ønsket døgnbehandling fordelt på behandlingssted. Her er der fx et behandlingssted (behandlingssted A), hvor kun 4 pct. af opiatmisbrugerne har udtrykt ønske om døgnbehandling, og to andre behandlingssteder (behandlingssted D og E), hvor lidt over en tredjedel af opi-

atmisbrugerne har ønsker om dette. På de sidste to behandlingssteder (B og C) er det omkring en fjerdedel. Det fremgår af tabel 7.16.

TABEL 7.16

Ønsker om døgnbehandling blandt opiatmisbrugere ifølge deres journaler opdelt på behandlingssteder. Procent.

	Har udtrykt ønske om døgn- behandling	Har ikke udtrykt ønske om døgn- behandling	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	4	96	100	48
Behandlingssted B	24	76	100	50
Behandlingssted C	26	74	100	62
Behandlingssted D	35	65	100	82
Behandlingssted E	36	64	100	98
I alt	28	72	100	340

Anm.: $\chi^2 = 19,298$, $P = 0,001$. I tabellen indgår kun opiatmisbrugere. Et behandlingssted er ikke medtaget, da der ikke blev udtrykt opiatmisbrugere på dette sted.

Anm.: Bemærk registreringsperioden for behandlingssted A, B og C er: juni 2007 – december 2008, mens registreringsperioden for behandlingssted D og E er: april 1997 – april 2007.

AFGØRELSER I FORHOLD TIL BRUGERNES ØNSKER OM DØGNBEHANDLING

Af de 209 registrerede ønsker om døgnbehandling er 60 pct. resulteret i et tilbud om det ønskede ophold. Ved 7 pct. af ønskerne er der givet tilbud om et erstattende tilbud. Ved erstattende tilbud menes et tilbud af samme karakter, hvor en bruger fx ønsker døgnbehandling på behandlingssted X, men får tilbudt døgnbehandling på behandlingssted Y. Hvis brugeren derimod får afslag på døgnbehandling på behandlingssted X og i stedet bliver tilbudt dagbehandling, er det blevet betragtet som et afslag på ønsket. I alt er 67 pct. af døgnbehandlingsønskerne således blevet opfyldt i en eller anden grad.

Tabel 7.17 viser vores opgørelse over bevillinger og afslag på ønsker om døgnbehandling ifølge journalerne. Der er i alt 11 pct. af ønskerne, hvor der er givet afslag. Ved andre 11 pct. af ønskerne er disse ikke blevet behandlet, og ved yderligere 11 pct. af ønskerne var det på indsamlingstidspunktet endnu uafklaret, hvorvidt ønsket var opfyldt eller afvist, dvs. det stadig blev behandlet eller var i proces. I nogle tilfælde står der, at brugeren ønsker døgnbehandling, men det fremgår ikke af journalnotaterne, at der hverken er givet tilsagn eller afslag. Hvis der er tale om et ønske, som blev udtrykt for lang tid siden, og der ikke er no-

gen opfølgning og afgørelsen heller ikke fremgår af journalen, har vi i opgørelsen antaget, at ønsket ikke er blevet viderebehandlet eller har været i visitationsudvalget, hvorfor ønsket er blevet kategoriseret som 'ikke behandlet'. Man må formode, at ønsker om døgnbehandling i disse tilfælde ikke er realiseret, da det i så fald ville fremgå af journalerne.

TABEL 7.17

Bevillinger og afslag på ønsker om døgnbehandling ifølge journalerne.

	Antal	Procent
Bevilling af det ønskede	126	60
Bevilling af andet erstatende tilbud	14	7
Afslag på det ønskede	23	11
Ønske ikke behandlet	23	11
Uafklaret	23	11
I alt	209	100

Anm.: Bemærk, at hver bruger kan have udtrykt ønske om døgnbehandling flere gange i hans/hendes indskrivningsperiode, hvorfor der i tabellen er flere ønsker om døgnbehandling end antal brugere, som har ønsket døgnbehandling.

Vi vil nu vende blikket mod sagsbehandlingstiden af brugernes ønsker. I alt er 154 døgnbehandlingsønsker blevet behandlet – se tabel 7.17. De ønsker, som ikke er behandlet eller uafklaret på undersøgelsestidspunktet, er således ikke medtaget i dette tal (i alt 46 ønsker). Endvidere er ønsker om døgnbehandling, hvis sagsbehandlingstid er uoplyst eller ikke indberegnet (i alt 9 ønsker).

Det viser sig, at 10 pct. af ønskerne er blevet behandlet i løbet af den første uge, efter de er blevet udtrykt af brugeren. 12 pct. af ønskerne har haft en sagsbehandlingstid på omkring en uge, og 25 pct. på ca. to uger. 18 pct. af ønskerne har haft en behandlingstid på omkring en måned, og 18 pct. af ønskerne har haft en ca. to måneders behandlingsperiode. 8 pct. af døgnbehandlingsønskerne er først blevet færdigbehandlet efter ca. tre måneder, og 10 pct. af ønskerne har haft en sagsbehandlingstid på over tre måneder. Det fremgår af tabel 7.18.

TABEL 7.18

Sagsbehandlingstid for brugernes døgnbehandlingsønsker ifølge journalerne.

	Antal	Procent
Under 1 uge	15	10
Ca. 1 uge	18	12
Ca. 2 uger	38	25
Ca. 1 måned.	28	18
Ca. 2 måneder	27	18
Ca. 3 måneder	13	8
Over 3 mdr.	15	10
I alt	154	100

Anm.: I tabellen indgår kun de ønsker om døgnbehandling, som er blevet behandlet. De ønsker, som ikke er behandlet eller fortsat er uafklaret på undersøgelsestidspunktet, er således ikke medtaget i denne opgørelse (i alt 46 ønsker). Endvidere indeholder tabellen ikke ønsker om døgnbehandling, hvis sagsbehandlingstid er uoplyst i journalen (i alt 9 ønsker).

Sagsbehandlingstiden er et udtryk for, hvor lang tid der går, før der er truffet en beslutning vedrørende brugerens ønske om døgnbehandling. Beslutningen kan både være bevilling af døgnbehandling og afslag. I tilfælde af bevilling siger sagsbehandlingstiden ikke noget om, hvor hurtigt brugeren rent faktisk kommer i døgnbehandling, idet der kan være venteliste til døgninstitutionen.

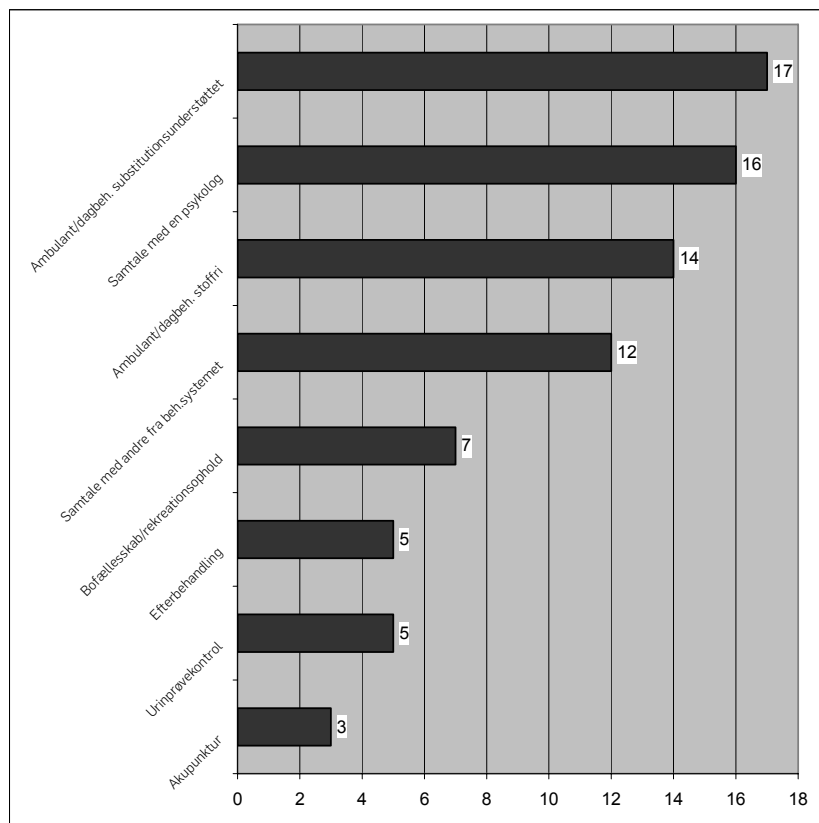
BRUGERNES ANDRE BEHANDLINGSØNSKER

I undersøgelsen har vi også ønsket at få et indblik i, hvilke andre behandlingsønsker end døgnbehandling brugerne har udtrykt over for deres behandlingssted. 'Andre behandlingsønsker' drejer sig om substitution-sundersøttet/stoffri ambulant behandling, substitutionsunderstøttet/stoffri dagbehandling, eller psykologsamtaler.

Figur 7 giver en oversigt over hyppigheden af brugernes forskellige behandlingsønsker udover døgnbehandling. Af andre ønsker er der ønsker om stoffri ambulant- eller dagbehandling (14 pct.) og samtale med andre personer fra behandlingssystemet (12 pct.). 7 pct. af ønskerne handler om bofællesskab/rekreationsophold, og 5 pct. af ønskerne drejer sig om urinprøvekontrol, og 5 pct. om efterbehandling. 3 pct. ønsker akupunktur.

FIGUR 7.1

Oversigt over hyppigheden af andre behandlingsønsker end døgntilbeholdning ifølge journalerne, Procent.



Anm.: Bemærk at brugere kan have ønsket et behandlingsønske flere gange fx urinprøvekontrol.

I 17 pct. af journalerne er det registreret, at brugerne ønsker et substitutionsunderstøttet ambulant eller dagbehandlingstilbud - et andet end det, de eventuelt allerede er indskrevet i.

I 16 pct. af journalerne har brugerne udtrykt ønske om psykologsamtaler. At ønsket om psykologsamtaler er fremherskende blandt brugerne i behandling, er ikke overraskende i og med, at der ofte er andre problemer fx familierelaterede problemer, der kommer før misbruget, og som brugerne oplever at have behov for at tale om (se bl.a. udtalelser fra visitatorerne i kapitel 4).

I 14 pct. af journalerne er det registreret, at brugerne ønsker et stoffrit ambulant eller dagbehandlingstilbud - et andet end det de eventuelt allerede er indskrevet i.

I 12 pct. af journalerne er det registreret, at brugeren ønsker samtaler med andre (end en psykolog). Det kan fx være et ønske om et individuelt samtaleforløb hos en behandler på behandlingsstedet eller samtale med lægen på behandlingsstedet til afklaring af somatiske problemstillinger. De fleste ønsker i denne gruppe handler om, at brugeren ønsker individuel og regelmæssig kontakt til en behandler.

I 7 pct. af journalerne er det registreret, at brugeren ønsker hjælp til at komme i et bofællesskab eller på rekreationsophold. I 5 pct. af journalerne er der registreret et ønske om efterbehandling. Ligeledes er der i 5 pct. af journalerne registreret et ønske om urinprøvekontrol. Det kan nogle brugere finde nyttigt til fx at holde sig selv fast i stoffrihed. I 3 pct. af journalerne er der registreret et ønske om akupunktur. En del behandlere har uddannelse i dette og det bruges fx til abstinensbehandling og beroligelse.

Der er ikke tale om en udtømmende oversigt over, hvilke typer ønsker brugerne kommer med. For det første har vi kun registreret de ønsker, som lever op til de krav, vi beskrev i begyndelsen af afsnittet (det skal være et ønske hos brugeren, det skal være et konkret formuleret ønske og angå behandling, stabilisering eller omsorg). For det andet falder nogle af de ønsker vi har registreret ikke inden for de nævnte kategorier. Det kan fx være ønsker om, at sport og motion bliver en del af behandlingstilbuddet eller ønske om en støtte- og kontaktperson.

AFGØRELSER I FORHOLD TIL BRUGERNES ANDRE ØNSKER

I alt er der i den undersøgte periode blevet fremsat 392 ønsker fra de 470 brugerne i behandling, som angår noget andet end døgnbehandling. 72 pct. af disse ønsker er blevet opfyldt med en bevilling af det ønskede tilbud, og ved 2 pct. af ønskerne er der blevet givet et erstattende tilbud. Det vil sige, at brugerne fx som ønsket er blevet tilbudt stoffri dagbehandling, men ikke det specifikke sted, som brugeren har ønsket. Dvs. af de nævnte 392 ønsker er sammenlagt omkring tre fjerdedele (74 pct.) af ønskerne blevet opfyldt i en eller anden grad. 7 pct. af ønskerne er ikke blevet behandlet ifølge brugernes journaler. 15 pct. af ønskerne var stadig under behandling i indsamlingsrunderne, og 4 pct. af ønskerne er der givet afslag på. Det fremgår af tabel 7.19.

TABEL 7.19

Bevilling og afslag på ønsker om andet end døgnbehandling ifølge journalerne.

	Antal	Procent
Bevilling af det ønskede	283	72
Bevilling af andet erstattende tilbud	6	2
Afslag på det ønskede	17	4
Ønske ikke behandlet	26	7
Uafklaret	60	15
I alt	392	100

Ligesom ved døgnbehandling er visitationsprocedurerne også forskellige fra kommune til kommune, når der fremsættes ønsker om andre behandlingstilbud end døgnbehandling (se kapitel 4).

Tabel 7.20 viser, at 27 pct. af ønsker om andre former for behandling end døgnbehandling er behandlet i løbet af den første uge. 24 pct. af ønskerne har haft en sagsbehandlingstid på omkring en uge, 9 pct. på omkring to uger og 22 pct. på ca. en måned. En mindre andel af ønskerne (6 pct.) er først blevet behandlet efter ca. to måneder, 3 pct. er blevet færdigbehandlet efter ca. tre måneder, og ved 8 pct. af ønskerne har der været en sagsbehandlingstid på tre måneder eller derover. Det har fx været afgørelse om bevilling af psykologsamtaler.

TABEL 7.20

Sagsbehandlingstid for andre behandlingsønsker end døgnbehandling ifølge journalerne.

	Antal	Procent
Under 1 uge	76	27
Ca. 1 uge	67	24
Ca. 2 uger	26	9
Ca. 1 måned	62	22
Ca. 2 måneder	16	6
Ca. 3 måneder	8	3
Over 3 mdr.	28	8
I alt	283	100

Anm.: I tabellen indgår kun de ønsker, som er behandlet (i alt 306). Ønsker, der ikke er behandlet eller er uafklaret på undersøgelsestidspunktet, er således ikke medtaget i denne opgørelse. Endvidere indeholder tabellen ikke ønsker, som er behandlet, men hvis sagsbehandlingstid er uoplyst i journalen (i alt 23 ønsker).

OPSUMMERING

Dette kapitel har været baseret på oplysninger fra en journalundersøgelse, hvor vi har udtrukket journalerne for 470 brugere tilfældigt. I undersøgelsen har vi læst journalerne og registreret forskellige oplysninger vedrørende brugerne og deres behandling. Vi indledte kapitlet med en karakteristik af brugerne på de seks behandlingssteder, der indgår i journalundersøgelsen. 26 pct. af brugerne er kvinder, de fleste er mellem 21 og 50 år, de fleste har ikke uddannelse udover folkeskolen, og hovedparten er på kontanthjælp eller førtidspension. 11 pct. har ikke dansk statsborgerskab eller har indvandrerbaggrund, og 14 pct. er hjemløse. Af de udtrukne journaler er 72 pct. opiatmisbrugere, og 28 pct. er ikke-opiatmisbrugere. Datamaterialet og indsamlingsmetoden bag journalundersøgelsen beskrives nøjere i kapitel 2.

Ifølge journalerne har halvdelen af brugerne i behandling på de seks behandlingssteder en målsætning om at blive stoffri. Denne målsætning gælder for 36 pct. af opiatmisbrugere og for 92 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiater. Fordelt på behandlingssteder viser der sig markante forskelle på, hvilken målsætning brugerne har. På et behandlingssted er der for opiatmisbrugernes vedkommende 58 pct. med en målsætning om stoffrihed, mens der på et andet behandlingssted blot er 17 pct. med denne målsætning.

Der er i undersøgelsen blevet indhentet oplysninger om, hvilke ønsker brugerne har fremsat over for deres behandlingssted, og i hvilken grad der er blevet fulgt op på disse. Af de 470 brugere, hvis journal er blevet gennemgået, er der 27 pct., som har ønsket en døgnbehandling. Dette tal dækker over 28 pct. af opiatmisbrugerne og 25 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiater. I alt foreligger der 209 ønsker om døgnbehandling, og ved 60 pct. af ønskerne er det ønskede ophold blevet bevilliget. Ved 7 pct. af ønskerne er der bevilliget et erstattende tilbud.

Når det gælder sagsbehandlingstiden for ønskerne viser det sig, at 10 pct. af døgnbehandlingsønskerne blev behandlet i løbet af den første uge. I alt er 8 pct. af døgnbehandlingsønskerne først blevet færdigbehandlet efter ca. 3 måneder, og 10 pct. af ønskerne har haft en sagsbehandlingstid på over 3 måneder.

Udover døgnbehandling har brugerne også ønsket andre behandlingstilbud. Det drejer sig især om substitutionsunderstøttet/stoffri

ambulant behandling eller dagbehandling, psykologsamtaler eller samtale med andre fra behandlingssystemet. I alt er der i den undersøgte periode blevet fremsat 392 'andre ønsker' fra de 470 brugerne i behandling – udover ønsker om døgnbehandling. Af disse er omkring tre fjerdedele (74 pct.) af ønskerne blevet opfyldt i en eller anden grad. I halvdelen af tilfældene (51 pct.) har sagsbehandlingstiden ligget på omkring en uge. I knap hvert tiende tilfælde (8 pct.) har der været en sagsbehandlingstid på tre måneder eller derover.

JOURNALFØRTE KONTAKTER OG HANDLEPLANER

I dette kapitel vil vi undersøge, hvor mange journalførte kontakter/samtaler brugeren har haft med en behandler, samt hvad indholdet i kontakten/samtalen har været. Ved gennemlæsningen af journalerne har vi registreret alle kontakter, som brugerne har haft inden for en halvårsperiode, og som er blevet anført i brugerens journal. For første gennemlæsningsrunde er der indsamlet oplysninger om kontakter i perioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007 (halvandet år), og anden gennemlæsningsrunde fra 1. juni 2008 til 1. december 2008 (ligeledes halvandet år). Desuden vil der i kapitlet være fokus på, hvor mange journalførte handleplaner brugeren har haft.

HVORNÅR ER EN KONTAKT REGISTRERET SOM EN KONTAKT?

Vi har registreret en kontakt i journalundersøgelsen, uanset om brugeren har været i kontakt med en læge, sygeplejerske, psykiater, psykolog, socialrådgiver, pædagog eller anden person, som er tilknyttet behandlingssystemet. Kontakter, som fx udsendte breve, fx med tilbud om handleplan, tilbud om ny tid osv., som brugeren ikke har besvaret, er ikke medtaget i registreringen af antallet af kontakter. Det er fordi, det er uvist, hvorvidt brevet er blevet modtaget og/eller læst. Hvis der har været en kontakt med behandler og behandlingsstedet i forbindelse med brugeres medicinudlevering er denne registreret, hvis der er journalført noget ud over

udleveringen. Fx hvis der i journalen er noteret, at der er blevet talt med brugeren om medicin, socialt netværk, økonomi, familie eller andet i forbindelse med udleveringen. Men hvis der i journalen kun er registreret, at medicinen er udleveret og ellers intet andet ud over selve udleveringen, er det ikke medtaget som en kontakt. Ligeledes er en telefonsamtale eller sms-kontakt ikke registreret, hvis de udelukkende handler om fx en aflysning af en samtale. Derimod er kontakten blevet registreret, hvis det fremgår, at behandleren har talt om noget i forbindelse til brugeres behandling eller liv i telefonsamtalen.

ANTAL REGISTEREDE KONTAKTER

I dette afsnit sætter vi fokus på, hvor ofte der er registreret en kontakt fx samtale mellem brugeren og en læge, sygeplejerske, psykolog, socialrådgiver, socialpædagog eller andre personer fra behandlingsstedet inden for en halvårsperiode.

I både første og anden indsamlingsrunde af journalundersøgelsen har vi registreret alle former for kontakt mellem bruger og personer fra behandlingssystemet, der er noteret i journalen – herunder også læge- og psykologsamtaler. I første runde af journalundersøgelsen er der ikke differentieret i selve registreringerne mellem kontakter til læge, psykolog og andre behandlere. Alle kontakter er talt sammen. I anden runde af journalundersøgelsen har vi registreret kontakter til læge, kontakter til psykologer eller psykiatere og kontakter til andre fra behandlingssystemet hver for sig. Der er i alt blevet registreret 2590 kontakter i anden runde af journalundersøgelsen. 7,6 pct. af disse kontakter var med en læge, 10,3 pct. var med en psykolog eller psykiater, og 82,1 pct. var med andre behandlere (typisk en socialrådgiver, pædagog, sygeplejerske eller ’medicinudleverer’). I de efterfølgende analyser ser vi på det samlede antal kontakter. Dvs. vi skelner ikke mellem, hvem det er brugeren har haft kontakt med, men blot om vedkommende har haft kontakt med nogen fra behandlingssystemet. Som det fremgår, er de fleste kontakter dog til andre behandlere end læger, psykologer og psykiatere.

Af journalundersøgelsen fremgår det, at i alt har 25 pct. af brugerne haft kontakt til behandlere (læge, psykolog, socialrådgiver, pædagog, sygeplejerske eller andre personer fra behandlingssystemet) 1-3 gange inden for en halvårsperiode, mens 39 pct. har haft 4-11 kon-

takter, 9 pct. har haft 12 kontakter eller derover. 7 pct. af brugerne er i dag- eller døgnbehandling, og for denne gruppe af brugere giver det ikke mening at optælle antallet af behandlingskontakter på samme måde som for brugerne i ambulans behandling, da det må formodes, at deres behandlingskontakt er af en løbende karakter. Hos 20 pct., hvilket svarer til 95 af de 470 journaler, er der ikke registreret nogen form for behandlingskontakt mellem bruger og personer fra behandlingsstedet inden for en halvårsperiode. Det fremgår af tabel 8.1.

TABEL 8.1

Antal kontakter* 470 brugere har haft i en halvårsperiode med personer fra behandlingssystemet ifølge deres journaler

	Antal	Procent
Ingen kontakter	95	20
1-3 kontakter	117	25
4-7 kontakter	120	26
8-11 kontakter	61	13
12 kontakter og derover	42	9
Dag- eller døgnbehandling	35	7
Total	470	100

*Kontakter dækker over kontakt med læge, sygeplejerske, psykolog, socialrådgiver, socialpædagog eller andre personer inden for behandlingssystemet.

Undersøges det, hvorvidt der findes en sammenhæng mellem, hvor mange kontakter brugerne har haft, og hvilken type af stof de indtager, viser det sig, at det i højere grad er opiatmisbrugere, som ingen kontakt har haft med behandlere, end misbrugere af andre stoffer end opiater. 28 pct. af opiatmisbrugere har ingen kontakter haft med læge, psykolog, eller andre personer fra behandlingssystemet, hvorimod dette kun gælder for 4 pct. af ikke-opiatmisbrugere. Det kan der være flere grunde til. For det første kan behandlingen for nogle opiatmisbrugere hovedsagelig bestå af metadonudlevering, hvor kontakten til behandlerne derudover er sparsom. Desuden kan der være nogle traditionsbestemte variationer på behandlingsstederne. Fx at nogle institutioner løbende tager kontakt med deres (opiat)misbrugere på fællesarealer i institutionen og disse sjældent bliver journalført. På andre institutioner kan behandlingskontakten være struktureret omkring aftalte møder mellem bruger og behandler, hvor disse mere formaliserede kontakter bliver journalført (Andersen & Järvi-

nen, 2009). Forskellen mellem henholdsvis opiat- og ikke-opiatmisbrugeres kontakt med behandlere fremgår af tabel 8.2.

TABEL 8.2

Antal kontakter henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere har haft til behandlere i løbet af en halvårsperiode ifølge deres journaler. Procent.

	Ingen kontak- ter	1-3 kontak- ter	4-7 kontak- ter	8-11 kontak- ter	12 kontak- ter og derover	I alt	Antal brugere i alt
Opiat- misbru- gere	28	26	23	13	10	100	317
Ikke- opiat- misbru- gere	4	29	41	17	9	100	118
I alt	95	27	28	14	10	100	435

Anm.: $\chi^2 = 34,261$, $P = 0,000$. De 35 brugere, som er i dag- eller døgnbehandling, indgår ikke i denne opgørelse, da det formodes, at deres behandlingskontakt er af løbende karakter. Det samlede antal brugere bliver derfor 435.

Fordelt på behandlingssted tegner der sig en forskel på kontaktintensiteten, hvad angår stoftype. Opiatmisbrugernes kontaktintensitet på de forskellige behandlingssteder fremgår af tabel 8.3.

TABEL 8.3

Kontaktintensitet for opiatmisbrugere fordelt på behandlingssted. Procent.

	Har ingen kontakt haft inden for seks mdr.	Har haft kontakt mindst en gang inden for seks mdr.	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	8	92	100	48
Behandlingssted B	14	86	100	28
Behandlingssted C	18	82	100	61
Behandlingssted D	49	51	100	82
Behandlingssted E	32	68	100	98
I alt	28	72	100	317

Anm.: $\chi^2 = 31,141$, $P = 0,000$. I tabellen indgår kun misbrugere af opiater. Et behandlingssted er ikke medtaget, da der ikke blev udtrykket opiatmisbrugere på dette sted. 23 opiatmisbru-

gere, som er i dag- eller døgnbehandling, indgår ikke i denne opgørelse, da det formodes, at deres behandlingskontakt er af løbende karakter. Det samlede antal opiatmisbrugere bliver derfor 317.

Tabel 8.3 viser, at med hensyn til opiatmisbrugerne er der et behandlingssted (behandlingssted D), hvor 49 pct. af opiatmisbrugerne ifølge journalerne ingen kontakt har haft inden for en halvårsperiode, mens der er et andet behandlingssted (behandlingssted A), hvor dette kun gør sig gældende for 8 pct. af opiatmisbrugerne.

For misbrugere af andre stoffer end opiater er det ikke muligt at sige, hvorvidt der er en signifikant forskel på kontaktintensiteten for de enkelte behandlingssteder på grund af for stor statistisk usikkerhed.¹⁵

KONTAKTINTENSITET

Ambulant behandling bliver – ifølge Servicestyrelsen - defineret som en behandling, hvor der leveres en ydelse mindst to gange om måneden.¹⁶ I denne journalundersøgelse er der registreret kontakter for en halvårsperiode. I forhold til Servicestyrelsens definition på ambulant behandling, skal der således være minimum 12 kontakter (ydelser) i perioden. Behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse sjældnere end hver 14. dag, defineres af Servicestyrelsen ikke som social stofmisbrugsbehandling. I stedet for behandling definerer Servicestyrelsen det som 'ad hoc' kontakt, hvis der leveres en ydelse sjældnere end hver 14. dag. Det skal nævnes, at ad hoc-kontakt principielt ikke er en intensitet, der kan kaldes for social stofmisbrugsbehandling, dvs. personer der har kontakt så sjældent får i princippet ikke social stofmisbrugsbehandling selvom de er indskrevet i social stofmisbrugsbehandling. Ad hoc er dog en mulig intensitet i forbindelse med stabiliserende indsatser (jf. www.socialebegreber.dk).

Med udgangspunkt i Servicestyrelsens definitioner kan man inddele de undersøgte brugere i fire hovedgrupper:¹⁷ 1) Brugere (20 pct.),

15. Det skyldes simpelthen det faktum, at der er færre ikke-opiatmisbrugere end opiatmisbrugere i journalundersøgelsen.

16. Servicestyrelsens definitioner kan ses dels på www.socialebegreber.dk

17. Ydelser inden for social stofmisbrugsbehandling har ikke en specifik definition i Servicestyrelsens begrebsdatabase. I ovenstående inddeling bruger vi Servicestyrelsens definitioner på behandlingsintensiteter i forlængelse af vores optællinger af behandlingskontakter. Vores definition af behandlingskontakt blev udspecifiseret i begyndelsen af kapitlet. De registrerede behandlingskontakter regnes her for ydelser.

som ingen registreret behandlingskontakt har i perioden, 2) brugere (63 pct.), som har haft 1-11 kontakter i perioden, dvs. de har fået ad hoc-kontakt, 3) brugere (9 pct.), som har en behandlingsintensitet på mindst 12 behandlingsydelser i perioden, hvilket vil sige de får ambulantly behandling, og 4) brugere (7 pct.), der som nævnt er i dag- eller døgnbehandling. Denne fordeling fremgår af tabel 8.4.

TABEL 8.4

Behandlingsintensitet for de 470 brugerne over en halvårsperiode ifølge deres journaler

	Antal	Procent
Dag- eller døgnbehandling	35	7
Ambulant behandling	42	9
Ad hoc-kontakt	298	63
Ingen kontakt	95	20
Total	470	100

Eftersom ad hoc-kontakt principielt ikke defineres som behandling er der i alt 83 pct. af brugerne i behandlingssystemet, som ifølge deres journaler ikke modtager social stofmisbrugsbehandling (de 63 pct., der har ad hoc-kontakt plus de 20 pct. uden kontakt).

Fordelt på stoftype viser det sig, at det i højere grad er misbrugere af andre stoffer end opiat, som har en ad hoc-kontakt (79 pct.) med behandlerne frem for opiatmisbrugere (58 pct.). Med hensyn til modtagelse af ambulantly behandling samt dag- eller døgnbehandling ses der ikke væsentlig forskel på opiatmisbrugere og misbrugere af andre stoffer end opiat. Derimod ses det, at det i højere grad er opiatmisbrugere, som ingen kontakt har med hverken læge, psykolog eller andre behandlere fra misbrugssystemet inden for en halvårsperiode. Det fremgår af tabel 8.5.

TABEL 8.5

Behandlingsintensitet for de 470 brugerne over en halvårsperiode ifølge deres journaler fordelt på henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere. Procent.

	Dag- eller døgnbe- handling	Ambulant behandling	Ad hoc- kontakt	Ingen kontakt	I alt	Antal brugere i alt
Opiatmis- brugere	7	9	58	27	100	340
Ikke- opiatmis- brugere	9	9	79	4	100	130
Total	7	9	63	20	100	470

Anm.: $\chi^2 = 31,054$, $P = 0,000$.

Fordelt på behandlingssted viser der sig også en forskel på kontaktintensiteten, der relaterer sig til stoftype. Hvis man ser på opiatmisbrugerne er der ét behandlingssted, hvor 19 pct. af opiatmisbrugerne er i ambulant behandling (behandlingssted A), mens der på et andet behandlingssted slet ikke er nogen af opiatmisbrugerne, der er i ambulant behandling (behandlingssted C). På et behandlingssted (behandlingssted D) har 49 pct. af opiatmisbrugerne ikke haft en eneste kontakt, mens det på to andre behandlingssteder (behandlingsstederne A og B) kun er 8 pct. Det fremgår af tabel 8.6.

For misbrugere af andre stoffer end opiater er det ikke muligt at sige, hvorvidt der er en signifikant forskel på henholdsvis de fire kontaktintensiteter (dag- og døgnbehandling, ambulant behandling, ad hoc-kontakt og ingen behandlingskontakt) og behandlingsstederne, på grund af for stor statistisk usikkerhed.¹⁸

18. Det skyldes simpelthen det faktum, at der er færre ikke-opiatmisbrugere end opiatmisbrugere i journalundersøgelsen.

TABEL 8.6

Opiatmisbrugere og deres kontaktintensitet fordelt på behandlingssted. Procent.

	Dag- eller døgnbe- handling	Ambulant behand- ling	Ad hoc- kontakt	Ingen kontakt	I alt	Antal bruger- e i alt
Behandlings- sted A	0	19	73	8	100	48
Behandlings- sted B	44	2	46	8	100	50
Behandlings- sted C	2	0	81	18	100	62
Behandlings- sted D	0	9	43	49	100	82
Behandlings- sted E	0	14	54	32	100	98
I alt	7	9	58	27	100	340

Anm.: $\chi^2 = 179,358$, $P = 0,000$. (5 celler (25 pct.)) har mindre end 5 enheder (count). I tabellen indgår kun brugere af opiater. Et behandlingssted er ikke medtaget, da der ikke blev udtrukket opiatmisbrugere på dette sted.

INDHOLDET AF SAMTALERNE MELLEM BRUGER OG BEHANDLER

I undersøgelsen har vi også ønsket at få et indblik i, *hvad* brugeren og behandleren taler om, når de mødes/har kontakt. Det vil blive belyst i det følgende. Det skal nævnes, at antallet af samtaler/kontakter og antallet af temaer nødvendigvis ikke er sammenfaldende. Fx kan en enkelt kontakt såsom en visitationssamtale eller en handleplanssamtale, som oftest er de samtaler, der er mest intensive mellem bruger og behandler, indeholde mange forskellige temaer. Derimod indeholder andre kontakter fx en samtale om dosering af brugerens medicin samt boligforhold kun få områder, fx kun medicin eller boligforhold.

Ifølge journalerne er der flest brugere, der taler med behandleren om deres behandlingsmuligheder, dvs. de taler om brugerens nuværende behandlingsform eller ønsker i forhold til fremtidig behandling. 64 pct. har talt med en behandler (eller flere) om deres behandlingsmuligheder i løbet af det sidste halve år. Det kan fx være samtaler om, hvorvidt den behandling, brugeren modtager aktuelt, er den mest hensigtsmæssige. Det betyder omvendt, at der er 36 pct. af brugerne, som ifølge deres

journaler på behandlingsstedet *ikke* har talt med en læge, sagsbehandler eller anden person i behandlingssystemet om deres behandlingsmuligheder i en halvårsperiode.

Herefter er der flest kontakter (ofte med en læge), der berører den medicinske behandling (52 pct.) dvs. samtaler om ordinationer, bivirkninger, dosis, medicinskift og lignende. Ifølge det indsamlede datamateriale fremgår det, at minimum 63 pct. af brugerne modtager substitutionsbehandling. Sammenholdes dette med, hvorvidt de har berørt deres medicinske behandling i deres kontakt med deres behandlere (læge, sygeplejerske, pædagog m.m.) viser der sig, at 38 pct. af de substitutionsmedicinerede brugere ikke har diskuteret deres medicinske behandling inden for en halvårsperiode. Ifølge behandlingsstedernes journalnotater er der ved disse brugere ingen bemærkninger om, hvorvidt brugeren er blevet spurgt til bivirkninger, andre medicinske ønsker, ønsker om nedtrapning eller lignende.

Det skal bemærkes, at en snak om den medicinske behandling og behandlingsmuligheder kan være sammenfaldende. Hvis formen, mulighederne og brugernes ønske i forhold til medicinsk behandling har været diskuteret, så er det registreret, at man har talt med brugeren om både den medicinske behandling og behandlingsmuligheder.

Næsteften behandlingsmuligheder og medicinsk behandling er det psykiske problemer (42 pct.), sociale problemer (41 pct.) og somatiske problemer (40 pct.), der hyppigst bliver berørt i samtalerne. Samtaler om psykiske problemer kan fx være samtaler om angst, krigstraumer, depression, reaktioner på overgreb osv. Det kan både være samtaler om, at problemerne er der (en konstatering, fx i forbindelse med udredning), og samtaler, som forsøger at gøre noget ved problemerne (fx terapi). Sociale problemer vedrører problemer med social adfærd og sociale relationer, mens somatiske problemer handler om helbredsmæssige problemer inkl. problemer med tænder, som mange brugere har problemer med.

Årsagen/baggrunden for brugerens (fortsatte) stofmisbrug, fx samtaler om selve afhængigheden og tilgrundliggende problemstillinger, har 40 pct. af brugerne talt med en behandler om. Endvidere er brugerens holdning til stoffer, fx fordele og ulemper ved stofferne, nydelse og nødvendigheden af stofferne, blevet berørt i 36 pct. af journalerne. Forhold angående socialt netværk drøftes i 35 pct. af brugernes journaler. Det er fx samtaler om tilfredshed eller manglende tilfredshed med net-

værket og/eller problemer med ensomhed. Temaet problemer med socialt netværk og sociale problemer herunder social adfærd er i nogen udtrækning overlappende. Hvis der fx i en samtale har været berørt problemer med ensomhed som følge af problemer med social adfærd, er det noteret, at begge temaer er berørt i kontakten med brugeren.

Uddannelse og beskæftigelse er et tema, som har været behandlet i omkring en tredjedel af journalerne (35 pct.). Det drejer sig både om samtaler vedrørende muligheder, planer og ønsker for nuværende såvel som fremtidig uddannelse eller beskæftigelse. Der er talt om handleplaner med 29 pct. af brugerne; dvs. behandler og bruger har drøftet fx oprettelse af handleplaner og formålet med disse (se videre herom i efterfølgende afsnit), boligproblemer er berørt for 27 pct. af brugerne, fx problemer med at betale husleje, klager fra naboer, hjemløshed, behov for handicapvenlig bolig osv. Indtægtsforhold berøres hos 22 pct., fx muligheder for at få førtidspension, kontakthjælp, og til sidst samtaler omkring brugeres regninger (20 pct.) inkl. problemer med at betale dem. Hos 17 pct. af brugerne er der også talt om andre områder udover de nævnte, fx oplevelse og udøvelsen af vold, forælderrollen osv.

TABEL 8.7

Temaer i brugernes kontakt med behandlere ifølge journalerne.

	Antal brugere	Procent
Behandling (muligheder, indhold, form, ønsker)	299	64
Medicinsk behandling	246	52
Psykiske problemer	198	42
Sociale problemer	192	41
Årsagen til stofmisbrug	187	40
Somatiske problemer	186	40
Holdning til stoffer	167	36
Uddannelse/beskæftigelse	164	35
Socialt netværk	163	35
Handleplan	136	29
Boligproblemer	125	27
Regninger	102	20
Indtægtsforhold	96	22
Andre temaer	80	17

Anm.: Tabellen angår en periode på seks måneder. Brugere kan have talt om flere temaer ved hver enkelt kontakt med behandlerne, hvorfor procenttal ikke summerer til 100 pct.

Ikke-opiatmisbrugere har flere kontakter end opiatmisbrugere, og det giver sig udslag i, at de har berørt flere temaer i løbet af et halvt år end opiatmisbrugerne. Det gælder således for alle de nævnte temaer, at en større andel af ikke-opiatmisbrugerne har snakket med en behandler om dem end opiatmisbrugerne – undtagen når det gælder medicinsk behandling. Det fremgår af tabel 8.8. Når det gælder medicinsk behandling er dette hyppigere et tema for opiatmisbrugere end ikke-opiatmisbrugere, hvilket ikke er overraskende, da substitutionsbehandling er en central del af behandlingen for mange opiatmisbrugere, mens det ikke er relevant for ikke-opiatmisbrugere. Der kan dog være anden medicinsk behandling, som kan være relevant for ikke-opiatmisbrugerne, fx i forhold til psykiatriske problemstillinger.

TABEL 8.8

Temaer i henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugerers kontakt med behandlere ifølge journalerne. Procent.

	Ikke-opiatmisbrugere	Opiatmisbrugere	Alle
Behandling (muligheder, indhold, form)	86	55	64
Medicinsk behandling	30	61	52
Psykiske problemer	73	30	42
Sociale problemer	71	29	41
Årsagen til stofmisbrug	79	25	40
Holdning til stoffer	70	22	36
Somatiske problemer	40	39	
Socialt netværk	48	30	35
Uddannelse/beskæftigelse	67	23	35
Handleplan	53	20	29
Boligproblemer	38	22	27
Indtægtsforhold	40	15	22
Regninger	29	17	20
Andre temaer	12	19	17

Anm.: Fordelt på stoftype er forskellen mellem ikke-opiatmisbrugere og opiatmisbrugere ved alle temaer signifikante ($p = 0,000- 0,003$) undtagen ved temaerne: 'somatiske problemer' samt 'andre temaer'.

SOCIALE HANDLEPLANER

Borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller borgere med alvorlige sociale problemer skal ifølge Servicelovens § 141 tilbydes en handleplan. Handleplanen skal angive formålet med indsats-

sen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold vedrørende behandling. Handleplanen bør, så vidt det er muligt, udarbejdes i samarbejde med borgeren.

I denne journalundersøgelse har vi registreret to ting omkring sociale handleplaner. Dels hvor mange sociale handleplaner, der sammenlagt forefindes i den enkelte brugers journal på det undersøgte behandlingssted, dvs. den samlede forekomst af sociale handleplaner i brugerens behandlingsforløb inden for henholdsvis en 10-årig periode (første indsamlingsrunde) samt en 18 måneders periode (anden indsamlingsrunde). Og dels har vi undersøgt, hvorvidt brugeren ifølge sin journal inden for de sidste seks måneder før journalundersøgelsen har talt med en behandler om en handleplan.

HVORNÅR ER EN SOCIAL HANDLEPLAN BLEVET REGISTRERET?

I gennemgangen af brugernes journaler har vi registreret alle former for sociale handleplaner, dvs. både elektroniske, papirbaserede, kortfattede såvel som omfattende handleplaner. Alt, hvad der kaldes handleplan, er registreret i datamaterialet. Hvis fx en social handleplan er fulgt op efter seks måneder, så er den medtalt som endnu en handleplan. Dvs. at en revidering af en handleplan i journalundersøgelsen er talt med som en ny social handleplan. Hvis der var tilfælde, hvor en social handleplan var en direkte kopi af en eksisterende social handleplan, og denne handleplan ikke længere *kunne* være aktuel, fx fordi oplysningerne deri var forældede, har vi dog ikke registreret handleplanen i datamaterialet.

Ikke udfyldte sociale handleplaner er ligeledes heller ikke talt med. Fx var nogle handleplaner placeret i en elektronisk journal med en dato, men indeholdt kun standardiserede handleplansspørgsmål og ingen svar. Hvis handleplanens skemaer derimod var udfyldt den mindste smule, er planen registreret. Fx er skemaer, hvor der under brugernes ønsker/mål med fremtiden står, at han/hun ønsker at fortsætte i substitutionsunderstøttet behandling på ambulatorium X og ellers intet andet, medtalt som en social handleplan i undersøgelsen. Vores definition af en handleplan favner i journalundersøgelsen således bredt.

HVILKEN KARAKTER HAVDE HANDLEPLANERNE?

Udformningen af handleplanerne viste sig at være meget forskellig. Nogle var udformet på baggrund af en skabelon for handleplaner og var meget detaljerede, andre handleplaner havde en mere løs og kortfattet struktur. Det var indtrykket, at størstedelen af handleplanerne var blevet lavet i samarbejde med brugerne i den forstand, at behandleren havde talt med brugeren om, hvad der skulle stå i handleplanen.

De konkrete fremgangsmåder ved udfærdigelsen af den sociale handleplan fremstod meget forskellige. Ved nogle behandlingssteder var brugeren meget aktiv i udfærdigelsen; fik handleplanen med hjem og skulle derefter selv udfærdige et udkast til indholdet ud fra nogle bestemte temaer. Andre steder sås en mere passiv inddragelse, hvor indtrykket var, at planen i højere grad var udfærdiget af behandleren. Procedurerne er således forskellige og må formodes at afhænge af, hvor mange ressourcer der er til rådighed hos den enkelte behandler, men også brugers situation samt behandlingsstedets motivation for at udarbejde sociale handleplaner, må formodes at påvirke indholdet og udformningen af handleplanen.

ANTAL HANDLEPLANER

Da der i journalundersøgelsen har været optalt sociale handleplaner over to meget forskellige perioder, vil resultaterne i det følgende blive delt op i henholdsvis første og anden indsamlingsrunde.

Ved gennemgangen af de 470 journaler viser det sig, at i første indsamlingsrunde (180 journaler) er der 60 pct. af brugerne, som har fået journalført mindst én social handleplan fra handleplanskravet blev indført i 1997 og frem til 2007, hvor første indsamlingsrunde blev afsluttet. Således har 40 pct. ikke – ifølge journalerne – haft en social handleplan over en 10-års periode. I alt har 25 pct. af brugerne fået udarbejdet en enkelt social handleplan, 15 pct. har fået udarbejdet to planer osv. Det højeste antal sociale handleplaner pr. bruger, der blev fundet i første indsamlingsrunde, dvs. i de 180 journaler for opiatmisbrugere, var otte handleplaner. Dette gjaldt for tre brugere. Optællingen fremgår af tabel 8.9.

TABEL 8.9

Antal sociale handleplaner i journalerne fra første indsamlingsrunde.

Antal handleplaner	Antal brugere	Brugere i pct.
0	72	40
1	45	25
2	27	15
3	16	9
4	5	3
5	4	2
6	6	3
7	2	1
8	3	2
I alt	180	100

Anm.: Tabellen gælder registrerede handleplaner i brugernes journaler på de undersøgte behandlingssteder. Perioden 10. juni 1997 til 1. april 2007.

Anden indsamlingsrunde inkluderer 290 journaler, fordelt på både opiatmisbrugere og misbrugere af andre stoffer end opiater, og spænder over en noget kortere periode, nemlig 18 måneder (perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008). I denne periode fandt vi, at 43 pct. af brugerne har mindst én social handleplan journalført, mens lidt over halvdelen (57 pct.) ikke har det. I alt har 33 pct. af brugerne fået journalført en social handleplan, 8 pct. har to planer og 2 pct. (svarende til 5 brugere) har 3 sociale handleplaner. Dette fremgår af tabel 8.10.

TABEL 8.10

Antal sociale handleplaner i journalerne fra anden indsamlingsrunde.

Antal handleplaner	Antal brugere	Brugere i pct.
0	166	57
1	97	33
2	22	8
3	5	2
I alt	290	100

Anm.: Tabellen gælder registrerede handleplaner i brugernes journaler på de undersøgte behandlingssteder. Perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008.

Vedrørende forekomst af sociale handleplaner henviser vi i øvrigt også til kapitel 4, hvor der er et afsnit om skriftlige planer. Her fremgår det, at visitatorerne skønner, at langt flere brugere har en handleplan, end jour-

nalundersøgelsen finder. Der kommenteres på denne uoverensstemmelse i nævnte afsnit.

HVEM HAR EN SOCIAL HANDLEPLAN OG HVORFOR HAR NOGLE EN OG ANDRE IKKE?

Der kan være flere grunde til, at nogle brugere ikke har en social handleplan. For det første kan det være, at de ikke ønsker sådan en. For det andet kan det være, at motivationsarbejdet for dette er forskelligt fra behandlingssted til behandlingssted. Nogle behandlingssteder er dels meget motiverede og opmærksomme på den sociale handleplan, og har dels også ressourcer til dette arbejde. Andre prioriterer det i mindre grad fx pga. andre procedurer på stedet eller mangel på ressourcer. Antallet af brugere i forhold til antallet af behandlere (dvs. ratioen) kan have betydning for, hvor meget tid behandleren kan afsætte til at motivere en bruger til handleplansarbejde, samt hvilke kvalitetskrav der kan afsættes til handleplanen (Andersen & Järvinen, 2009).

Opdelt på hvilket stof brugerne har været misbrugere af, viser det sig, at der er flere opiatmisbrugere, som ingen handleplan har, end ikke-opiatmisbrugere. Hvor der er hele 72 pct. af opiatmisbrugerne, som ikke har nogen handleplan, er der kun 39 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiat, som ingen social handleplan har. Det fremgår af tabel 8.11.

TABEL 8.11

Antal sociale handleplaner for henholdsvis opiatmisbrugere og ikke-opiatmisbrugere i journalerne fra anden indsamlingsperiode. Procent

	Ingen handleplaner	En handleplan	To eller flere handleplaner	I alt	Antal brugere i alt
Opiatmisbrugere	72	23	6	100	160
Ikke-opiatmisbrugere	39	48	14	100	130
I alt	57	33	9	100	290

Anm.: $\chi^2 = 31,350$, $P = 0,000$. Tabellen gælder registrerede handleplaner i brugernes journaler på de undersøgte behandlingssteder. Perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008.

Med hensyn til hvorvidt der kan ses nogle forskelle fra behandlingssted til behandlingssted, når det gælder sociale handleplaner i brugernes journaler, kan det konstateres, at der er en markant forskel i anden indsamlingsperiode. Fx er der to behandlingssteder, hvor henholdsvis lidt over halvdelen (52 pct.) og halvdelen (50 pct.) ingen handleplaner har. Et tredje sted er det hele 94 pct. af journalerne, der ikke indeholder nogen former for sociale handleplaner, mens der ved det fjerde undersøgte behandlingssted kun var 37 pct. af journalerne, der ikke indholdt nogen sociale handleplaner. Det fremgår af tabel 8.12.

TABEL 8.12

Antal sociale handleplaner i journalerne fra anden indsamlingsrunde fordelt på behandlingssted. Procent.

	Ingen handleplaner	En handleplan	To eller flere handleplaner	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	52	39	9	100	66
Behandlingssted F	37	45	18	100	84
Behandlingssted B	50	43	7	100	70
Behandlingssted C	94	4	1	100	70
I alt	57	33	9	100	290

Anm.: $\chi^2 = 59,327, P = 0,000$. Tabellen gælder registrerede handleplaner i brugernes journaler på de undersøgte behandlingssteder. Perioden 1. juni 2007 til 1. december 2008.

Anm: På behandlingssted F er der kun udtrukket journaler blandt ikke-opiatmisbrugere.

I journalundersøgelsen fandt vi, at antallet af handleplaner ikke hænger sammen med, hvor længe en bruger har været i behandling. Som tabel 8.13 tydeliggør, har en bruger, der har været indskrevet i behandling over en længere periode ikke nødvendigvis flere handleplaner, end en bruger som har været indskrevet kort tid. Hvor der hos halvdelen (51 pct.) af brugerne, som har været indskrevet i behandling i *højest* tre år, er journalført mindst én handleplan, er dette kun tilfældet for en femtedels vedkommende (19 pct.) for de brugere, som har været i indskrevet i behandling i *over* tre år. Når andelen af de sociale handleplaner er højere blandt de relative nyindskrevne brugere, kan årsagen være, at behandlingsstederne i dag i højere grad udarbejder sociale handleplaner for nyindskrevne brugere. Muligvis fordi der inden for behandlingsverdenen er kommet

mere fokus på vigtigheden og lovkravet for tilbuddet om udarbejdelsen af handleplaner.

TABEL 8.13

Antal sociale handleplaner for brugere, der har været indskrevet henholdsvis højst tre år og over tre år i journalerne fra anden indsamlingsrunde. Procent.

	Mindst én handleplan i brugerens journal.	Ingen handleplaner i brugerens journal.	I alt	Antal brugere i alt
Brugeren har været indskrevet i behandling i højst tre år	51	49	100	216
Brugeren har været indskrevet i behandling i over tre år	19	81	100	68
I alt	44	56	100	284

Anm.: $\chi^2 = 21,896$, $P = 0,000$. Længde på indskrivning var uoplyst for seks brugere, som derfor ikke indgår i tabellen.

Udarbejdelsen af en handleplan skal ske i en kontinuerlig proces, hvor mål og indsats løbende følges og justeres efter behov, jf. Servicelovens § 150. Derfor har vi i journalundersøgelsen undersøgt inden for en seks måneders periode, hvorvidt der er taget initiativ til dette.

I forrige afsnit så vi, at omkring en tredjedel (29 pct.), svarende til 136 ud af 470 brugere, har talt med deres behandler om den sociale handleplan i løbet af det sidste halve år op til journalundersøgelsen. Og således er der 71 pct. af brugerne i behandling, der ikke har talt med nogen behandler om en social handleplan – ifølge behandlingsstedets journalnotater. Det skal bemærkes, at hvis behandleren har talt med en bruger om en handleplan, selvom det ikke har medført udarbejdelsen af en sådan (fx hvis brugeren har takket nej), har vi registret, at man har talt med brugeren om en handleplan.

Vender vi fokus mod, hvilke brugere der har talt med en behandler om en social handleplan i løbet af en halvårsperiode, ser vi nogle forskelle, hvad angår alder, indskrivningslængde og stoftype.

Når antal sociale handleplaner sammenholdes med brugernes alder, viser det sig, at handleplaner især drøftes med unge brugere. 61 pct. af brugerne på 20 år og derunder har talt med en eller flere behandlere om den sociale handleplan, mens det kun er 7 pct. af brugerne på over

50 år, der har talt med en behandler om en handleplan. Det fremgår af tabel 8.14.

TABEL 8.14

Sammenhæng mellem alder og om brugeren ifølge journalen har talt med en behandler om en handleplan i løbet af seks måneder. Procent.

	Har talt om handleplan	Har ikke talt om handleplan	I alt	Antal brugere i alt
20 år og derunder	61	39	100	23
21 til 30 år	42	58	100	99
31 til 40 år	34	66	100	149
41 til 50 år	20	81	100	123
Over 50 år	7	93	100	76
I alt	29	71	100	470

Anm.: $\chi^2 = 45,980$, P 0,000. Halvårsperioden refererer til 1. oktober 2006 til 1. april 2007 (første indsamlingsperiode) og 1. juni 2008 til 1. december 2008 (anden indsamlingsperiode).

I forlængelse heraf er det ligeledes blevet undersøgt, hvor længe brugeren har været indskrevet i behandling, og om brugeren ifølge journalen på det undersøgte behandlingssted har talt med behandlerne om en social handleplan inden for seks måneder.

Kendetegnende er, at jo kortere tid brugeren har været indskrevet i behandling, i jo højere grad har brugeren talt med sin behandler om en social handleplan. Meget tyder således på, at handleplaner især diskuteres med brugerne i begyndelsen af deres behandlingsforløb. Resultatet viser, at der er 50 pct. af brugerne, som har været indskrevet i 0-6 måneder, der har talt med behandlerne om en social handleplan. Heroverfor er der 4 pct. af brugerne, som har været indskrevet i over fem år, der har talt med en behandler om en social handleplan inden for de sidste seks måneder. Det fremgår af tabel 8.15.

TABEL 8.15

Sammenhæng mellem hvor længe brugeren har været indskrevet i behandling og om brugeren ifølge journalen har talt med en behandler om en handleplan i løbet af seks måneder. Procent.

	Har talt om handleplan	Har ikke talt om handleplan	I alt	Antal brugere i alt
0 til 6 mdr.	50	50	100	142
7 til 12 mdr.	27	73		95
13 til 36 mdr.	31	69	100	93
37 til 60 mdr.	14	87	100	37
Over 5 år	4	96	100	97
I alt	29	71	100	464

Anm.: $\chi^2 = 63,121$, P 0,000. Halvårsperioden refererer til 1. oktober 2006 til 1. april 2007 (første indsamlingsperiode) og 1. juni 2008 til 1. december 2008 (anden indsamlingsperiode). Længde på indskrivning var uoplyst for seks brugere, som derfor ikke indgår i tabellen.

Når det handler om, hvilken stoftype brugerne indtager/har indtaget, og hvorvidt, der er blevet talt om den sociale handleplan med behandlerne, ses der også en sammenhæng. Hvor der er 53 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiat, som har talt om den sociale handleplan, er der 20 pct. af opiatmisbrugere, som har talt om den sociale handleplan inden for en halvårsperiode. Det fremgår af tabel 8.16

TABEL 8.16

Sammenhæng mellem opiatmisbrug og om brugeren ifølge journalen har talt med en behandler om en handleplan i løbet af seks måneder. Procent.

	Har talt om social handleplan	Har ikke talt om social handleplan	I alt	Antal brugere i alt
Opiatmisbruger	20	80	100	340
Ikke-opiatmisbruger	53	47	100	130
I alt	29	71	100	470

Anm.: $\chi^2 = 50,930$ P 0,000. Halvårsperioden refererer til 1. oktober 2006 til 1. april 2007. (Første indsamlingsrunde) og 1. juni 2008 til 1. december 2008 (Anden indsamlingsrunde).

Hvorvidt brugerne har talt om en social handleplan med deres behandlere på behandlingsstedet viser sig også at være afhængig af behandlingssted. Vender vi blikket først mod opiatmisbrugere, så er der ved ét behandlingssted 40 pct. af opiatmisbrugere, der i løbet af en seks må-

neders periode har talt med deres behandler om en social handleplan, mens der ved et andet behandlingssted derimod kun er 3 pct. af opiatmisbrugerne, som har talt om en social handleplan med en behandler. Det fremgår af tabel 8.17.

TABEL 8.17

Sammenhæng mellem behandlingssted og om opiatmisbrugeren har talt med en behandler om en handleplan i løbet af seks måneder. Procent.

	Har talt om social handleplan	Har ikke talt om social handleplan	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	40	60	100	48
Behandlingssted B	34	66	100	50
Behandlingssted C	3	97	100	62
Behandlingssted D	20	81	100	82
Behandlingssted E	13	87	100	98
I alt	20	80	100	340

Anm.: $\chi^2 = 31,656$, $P = 0,000$. I tabellen indgår kun misbrugere af opiater. Et behandlingssted er ikke medtaget, da der ikke blev udtrukket opiatmisbrugere på dette sted.

Samme forskel gør sig gældende, når blikket vendes mod misbrugere af andre stoffer end opiater. Her er der ved ét behandlingssted hele 72 pct., som ifølge journalerne, der har talt med en behandler om den sociale handleplan inden for en seks måneders periode. Dette står i skarp kontrast til et andet behandlingscenter, hvor ingen af misbrugere af andre stoffer end opiater ikke har talt om en social handleplan med en behandler inden for en halvårsperiode. Det fremgår af tabel 8.18.

TABEL 8.18

Sammenhæng mellem behandlingssted og om ikke-opiatmisbrugere har talt med en behandler om en handleplan i løbet af seks måneder. Procent.

	Har talt om social handleplan	Har ikke talt om social handleplan	I alt	Antal brugere i alt
Behandlingssted A	72	28	100	18
Behandlingssted F	51	49	100	84
Behandlingssted B	65	35	100	20
Behandlingssted C	0	100	100	8
I alt	53	47	100	130

Anm.: $\chi^2 = 12,960$, $P = 0,005$. (2 celler (25 pct.)) har mindre end 5 enheder (count). I tabellen indgår kun misbrugere af andre stoffer end opiater. To behandlingssteder er ikke medtaget, da der kun blev udtrukket opiatmisbrugere fra disse steder.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi undersøgt, hvor mange journalførte kontakter/samtaler brugeren har haft med behandlere, fx læge, sygeplejerske, psykolog, misbrugsbehandler eller andre personer tilknyttet behandlingssystemet. Tillige har vi undersøgt, hvad indholdet i kontakten/samtalen har været. Her viser resultaterne, at der ifølge journalerne er en femtedel (20 pct.), som ingen kontakter har haft inden for en halvårsperiode, 25 pct. har haft 1-3 kontakter, 26 pct. har haft 4-7 kontakter, og 22 pct. af brugerne har haft 8 kontakter eller derover. I alt befinder 7 pct. af brugernes sig i dag- eller døgnbehandling.

Fordelt på stoftype peger undersøgelsen på, at det i højere grad er opiatmisbrugere, som ingen kontakt har haft til behandlingssystemet inden for en halvårsperiode, end misbrugere af andre stoffer end opiater.

Hvis vi sammenholder disse resultater med Servicestyrelsens definitioner på behandlingsintensiteter i den sociale stofmisbrugsbehandling, ser vi, at 9 pct. modtager ambulantly behandling dvs. minimum tolv kontakter (ydelser) over seks måneder, 63 pct. bliver tilbudt ad hoc-kontakt, dvs. har kontakt med behandlingssystemet sjældnere end hver 14. dag.

Kendetegnet for de kontakter/samtaler brugeren har haft med sin behandler er, at indholdet i disse samtaler fortrinsvis har været omkring brugerens behandlingsmuligheder, dvs. brugerens nuværende behandlingsform eller ønsker i forhold til fremtidig behandling – fx samtaler om, hvorvidt den behandling, brugeren modtager aktuelt, er den mest hensigtsmæssige (64 pct.). Herefter er der flest kontakter (ofte med en læge), der berører den medicinske behandling (52 pct.), dvs. samtaler om ordinationer, bivirkninger, dosis, medicinskift og lignende. Derefter kommer psykiske problemer (42 pct.), de sociale problemer (41 pct.) og de somatiske problemer (40 pct.). Årsagen/baggrunden for brugerens (fortsatte) stofmisbrug, fx samtaler om selve afhængigheden og tilgrundliggende problemstillinger, er blevet omtalt i 40 pct. af brugernes sager. Endvidere er brugerens holdning til stoffer, fx fordele og ulemper ved stofferne, nydelse og nødvendigheden af stofferne, blevet berørt i 36 pct.

af journalerne. Forhold angående socialt netværk drøftes i 35 pct. af brugernes journaler. Uddannelse og beskæftigelse, dvs. både samtaler om muligheder, planer og ønsker for nuværende såvel som fremtidig uddannelse eller beskæftigelse, er et tema, som har været behandlet i omkring en tredjedel af journalerne (35 pct.).

Fordelt på stoftype viser det sig, at det i højere grad er misbrugere af andre stoffer end opiater, som taler med deres behandler om deres behandlingsmuligheder, psykiske og sociale problemer, holdningen til stoffer samt årsagen til stofmisbruget. Omvendt er det i højere grad opiatmisbrugerne, som taler med deres behandler om den medicinske behandling.

Undersøgelsen har også givet et indblik i forekomsten af journalførte handleplaner. Her viser det sig, at selvom brugeren har været indskrevet i behandling over en længere periode, har han/hun ikke nødvendigvis flere handleplaner. Hvor der hos 51 pct. af brugerne, som har været indskrevet i behandling i højst tre år, er journalført mindst én handleplan, gælder det for 19 pct.'s vedkommende for de brugere, som har været i indskrevet i behandling i over tre år.

Opdelt på stoftype peger undersøgelsen på, at der er flere opiatmisbrugere end misbrugere af andre stoffer, som ingen sociale handleplaner har. Ligeledes ses der en forskel, hvad angår behandlingssteder; fx er der et behandlingssted, hvor 94 pct. af brugerne ingen social handleplan har, mod et andet behandlingssted, hvor det kun er tilfældet for 37 pct.'s vedkommende.

Vedrørende forekomst af sociale handleplaner henviser vi i øvrigt også til kapitel 4, hvor der er et afsnit om skriftlige planer. Her fremgår det, at visitatorerne skønner, at langt flere brugere har en handleplan end journalundersøgelsen finder.

SAMMENFATNING

Afslutningsvis vil vi sammenfatte de vigtigste pointer og konklusioner fra rapportens kapitler.

Rapporten handler om sagsbehandlingsprocessen, fra en bruger fremsætter et ønske om behandling, til vedkommende enten får bevilliget et behandlingstilbud eller får afslag på det ønskede. Den beskriver kommunernes forskellige visitationssystemer, sagsbehandlingsprocedurer og redskaber, der bliver brugt i forbindelse med visitation og sagsbehandling. Den beskriver også visitatorernes praksis og holdninger i forhold til brugerinddragelse, samt hvordan målsætningen for en brugers behandling fastlægges. Endelig belyser den også sagsbehandlingstid, ydelser og fokus i behandlingen, som det fremgår af brugernes journaler.

Undersøgelsen angår den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i Serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Rapporten er primært baseret på tre typer datamateriale: Kvalitative interview med 14 visitatorer, en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer fra alle landets kommuner med en svarprocent på 88 pct. og en journalundersøgelse, hvor 470 journaler er udtrukket tilfældigt på seks forskellige behandlingssteder i Danmark. Metode og fremgangsmåde for dataindsamling samt en overordnet introduktion til datamaterialet findes i kapitel 2.

STRUKTUREN I VISITATIONSSYSTEMERNE

I kapitel 3 skitserede vi en række af de centrale forskelle og karakteristika for kommunernes visitationssystemer på stofmisbrugsområdet. I kapitlet så vi særligt nøje på fem case-eksempler, der blev beskrevet i kvalitative interview med behandlingsledere, myndighedspersoner og visitatorer fra de udvalgte kommuner. I kapitlet kombinerede vi case-eksemplerne med information om delaspekter ved visitationssystemer fra en spørgeskemaundersøgelse blandt visitatorer i hele landet.

Visitationssystemernes forskellighed hænger sammen med, at nogle kommuner er udfører-kommuner, dvs. at kommunen selv har et eller flere behandlingssteder for stofmisbrugere, mens andre kommuner er bestiller-kommuner, dvs. at kommunen køber stofmisbrugsbehandling fra andre leverandører, ofte en anden kommune, som de har en samarbejdsaftale med. I udfører-kommuner kan kommunen visitere til eget behandlingstilbud, mens bestiller-kommuner altid må visitere til andres behandlingstilbud. I nogle tilfælde lader bestiller-kommuner deres leverandør stå for både udredning og visitation.

Kommunerne har endvidere valgt at placere visitationskompetencen forskellige steder. Man kan skelne mellem fire modeller for placering af visitationskompetence.

- For det første kan visitationskompetencen være placeret *på* behandlingsstedet hos en behandler eller behandlingsleder, der i så tilfælde fungerer som visitator, eller hos et udvalg af personer fra behandlingsstedet, der så fungerer som et visitationsudvalg. Denne model er en mulighed for både udfører- og bestiller-kommuner.
- For det andet kan visitationskompetencen være placeret *på* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg, der er udstationeret fra en myndighedsafdeling. Denne model er principielt mulig for både udfører- og bestiller-kommuner, men i datamaterialet er modellen kun set i udfører-kommuner.
- For det tredje kan visitationskompetencen være placeret *uden for* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg i en myndighedsafdeling i egen kommune. Det gælder kun udfører-kommuner.
- For det fjerde kan visitationskompetencen være placeret *uden for* behandlingsstedet hos en visitator/visitationsudvalg i en myndig-

hedsafdeling i en anden kommune. Det gælder kun bestillerkommuner.

De fire skitserede modeller er idealtypiske. I praksis kombinerer kommunerne modellerne på kryds og tværs. Fx bruger én udfører-kommune model 1 (dvs. visitationskompetencen er placeret hos behandler/behandlingsleder på behandlingsstedet), når det gælder ambulantly behandling, men model 3 og 4, når det gælder døgnbehandling (hvis det er en bruger fra egen kommune, der søger døgnbehandling, så er visitationskompetencen placeret i egen kommunes myndighedsafdeling, og hvis det er en bruger fra en af de andre kommuner, som man samarbejder med, så er visitationskompetencen placeret i deres myndighedsafdeling).

Udover at visitationskompetencen er placeret forskelligt, er der en række andre forskelle mellem kommunernes visitationssystemer. Fx er det forskelligt, om visitatorer har brugerkontakt. I nogle kommuner argumenterer man for, at visitationen bliver mere nøgtern og professionel, hvis visitatoren ikke møder brugerne personligt. I andre kommuner har visitatorer en del brugerkontakt. 10 pct. af visitatorerne taler med brugeren i seks timer eller mere før visitationsbeslutningen træffes.

Der er også forskel på selve visitationsforløbet; hvor mange samtaler, der indgår i visitationsforløbet, hvem der står for dem, hvorvidt redskaber såsom ASI-skemaet indgår osv.

Endvidere er der forskel på kommunerne i forhold til, om det er de samme eller forskellige visitationsprocedurer for alle behandlingstyper og for alle brugergrupper. I en kommune har man fx ét visitationssystem, når det gælder ambulantly behandling, og et andet, når det gælder døgnbehandling, dvs. det er differentieret på behandlingstype. I en anden kommune har man ét visitationssystem for brugere under 25 år og et andet for de ældre brugere, dvs. det er differentieret i forhold til brugergrupper.

Udover de strukturelle forskelle er der også holdningsmæssige forskelle mellem de forskellige visitationssystemer. Det gælder bl.a. holdningen til døgnbehandlingen. I nogle kommuner har man taget en beslutning centralt om, at ambulantly behandling er det første og primære behandlingstilbud til kommunens brugere. Man lægger i disse kommuner vægt på, at døgnbehandling ikke nødvendigvis er bedre end ambulantly behandling, og at brugere, der ønsker døgnbehandling, skal udfordres på deres begrundelser. Døgnbehandling kommer kun på tale, hvis det ambulantly tilbud efter en periode ikke viser sig nok. I andre kommuner har

man ikke taget en sådan beslutning og opfordrer i stedet brugere til at søge døgnbehandling.

Når det gælder bestiller-kommunerne, viser der sig især forskelle med hensyn til deres holdninger til leverandøren. En af de valgte case-kommuner udtrykker dels utilfredshed med deres leverandørs behandlingssted og den efter deres vurdering for bløde linje og manglende krav til brugerne, og dels utilfredshed med information og tilbagemeldinger om, hvilken behandling brugerne rent faktisk modtager. Denne kommune stiller spørgsmålstejn ved nogle af leverandørens ansøgninger og giver nogle gange afslag eller peger på andre tilbud, end leverandøren gør. Det gør denne bestiller-kommunes visitatorer trods de aldrig selv møder de brugere, hvis behandlingsønsker de skal tage stilling til. En anden case-kommune udtrykker tilfredshed med deres leverandørs behandlingssted og siger, at de har tillid til, at der er gode argumenter for leverandørens ansøgninger. De vurderer, at det er leverandøren, der har den faglige viden om stofmisbrugsbehandling og giver derfor ikke afslag på de ansøgninger, der kommer om behandling. Visitatorerne i denne bestiller-kommune har meget kontakt med de brugere, som de visiterer.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at halvdelen (49 pct.) af kommunerne har eller deltager i et visitationsudvalg, 34 pct. af kommunerne varetager visitation i en eller anden udstrækning, men har ikke noget visitationsudvalg, og 14 pct. af kommunerne har ikke noget visitationsudvalg, idet al visitation varetages af en anden kommune. I de kommuner, som har eller deltager i et visitationsudvalg, mødes visitationsudvalget oftest hver uge (46 pct.) eller hver anden uge (30 pct.). De hyppigste deltagere i visitationsudvalgene er ledere fra stofmisbrugsbehandlingen. Der deltager en behandlingsleder i 75 pct. af visitationsudvalgene.

Jo højere behandlingsintensitet, jo mere sandsynlig er det, at visitationsudvalget inddrages i visitationen. I 89 pct. af de kommuner, som har eller deltager i et visitationsudvalg, inddrages visitationsudvalget således altid i forbindelse med visitation til døgnbehandling. Det gælder tilsvarende for 52 pct., når det handler om dagbehandling, og 34 pct., når det handler om ambulans behandling.

I 56 pct. af kommunerne tilhører den visitator, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling og er samtidig også placeret der. I 32 pct. af kommunerne tilhører den visitator, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk behandlingsstedet og er samtidig også placeret der. Endelig er der 10 pct.

af kommunerne, hvor den visitator, der har svaret på spørgeskemaet, organisatorisk tilhører den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling, men fysisk er placeret på behandlingsstedet.¹⁹

SAGSBEHANDLINGSPROCEDURER

I kapitel 4 så vi på visitatorernes sagsbehandlingsprocedurer i forbindelse med udredning, skriftlige planer og opfølgning samt udeblivelser og tilbagefald.

Når det gælder udredning viser spørgeskemaundersøgelsen, at de fleste visitatorer har mellem en og tre visitationssamtaler med hver enkelt bruger, før det beslutes, hvilken behandling vedkommende skal have. Samtalerne har en meget varierende sammenlagt længde fra en halv time til seks timer eller mere. Nogle brugere får derudover lavet en psykologisk eller psykiatrisk udredning, inden de visiteres – men det er de færreste. De fleste visitatorer skønner, at under en femtedel af brugere får lavet en sådan udredning.

Der er ifølge visitatorernes skøn relativt store forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvor stor en andel af brugerne, der har en social handleplan efter Servicelovens § 141. 16 pct. af visitatorerne skønner således, at det er under 10 pct. af brugerne, der har en social handleplan, mens der i den anden ende af skalaen er 14 pct., der skønner, at det er mellem 90 pct. og 100 pct. af brugerne, der har en social handleplan. Lidt flere brugere skønnes at have fået tilbudt en handleplan, end der er brugere, der har en handleplan, hvilket må betyde, at nogle brugere takker nej. Meningerne om kvaliteten af de sociale handleplaner er delte. 18

19. Det må understreges, at spørgeskemaundersøgelsen ikke viser, at der er et antal grundmodeller, som kommunerne kan opdeles i. Undersøgelsen giver et fingerpeg om, hvilke delaspekter der er mest udbredte, men siger ikke noget definitivt om, hvilken model hver enkelt kommune har valgt for visitationen. Undersøgelsen viser den organisatoriske og fysiske placering for de deltagende visitatorer – ikke kommuner – fordi de kommunale strukturer er for komplicerede til at afdækkes via et spørgeskema. I de 56 pct. af kommunerne, hvor visitatoren har svaret, at vedkommende både er organisatorisk og fysisk placeret i den kommunale forvaltning/myndighedsafdeling, kan der således være andre visitatorer, som visiterer parallelt med visitatoren eller visiterer andre grupper (fx kun yngre/ældre) eller til andre tilbud (fx ambulante tilbud). Visitationssystemerne varierer grundlæggende på en måde, som ikke fuldt ud kan indfanges via standardiserede spørgsmål i et spørgeskema (fordi parametrene er flerdimensionale), men kun kan illustreres vha. case-eksempler, hvorefter enkelte delaspekters udbredelse kan kortlægges via en spørgeskemaundersøgelse.

pct. mener, kvaliteten i høj grad er tilfredsstillende, 38 pct. mener, kvaliteten i nogen grad er tilfredsstillende, 13 pct. mener, at kvaliteten i mindre grad er tilfredsstillende, og endelig er der 8 pct., som slet ikke mener, at kvaliteten i de sociale handleplaner er tilfredsstillende. Med hensyn til fornyelse af handleplaner er visitatorerne mindre tilfredse: 56 pct. af visitatorerne vurderer, at de sociale handleplaner i nogen eller mindre grad fornyes med tilfredsstillende hyppighed. I de kvalitative interview beskriver nogle visitatorer, at der følges op på handleplaner ad hoc, mens andre visitatorer fortæller, at der er faste procedurer og intervaller for opfølgning på brugernes skriftlige planer for behandling.

Journalundersøgelsen, som analyseres i kapitel 7 og 8, indikerer, at mange stofmisbrugere slet ikke har en handleplan. Journalundersøgelsens resultater står i modstrid med de oplysninger, visitatorerne giver i spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview. I en direkte sammenligning kan det konstateres, at to af de visitatorer, som i spørgeskemaet skønner, at det er 90-100 pct. af kommunens brugere i stofmisbrugsbehandlingen, der har en handleplan, kommer fra kommuner, hvor journalundersøgelsen viser, at det reelt kun er henholdsvis 48 og 50 pct. af kommunernes brugere i stofmisbrugsbehandling, som har fået en handleplan inden for halvandet år (i journalundersøgelsen indgik henholdsvis 66 og 70 journaler udtrukket tilfældigt blandt de to kommuners brugere i stofmisbrugsbehandling). Enten *ved* visitatorerne ikke bedre, eller også ønsker de ikke at oplyse, hvor lav andelen af brugere med handleplaner er. Heller ikke i de kvalitative interview, giver visitatorerne udtryk for, at der er et problem med manglende handleplaner. Visitatorerne fortæller i de kvalitative interview, at nogle brugere takker nej og kan have svært ved at reflektere på det niveau, en handleplan kræver, men de fortæller ikke, at en stor del af brugerne slet ikke bliver tilbudt en social handleplan. Da interviewene med visitatorerne blev foretaget, vidste visitatorerne ikke, at de selv og deres kommune ville være anonyme i rapporten. Der er lovkrav omkring, at brugere skal tilbydes handleplaner. En årsag til, at visitatorerne ikke beskriver problemer med at leve op til dette lovkrav, kan være den manglende viden om anonymitet på interviewtidspunktet. Vi kan imidlertid kun gisne om årsagen til uoverensstemmelsen mellem visitatorernes skøn og journalundersøgelsens resultater angående forekomst af sociale handleplaner.

De fleste visitatorer oplever, at en del af brugerne udebliver fra deres aftaler. Procedurene i forhold til udeblivelser er forskellige: Nogle

visitatorer kontakter udeblevne brugere (65 pct.), andre gør ikke (27 pct.), nogle visitatorer udskrifter udeblevne brugere (52 pct.), andre gør ikke (34 pct.) osv. De kvalitative interview viser, at de forskellige procedurer hænger sammen med, at baggrunden for udeblivelser bliver tolket forskelligt. Nogle visitatorer tolker udeblivelser som et tegn på, at brugeren ikke ønsker behandling. På baggrund af denne tolkning er udskrivning en naturlig reaktion på udeblivelser. Andre visitatorer tolker udeblivelser som tegn på, at brugere kan være for ressourcetsvage til at møde op. På baggrund af den tolkning kan en reaktion være, at visitatorerne opsøger brugerne og gør det lettere for brugeren at opnå kontakt, fx ved at lade et værested danne rammen om kontakten.

REDSKABER OG SAMARBEJDSPARTNERE I SAGSBEHANDLINGSPROCESSEN

I kapitel 5 så vi på visitatorernes redskaber og samarbejdspartnere i sagsbehandlingsprocessen. Begge aspekter blev først belyst via spørgeskemaundersøgelsen og dernæst via de kvalitative interview med visitatorer.

Visitatorer bruger en række redskaber til at indsamle, dokumentere og holde styr på viden om dels brugeren og dennes behandlingsbehov, og dels behandlingstilbud. De fleste visitatorer (83 pct.) angiver, at de altid gennemfører bestemte procedurer i forbindelse med visitationen. De fleste fortæller, at det drejer sig om, at der i forbindelse med visitationen skal udfyldes et eller flere skemaer for brugeren. 31 pct. bruger fast et ASI-skema i forbindelse med visitationen, mens 38 pct. bruger andre, lokalt udviklede skemaer, der kan være mere eller mindre inspireret af ASI-skemaet.

Journalssystemet er et redskab, som både i spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview fremhæves som et afgørende vigtigt redskab i visitatorernes arbejde. 90 pct. af visitatorerne fortæller i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj eller meget høj grad anvender journalssystemet som en informationskilde i deres arbejde. I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at journalen er det afgørende redskab i forhold til at dokumentere og holde styr på den viden, man indsamler om brugeren, de aftaler, man indgår med brugeren, og de planer, man udarbejder for behandlingen. Visitatorerne lægger også vægt på, at journalerne skal sikre informationsudveksling mellem kollegaer og skal være så

opdaterede og detaljerede, at en ny behandler kan overtage en bruger i den oprindelige beholders fravær. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der i 4 ud af 5 tilfælde er tale om elektroniske journalsystemer, der kan have forskellige funktioner såsom påmindelse om fornyelse af handleplaner eller medicinpumpe tilkoblet (dvs. journalsystemet styrer og sikrer, at brugeren får den nyest ordinerede dosis udleveret). Spørgeskemaundersøgelsen viser dog også, at omkring hver femte visitator på stofmisbrugsområdet ikke har et elektronisk journalsystem.

Tilbudsportalen, en database under Servicestyrelsen, som indeholder en beskrivelse af alle behandlingstilbud, bruges kun i mindre grad af visitatorerne, viser både spørgeskemaundersøgelse og de kvalitative interview. Knap hver tredje visitator svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at de i høj eller nogen grad bruger Tilbudsportalen. I interviewene med visitatorerne, var det ikke alle, der kendte Tilbudsportalen eller fandt den anvendelig. De forklarede, at de i stedet bruger deres egne og kollegaers erfaringer med, hvilke behandlingstilbud der leverer en tilfredsstillende indsats.

En række andre databaser er tilgængelige for visitatorerne, herunder Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase, Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB) og DanRIS Døgn, som henholdsvis 42 pct., 26 pct. og 18 pct. af visitatorerne i høj eller nogen grad bruger som informationskilde i deres arbejde. De kvalitative interview viser, at når visitatorer oplever databaserne som nyttige i forbindelse med udredning og visitation, er det ofte som en slags huskeliste over, hvad man skal spørge brugerne om, og hvad man i øvrigt skal være opmærksom på (fx ventetid og behandlingsgaranti). De kvalitative interview viser dog også, at nogle visitatorer oplever, at de forskellige registreringer og udfyldelse af skemaer er tidskrævende og irrelevant for deres behandlingsarbejde. Visitatorerne forklarer, at de oplever det som en kontrol, og at de er bange for, at det skræmmer nogle brugere væk, fordi det tvinger dem til at besvare et langt spørgeskema vedrørende tunge, personlige problemer frem for at få hjælp og en personlig relation til en behandler som det første i behandlingsforløbet.

Stofbladet, Misbrugsnet og Sundhedsstyrelsens hjemmeside bliver i høj eller nogen grad brugt af henholdsvis 43 pct., 33 pct. og 30 pct. Alle tre medier kan bruges af visitatorer til at skaffe sig ny viden om forskning, behandling, resultater og projekter på området, men bliver altså brugt af under halvdelen af visitatorerne.

Et andet redskab for visitatorer kan være sociale handleplaner, der kan bruges som redskab til at strukturere og målrette behandlingsforløbene samt ikke mindst bruges som redskab til at koordinere stofmisbrugsbehandlingen med de øvrige indsatser omkring brugeren. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at det kun er hver femte visitator, der som en *fast procedure*, udarbejder en skriftlig plan for brugeren i forbindelse med visitationen, men 56 pct. af visitatorerne i spørgeskemaundersøgelsen udarbejder i nogle tilfælde sociale handleplaner. Når visitatorerne udarbejder handleplaner inddrager 70 pct. af dem altid eller oftest sagsbehandlere fra andre kommunale områder, fx fra beskæftigelsesområdet, socialområdet eller familieområdet. Det tyder på, at *når* visitatorerne udarbejder sociale handleplaner, så er det ofte fordi, den bliver brugt som et redskab til koordination – men det er altså langt fra alle visitatorer, der udarbejder sociale handleplaner.

Samarbejdspartnere kan også inddrages på anden vis end i forbindelse med handleplaner, og spørgeskemaundersøgelsen viser, at visitatorer i høj grad inddrager jobcentre og socialafdelinger, og i lidt mindre grad psykiatri og kriminalforsorg. I forbindelse med planlægning af behandling inddrager omkring 8 ud af 10 visitatorer altid eller oftest jobcentret og socialafdelingen, og godt halvdelen inddrager altid eller oftest psykiatrien og Kriminalforsorgen – hvis altså brugeren har aktuelle problemer inden for disse områder. I forbindelse med afslutningen af brugernes behandling bliver disse samarbejdspartnere i endnu højere grad inddraget. Jobcentret og socialafdelingen bliver altid eller oftest inddraget af henholdsvis 95 pct. og 88 pct. af visitatorerne, hvis brugerne har problemer på disse områder, mens psykiatrien og Kriminalforsorgen altid eller oftest bliver inddraget af henholdsvis 61 pct. og 64 pct.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen vurderer de fleste visitatorer (henholdsvis 73 pct. og 72 pct.), at samarbejdet med jobcentre og socialafdelingen fungerer godt eller meget godt. 55 pct. vurderer, at samarbejdet med Kriminalforsorgen fungerer godt eller meget godt, mens 40 pct. vurderer, at samarbejdet med psykiatrien fungerer godt eller meget godt. 24 pct. af visitatorerne vurderer, at samarbejdet med psykiatrien er dårligt eller meget dårligt.

I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at samarbejdet med de andre kommunale afdelinger er meget vigtigt, fordi brugernes problemer er sammensatte, og der derfor er mange forskellige aktører på banen, som skal koordinere deres indsatser. De fortæller, at hver enkelt

bruger kan have mange kommunale sagsbehandlere samt behandlere, og det kan være svært for både visitator, (sags)behandlere og brugere at vide helt præcist, hvem der gør hvad. Visitatorerne er afhængige af samarbejdspartnere, fordi man ikke kan gennemføre stofmisbrugsbehandlingen, hvis der ikke også bliver taget hånd om de andre problemer, en bruger måtte have. ”Man kan ikke lave behandling på én, der ligger og sover i en trappeopgang,” som en visitator siger. Denne afhængighed er en kilde til frustration for nogle visitatorer, fx når de er afhængige af, at andre kommunale afdelinger skal bevilge en støtte- og kontaktperson. Visitatoren kan vurdere, at brugeren har behov for en støtte- og kontaktperson og skrive det ind i behandlingsplanen, men hvis hun ikke har visitationskompetencen, må hun indstille via et andet system, der ikke har behandlingsplanen som udgangspunkt.

Frustrationen kan også opstå i forbindelse med jobcentrets krav og jobplaner, som, nogle visitatorer oplever, kan være i modstrid med stofmisbrugsbehandlingen.

Et problem, som flere visitatorer beskriver, er, at det simpelthen kan være svært at finde ud af, hvilken sagsbehandler en bruger har i en anden del af det kommunale system.

Visitatorernes beskrivelse af udfordringer i samarbejdet og deres forslag til løsninger er dog generelt ikke enslydende. Nogle visitatorer mener fx, at det ville være nemmere, hvis de stod for flere aspekter af indsatsen over for brugerne, mens andre ser fordele i specialiseringer og opsplitninger i fx økonomi, familie, job og behandling. Et par visitatorer foreslår en mellemting, nemlig, at de sagsbehandlere, der sidder med fx det sociale område udstationeres på behandlingsstederne, så samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og dette område bliver lettere.

I de kvalitative interview beskrives samarbejdet med Kriminalforsorgen gennemgående som godt. Behandlingsstederne overtager planmæssigt behandlinger påbegyndt i fængslerne, og det hører til undtagelserne, at der pludselig dukker en bruger op, der er løsladt, uden hverken bolig, kontanthjælp eller behandling er på plads. En udfordring er dog, at behandlingsstedet kan blive i tvivl om brugeres reelle motivation, når behandlingsønsket kommer fra en bruger i Kriminalforsorgens regi – fx hvis behandlingen bliver gjort til et vilkår for en brugers løsladelse. Det hænger sammen med de fundamentalt forskellige vilkår for de to systemer: Behandlingssystemet, der er baseret på frivillighedsprincippet, og Kriminalforsorgen, der er baseret på et domssystem.

I forhold til psykiatrien fortæller visitatorerne om en del samarbejdsproblemer. Det drejer sig altovervejende om, at stofmisbrugere bliver afvist af psykiatrien og samtidig ikke kan rummes i stofmisbrugsbehandlingen. Disse problemer er blevet beskrevet igennem flere årtier (fx Brandt, 1987a 1987b; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Jakobsen et.al., 2008). De samme problemer er også tidligere beskrevet af behandlingsledere i denne undersøgelses delrapport 3 og af myndigheds personer i kommunerne i delrapport 4. Visitatorerne tilføjer ikke meget nyt, men giver udtryk for samme oplevelse af problemet. Det skal dog siges, at enkelte visitatorer beskriver et godt samarbejde med psykiatrien baseret på faste samarbejdsaftaler om, hvem der gør hvad.

I forhold til døgnbehandlingsstederne viser spørgeskemaundersøgelsen, at halvdelen af kommunerne altid eller oftest besøger døgnbehandlingssteder forud for igangsættelse af specifikke behandlingsforløb, når der er tale om døgnbehandlingssteder, man allerede *har* et samarbejde med, mens 3 ud af 4 visitatorer altid eller oftest besøger døgnbehandlingssteder forud for igangsættelse af specifikke behandlingsforløb, når der er tale om døgnbehandlingssteder, man *ikke* allerede har et samarbejde med. I 59 pct. af kommunerne kommer brugerne altid eller oftest på et forbesøg, inden de skal påbegynde en døgnbehandling. De fleste kommuner besøger i øvrigt rutinemæssigt brugere i døgnbehandling minimum hver tredje måned.

I de kvalitative interview forklarer visitatorerne, at der er en række fordele forbundet med, at have faste samarbejdspartnere blandt døgnbehandlingsstederne. Det gør, at samarbejdet bliver tættere, visitatorerne kan stille krav og få smidige, individuelle løsninger, fx særligt tilrettede behandlingsforløb. Der opbygges også en tillid til, at døgnbehandlingsstederne ikke søger om forlængelse af døgnbehandlingen af økonomiske frem for behandlingsmæssige incitamenter. Man 'belønner' de døgnbehandlingssteder, som man har været tilfreds med, ved at bruge dem igen og anbefale dem til kollegaer. Der beskrives ikke mange samarbejdsproblemer med døgnbehandlingsstederne i de kvalitative interview – måske fordi visitatorer har mulighed for at fravælge de døgnbehandlingssteder, som de eller kollegaer har dårlige erfaringer med.

MÅLSÆTNINGER OG BRUGERINDDRAGELSE

I kapitel 6 rettede vi blikket mod visitatorernes praksis og holdninger i forhold til målsætninger og brugerinddragelse, herunder frit valg.

Stofmisbrugsbehandling har ikke altid stoffrihed som målsætning. Servicestyrelsen skelner mellem målsætninger om stoffrihed, stofreduktion og stabilisering. Spørgeskemaundersøgelsen blandt visitatorer viser, at det er meget forskelligt, hvor stor en andel af de *opiat*misbrugere visitatorer visiterer til behandling, der har stoffrihed som målsætning. Nogle visitatorer visiterer næsten ingen opiatmisbrugere til behandlingsforløb med stoffrihed som målsætning, mens andre visitatorer næsten udelukkende visiterer opiatmisbrugere med stoffrihed som målsætning. Det kan for det første skyldes, at visitatorerne sidder forskellige steder i behandlingssystemerne og fx overvejende visiterer brugere til stoffri døgnbehandling, det kan for det andet skyldes, at visitatorer har forskellige holdninger til, om stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling, og at denne holdning smitter af på deres visitationspraksis og det kan for det tredje skyldes, at der er forskelle på brugere (deres ønsker, belastningsgrad mv.) fra kommune til kommune. Der er indikationer i spørgeskemaundersøgelsen på, at de to førstnævnte forklaringer spiller en rolle, mens det ikke er muligt at teste forklaringskraften i den sidstnævnte hypotese. Når det kommer til misbrugere af *centralstimulanser* og *hash*misbrugere tegner spørgeskemaundersøgelsen et mere ensartet billede: De fleste visitatorer visiterer majoriteten af centralstimulans- og hashmisbrugere til behandlingsforløb, hvor stoffrihed er målsætningen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at holdningerne til stoffrihed som målsætning er delte blandt visitatorerne. 31 pct. mener, at stoffrihed *bør* være målsætningen for *alle* misbrugere i behandling, mens 43 pct. er uenige. 40 pct. mener, at alle eller de fleste misbrugere *kan* blive stoffri, hvis de får det rigtige tilbud, mens 19 pct. er uenige. Til gengæld er de fleste (63 pct.) enige i, at for mange brugere får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats. De kvalitative interview afspejler samme holdninger. Som det fremgår af kapitlet er spørgsmålet om stoffrihed som målsætning et komplekst emne. I praksis beskriver alle visitatorer, at der er brugere med og brugere uden en målsætning om stoffrihed, men flere visitatorer giver udtryk for en skepsis i forhold til, at man fra behandlingssystemets side ikke gør mere for, at

brugere i substitutionsbehandling får eller fastholder en målsætning om stoffrihed. Samtidig giver de udtryk for, at det ikke er realistisk for alle at blive stoffri. Det betyder, at behandlingssystemet skal balancere mellem en accept af, at stoffrihed ikke er realistisk for alle og en samtidig fastholdelse af muligheden for, at brugere i længerevarende substitutionsbehandling kan få støtte til at blive stoffri. Det er en udfordring – måske særligt i de behandlingssystemer, der har specialiserede tilbud til de brugere, der ikke har en målsætning om stoffrihed, da der disse steder ikke nødvendigvis er et beredskab klart, hvis en bruger alligevel ønsker en målsætning om stoffrihed på et tidspunkt i sit forløb.

I spørgeskemaundersøgelsen giver visitatorerne udtryk for, at brugerne har en tilpas indflydelse på deres egen behandling, at de i høj grad har indflydelse på formålet med deres egen behandling og i høj eller nogen grad har indflydelse på intensiteten af deres behandling. Visitatorerne fortæller også, at de oftest eller altid orienterer brugere om deres muligheder for frit valg.

I de kvalitative interview kommer visitatorerne dog ind på en række forhold, der i praksis begrænser brugernes indflydelse og mulighed for frit valg. For det første kan brugernes manglende ressourcer gøre det svært at inddrage dem, fortæller visitatorerne. Hvis brugerne ikke møder op til behandlingssamtalerne, hvis de ikke kan reflektere over deres situation og ønsker, hvis de taler dårligt dansk eller har svært ved at formulere sig, finder mange behandlere det svært at inddrage dem i tilrettelæggelsen af behandlingen. For det andet ved brugerne ikke altid, hvilket behandlingstilbud, der vil være bedst for dem, hvorfor brugerens indflydelse og ret frit valg må begrænses på baggrund af visitatorens faglige vurdering. Det gælder fx hvis brugeren ønsker et behandlingstilbud, som behandleren finder uhensigtsmæssigt. For det tredje begrænses brugerens muligheder for frit valg af behandlingstilbud af det faktum, at det ikke er sikkert, at der findes alternative behandlingstilbud i brugerens område – og hvis der er, så er det ikke sikkert, der er plads. Det gælder særligt for ambulante behandling. For det fjerde påpeger nogle visitatorer, at det ikke er sikkert, at brugeren både er informeret om og har forstået sin ret til frit valg (trods brugerne egentlig skal oplyses herom).

En meget konkret og håndgribelig måde, visitatorer kan gøre brugere opmærksom på muligheden for frit valg, er ved at give dem konkrete valgmuligheder i forbindelse med visitationen. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det meget forskelligt, hvorvidt visitatorerne har

denne praksis. 32 pct. af visitatorerne giver således de færreste brugere (0-19 pct.) valgmuligheder, mens 20 pct. af visitatorerne giver langt de fleste brugere (80-100 pct.) mere end et sted at vælge imellem. Indtrykket er, at når brugere orienteres om frit valg og får flere behandlingssteder at vælge mellem, er det oftest i forhold til døgnbehandling. I forhold til ambulante behandlingstilbud vil udfører-kommuner gerne bruge deres egne tilbud, mens bestiller-kommuner typisk har en fast samarbejdsaftale med én leverandør, hvorfor det er dennes behandlingssted, brugeren får tilbudt. Frit valg ser således ud til at have størst betydning i forhold til døgnbehandling og mindst i forhold til ambulante behandling.

BEHANDLING AF BRUGERNES ØNSKER IFØLGE JOURNALUNDERSØGELSE

Kapitel 7 indledte vi med en karakteristik af brugerne på de seks behandlingssteder, der indgår i journalundersøgelsen. I alt er 470 brugeres journaler udtrukket tilfældigt. De er derefter læst og forskellige oplysninger vedrørende brugerne og deres behandling er registreret. 26 pct. af brugerne er kvinder, de fleste er mellem 21 og 50 år, de fleste har ikke uddannelse udover folkeskolen, og hovedparten er på kontanthjælp eller førtidspension. 11 pct. har ikke dansk statsborgerskab eller har indvandrerbaggrund, og 14 pct. er hjemløse. Af de udtrukne journaler er 72 pct. opiatmisbrugere, og 28 pct. er ikke-opiatmisbrugere.

Ifølge journalerne har halvdelen af brugerne i behandling på de seks behandlingssteder en målsætning om at blive stoffri. Denne målsætning gælder for 36 pct. af opiatmisbrugere og for 92 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiater. Fordelt på behandlingssteder viser der sig markante forskelle på, hvilken målsætning brugerne har. På ét behandlingssted er der for opiatmisbrugernes vedkommende 58 pct. med en målsætning om stoffrihed, mens der på et andet behandlingssted blot er 17 pct. med denne målsætning.

Der er i undersøgelsen blevet indhentet oplysninger om, hvilke ønsker brugerne har fremsat over for deres behandlingssted, og i hvilken grad der er blevet fulgt op på disse. Af de 470 brugere, hvis journal er blevet gennemgået, er der 27 pct., som har ønsket en døgnbehandling. Det dækker over 28 pct. af opiatmisbrugere og 25 pct. af misbrugere af andre stoffer end opiater. I alt foreligger der 209 ønsker om døgnbe-

handling, og ved 60 pct. af ønskerne er det ønskede ophold blevet bevilget. Ved 7 pct. af ønskerne er der givet et erstattende tilbud.

Når det gælder sagsbehandlingstiden for ønskerne, viser det sig, at 10 pct. af ønskerne bliver behandlet i løbet af den første uge. I alt er 8 pct. af døgnbehandlingsønskerne først blevet færdigbehandlet efter ca. tre måneder, og 10 pct. af ønskerne har haft en sagsbehandlingstid på over tre måneder.

Udover døgnbehandling har brugerne også ønsket andre behandlingstilbud. Det drejer sig især om substitutionsunderstøttet ambulantly behandling eller dagbehandling, samtale med psykolog, samtale med andre fra behandlingssystemet og stoffri ambulantly behandling eller dagbehandling. I alt er der i den undersøgte periode blevet fremsat 392 ønsker fra de 470 brugerne i behandling – udover ønsker om døgnbehandling. Af disse er omkring tre fjerdedele (74 pct.) af ønskerne blevet opfyldt i en eller anden grad. I halvdelen af tilfældene (51 pct.) har sagsbehandlingstiden ligget på omkring en uge. I knap hver tiende tilfælde (8 pct.) har der været en sagsbehandlingstid på tre måneder eller derover.

ANTAL JOURNALFØRTE KONTAKTER OG HANDLEPLANER

I kapitel 8 fremgår det, hvor mange journalførte kontakter/samtaler brugeren har haft med behandlere, fx pædagog, socialrådgiver, læge, sygeplejerske, psykolog, medicinudleverer eller andre personer tilknyttet behandlingssystemet. Tillige fremgår det, hvad indholdet i kontakten/samtalen har været.

Ifølge journalerne er der en femtedel af brugerne (20 pct.), som ingen kontakter har haft inden for en halvårsperiode, 25 pct. har haft 1-3 kontakter, 26 pct. har haft 4-7 kontakter, og 22 pct. af brugerne har haft 8 kontakter eller derover. I alt befinder 7 pct. af brugernes sig i dag- eller døgnbehandling.

Fordelt på stoftype peger undersøgelsen på, at det i højere grad er opiatmisbrugere end misbrugere af andre stoffer end opiater, som ingen kontakt har haft til behandlingssystemet inden for en halvårsperiode. Når disse resultater sammenholdes med Servicestyrelsens definitioner på behandlingsintensiteter i den sociale stofmisbrugsbehandling, ses det, at 9 pct. modtager ambulantly behandling, dvs. minimum 12 kontakter

(ydelse) over seks måneder, 63 pct. bliver tilbudt ad hoc-kontakt, dvs. har kontakt med behandlingssystemet sjældnere end hver 14. dag.

Det er kendetegnende for de kontakter/samtaler brugeren har haft med deres behandler, at indholdet i disse samtaler fortrinsvis har drejet sig om brugerens behandlingsmuligheder, dvs. brugerens nuværende behandlingsform eller ønsker i forhold til fremtidig behandling – fx samtaler om, hvorvidt den behandling, brugeren modtager aktuelt, er den mest hensigtsmæssige (64 pct.). Herefter er der flest kontakter (ofte med en læge), der berører den medicinske behandling (52 pct.), dvs. samtaler om ordinationer, bivirkninger, dosis, medicinskift og lignende.

Derefter kommer psykiske problemer (42 pct.), sociale problemer (41 pct.) og somatiske problemer (40 pct.). Årsagen/baggrunden for brugerens (fortsatte) stofmisbrug, fx samtaler om selve afhængigheden og tilgrundliggende problemstillinger, er blevet omtalt i 40 pct. af brugernes sager. Endvidere er brugerens holdning til stoffer, fx fordele og ulemper ved stofferne, nydelse og nødvendigheden af stofferne, blevet berørt i 36 pct. af journalerne. Forhold angående socialt netværk drøftes i 35 pct. af brugernes journaler. Uddannelse og beskæftigelse er et tema, som har været behandlet i omkring en tredjedel af journalerne (35 pct.), dvs. både samtaler om muligheder, planer og ønsker for nuværende såvel som fremtidig uddannelse eller beskæftigelses.

Undersøgelsen har også givet et indblik i forekomsten af journalførte handleplaner. Her viser det sig, at selvom brugeren har været indskrevet i behandling over en længere periode, har han/hun ikke nødvendigvis flere handleplaner. Hvor der hos 51 pct. af brugerne, som har været indskrevet i behandling i højst tre år, er journalført mindst én handleplan, gælder det for 19 pct.'s vedkommende for de brugere, som har været i indskrevet i behandling i over tre år.

Opdelt på stoftype peger undersøgelsen på, at der er flere opiatmisbrugere, som ingen sociale handleplaner har, i forhold til misbrugere af andre stoffer end opiater. Ligeledes ses der en forskel, hvad angår behandlingssteder; fx er der ét behandlingssted, hvor 94 pct. af brugerne ingen social handleplan har, mod et andet behandlingssted, hvor det kun er tilfældet for 37 pct.'s vedkommende.

LITTERATUR

- Andersen D. & Järvinen M.: (2009) *Skadesreduktion i praksis. Behandlingsstilbud til opiatmisbrugere i København*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Andersen, D. (2007): *Stofmisbrugeres behandlingsansvar – Personlige målsætninger i en institutionel kontekst*. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter.
- Andreasen, J. (2002): Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal være psykiatriens. I: *Ugeskrift for læger*. København: 164, 51, 6104.
- Asmussen, V. & Jöhncke, S. (2004): *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag
- Asmussen, V. & Kolind, T. (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Bjerger, B. & Selmer, B (2007): *Det sociale arbejdes daglige praksis - Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Brandt, P. (1987a): Hjemløshed og psykisk lidelse. I: *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. Oslo: Universitetsforlaget, vol.41, nr.4, s. 295-301.
- Brandt, P. (1987b): Hjemløse psykiatriske 'svingdørspatienter'. I: *Ugeskrift for læger*. København: 149/31.

- Christensen, H.B. (2002): Alkoholbehandling og ASI. Om at integrere et struktureret interviewkema (ASI) i behandlingsplanlægning og dokumentation af alkoholbehandling i Århus Amt. I: Mahs, B. M. (red.): *Jeg har planer, eller har jeg?* København: FOKUS. 2. udgave, s. 61-68.
- Grytnes, R., Villumsen, S. & Pedersen, M.U. (2002): *Væresteder for stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere i Danmark*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jakobsen, F., Lindstad, J. K., Malmgren, M. & Hansen, F.K. (2008): *Stofmisbrugere i kommunerne -muligheder og barrierer efter kommunalreformen*. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Kolind, T. (2005): Hvad lægger brugerne vægt på i behandlingen? I: *Stof – tidsskrift for stofmisbrugsområdet*. København: Center for Rusmiddelforskning, vol. 5.
- Københavns Kommune (2006a): *Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrug 2006-2008*. København: Socialforvaltningen, Københavns Kommune.
- Københavns kommune (2006b): *Misbrug, hjemløse og bolig*. København: Københavns Kommune, Socialforvaltningen, 1. kvartal 2006.
- Lindgaard, H (2004): *Projekt 'Afhængighed og relationer'*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Petersen, N. B. (2000): Udvalgelse af narkomaner til behandling for stofmisbrug. I: *Stof. Narkotikarådets fagblad på stofmisbrugsområdet*.
- Sundhedsministeriet (2003): Regeringens psykiatriaftale med de kommunale parter for perioden 2003-2006. København: Sundhedsministeriet.
- Vejledning nr. 4 til Serviceloven (VEJ nr. 95 af 05/12 2006) kan ses her: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20733
- Vejledning nr. 7 til Serviceloven (VEJ nr. 98 af 05/12 2006) kan ses her: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20736
- Winter, S. (2004): Det kommunale råderum – kvalitet, effektivitet og forskellighed i velfærdsydelse. I: *Social forskning*, januar 2004, s. 73-79.

BILAG 1: RAPPORTER I SERIEN

- 09:13 Den sociale stofmisbrugsbehandling. De frivillige organisationers perspektiv Delrapport 1.
- 09:14 Den sociale stofmisbrugsbehandling. Brugernes og de pårørendes perspektiv. Delrapport 2.
- 09:15 Den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud og metoder. Delrapport 3.
- 09:16 Den sociale stofmisbrugsbehandling. Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder. Delrapport 4.
- 09:17 Den sociale stofmisbrugsbehandling. Visitation og sagsbehandling. Delrapport 5.
- 09:18 Den sociale stofmisbrugsbehandling. Resultater af behandlingen. Delrapport 6.
- 09:19 Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport.

BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL VISITATORER

OBS: Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk og ikke i nedenstående papirform.

Den første del af spørgeskemaet handler om, hvordan visitationen til stofmisbrugsbehandlingen foregår i jeres kommune. - - - Hvilke af følgende funktioner varetages af medarbejdere i din kommune på stofmisbrugsområdet? - - Mulighed for flere svar.

- Visitation til ambulansbehandling
 - Visitation til døgnbehandling
 - Deltagelse i visitationsudvalg
 - Deltagelse i visitation på anden vis
-
- Al visitation varetages af anden kommune via samarbejdsaftale
 - Ved ikke

Kommentarer:

Hvem har kommunen samarbejdsaftale om visitation med?

Notér

Har kommunen et visitationsudvalg eller deltager kommunen i et sådant?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor ofte mødes visitationsudvalget typisk?

- Hver uge
- Hver 2. uge
- Hver 3. uge
- Hver 4. uge
- Hver 5. uge
- Hver 6. uge
- Hver 7. uge
- Hver 8. uge eller sjældnere

- Andet

- Ved ikke

Hvilke af følgende grupper er repræsenteret i visitationsudvalget? - - Mulighed for flere svar.

- Visitor/ sagsbehandlere, hvis job primært består i at visitere borgere til stofmisbrugsbehandling
- Behandlere fra stofmisbrugsbehandlingen
- Ledere fra stofmisbrugsbehandlingen
- Sagsbehandlere fra andre kommunale afdelinger
- Politikere
- Læger
- Andre

- Ved ikke

Bliver visitationsudvalget inddraget i forbindelse med visitation til:

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Døgnbehandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dagbehandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulant behandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du har yderligere bemærkninger til visitationsudvalgets opgaver, kan du notere dem i denne tekstboks.

Kommentar:

Hvad er din stillingsbetegnelse?

Notér:

Hvilke funktioner varetager du i din stilling?

- Visitation til ambulat behandling
 - Visitation til døgnbehandling
 - Deltager i visitationsudvalg
 - Kontaktperson for brugere i ekstern behandling
 - Behandling af brugere
 - Udredning/ afklaringsarbejde inden visitation
 - Andet
-
- Ved ikke

En visitator kan være en del af myndighedsafdelingen af kommunen, selvom vedkommende fysisk sidder på behandlingsstedet. Jeg vil her bede dig skelne mellem hvilken organisatorisk enhed, du tilhører, og hvor du rent fysisk er placeret.

	Den kommunale forvaltning/ myndighedsafdeling	Behandlingsstedet	Andet	Ved ikke
Hvilken af følgende enheder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

tilhører du organisatorisk?				
Hvor er du fysisk placeret?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor mange brugere vil du skønne, at du har visiteret til stofmisbrugsbehandling i 2008?

- 0-9
- 10-19
- 20-39
- 40-59
- 60-79
- 80-99
- 100 eller flere
- Ved ikke

Foretager du udredning af brugerens behandlingsbehov, inden du visiterer til behandling, eller er det en anden der gør det?

- Foretager selv udredning
- En anden foretager udredning
- Ved ikke

Hvor stor en del af de brugere, som du visiterer til behandling, mødes du med i forbindelse med visitationen?

- Alle
- De fleste

- Nogle
- Få
- Ingen
- Ved ikke

I hvilke tilfælde mødes du med brugeren?

Notér:

Hvor mange timers samtaler gennemfører du gennemsnitligt med brugeren inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have? - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 1/2
- 1
- 1½
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 eller flere timers samtaler
- Ved ikke

Hvor mange samtaler gennemfører du gennemsnitligt med brugeren inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 1
- 2

- 3
- 4
- 5
- 6 eller flere
- Ved ikke

Hvor stor en procentdel af de brugere, som du visiterer, vil du skønne, udebliver fra en eller flere samtaler i visitationsprocessen? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Kontakter du brugere, som ikke møder op til en visitationssamtale? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvordan kontaktes brugeren? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er ano-

nym

- Brev
 - Opringning
 - SMS
 - E-mail
 - Brugeren opsøges personligt af visitator
 - Brugeren opsøges personligt af udegående personale (ex. SKP)
 - Andet
-

Udskrives brugeren , hvis vedkommende ikke møder op til et antal samtaler i visitationsprocessen? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange på hinanden følgende gange skal en bruger ikke have mødt op til en samtale i forbindelse med visitation til behandling før vedkommende udskrives? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

Antal:

Orienterer du brugerne om deres muligheder for frit valg i forbindelse med visitation til behandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Altid
- Oftest
- Nogle gange
- Sjældent

- Aldrig
- Ved ikke

Er der faste procedurer, skemaer eller lignende, som gennemføres i forbindelse med visitation (ex. ASI-skema)? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Ved ikke
- Nej

Hvilke procedurer er det? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

Notér:

For hvor stor en procentdel af de brugere, du visiterer, vil du skønne, at der bliver lavet en psykiatrisk/ psykologisk udredning inden det besluttes, hvilken behandling vedkommende skal have? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.

- 90-100 pct.
- Ved ikke

Har kommunen et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilket elektronisk journalsystem har kommunen?

Notér:

I hvor høj grad anvender du følgende informationskilder i dit arbejde?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Journalsystemet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudsportalen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase (DanRIS Ambulant og den tidl. VBGS-database)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DanRIS Døgn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sundhedsstyrelsens hjemmeside	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STOF-bladet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Misbrugsnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Udarbejder du sociale handleplaner for brugere i stofmisbrugsbehandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Når du udarbejder sociale handleplaner for brugere i stofmisbrugsbehandling, hvor ofte inddrages sagsbehandlere fra andre kommunale områder i processen? - (fx. sagsbehandlere fra beskæftigelsesområdet, socialområdet eller familieområdet) - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Altid
- Oftest
- Nogle gange
- Sjældent
- Aldrig
- Ved ikke

Efter dit skøn, hvor stor en del af brugerne i stofmisbrugsbehandling fra din kommune HAR en social handleplan efter Servicelovens §141? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.

- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Efter dit skøn, hvor stor en del af kommunens brugere i stofmisbrugsbehandling er blevet TILBUDT en social handleplan efter Servicelovens §141? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad er kvaliteten af de sociale handleplaner tilfredsstillende efter din vurdering? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke

Ved ikke

I hvor høj grad fornys de sociale handleplaner med en tilfredsstillende hyppighed efter din vurdering? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Bliver følgende samarbejdspartnere inddraget i forbindelse med, at brugerens stofmisbrugsbehandling planlægges, hvis brugeren har problemer indenfor deres område?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Jobcentret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialafdelingen i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor godt eller dårligt oplever du, at samarbejdet mellem visitationen til stofmisbrugsbehandling og følgende samarbejdspartnere fungerer?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke

Jobcenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialafdelingen i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De følgende spørgsmål handler om, hvilke typer behandling brugere visiteres til, og hvilken indflydelse de har på dette. - - For hvor stor en procentdel af de OPI-ATMISBRUGERE, du visiterer til behandling, vil du skønne at målsætningen med behandlingen er stoffrihed? - Vejledning: Med stoffrihed menes, at brugen hverken tager illegale rusmidler eller substitutionsmedicin. - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

For hvor stor en procentdel af de brugere, du visiterer til behandling, som har CENTRALSTIMULERENDE STOFFER som hovedmisbrugsproblem, vil du skønne, at formålet med behandling er stoffrihed? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.

- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

For hvor stor en procentdel af de brugere, du visiterer til behandling, der har HASH som hovedmisbrugsproblem, vil du skønne, at formålet med behandling er stoffrihed? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvor stor en procentdel af de brugere, du visiterer til behandling, vil du skønne har fået mere end et behandlingssted at vælge imellem? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.

- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad har kommunens brugere indflydelse på FORMÅLET med deres behandling - fx om de skal blive stoffri, reducere deres forbrug eller skal stabiliseres? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ved ikke - varetager ikke selv afklaring

I hvor høj grad har kommunens brugere indflydelse på INTENSITETEN af deres behandling, fx om de skal have ambulant eller døgnbehandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke
- Ved ikke - varetager ikke afklaring

Mener du, at kommunens brugere ideelt set burde have mere eller mindre indflydelse på deres behandling, eller er det tilpas som det er nu? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Mere indflydelse
- Tilpas indflydelse
- Mindre indflydelse
- Ved ikke

Fastsættes det i forbindelse med visitationen, hvor ofte brugere i ambulans behandling skal have behandlingsydelser såsom samtaler eller gruppebehandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Nu kommer der en række spørgsmål om visitation til døgnbehandling. - - - Hvor mange døgnbehandlingssteder vil du skønne, at kommunen har anvendt i 2008?

Ca. antal:

Nedenfor er en række spørgsmål, som handler om forbesøg i forbindelse med visitation til døgnbehandling

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Besøger en medarbejder private døgnbehandlings-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

steder, som kommunen allerede har et samarbejde med, inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet?						
Besøger en medarbejder private døgnbehandlingssteder, som kommunen IKKE allerede har et samarbejde med, inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besøger brugere private døgnbehandlingssteder inden et behandlingsforløb igangsættes på behandlingsstedet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besøges private døgnbehandlingssteder, som kommunen allerede har et samarbejde med, af en medarbejder regelmæssigt, fx hver 6. måned? - Vejledning: Her kan både være tale om en medarbejder fra kommunen selv eller en kommune, som I har en samarbejdsaftale med. - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

Ja, ca. hver:

Nej

Ved ikke

Hvor ofte er brugerens kommunale kontaktperson gennemsnitligt i kontakt med brugeren, mens vedkommende er indskrevet i døgnbehandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Flere gange om måneden
- Hver måned
- Hver 2. måned
- Hver 3. måned
- Hver 4. måned eller sjældnere
- Ved ikke

Kommentar:

Anvender du information om det enkelte behandlingssteds gennemførselsprocent for specifikke brugergrupper, når du visiterer til døgnbehandling? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- Altid
- Oftest
- Nogle gange
- Sjældent
- Aldrig
- Ved ikke

Visiterer ikke brugere til døgnbehandling

Er der nogle behandlingstilbud til brugere fra din kommune, som har afsluttet døgnbehandling?

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Nu kommer der nogle spørgsmål om din opfattelse af kvaliteten af stofmisbrugsbehandlingen.

Vejledning: Med stoffrihed menes, at brugeren hverken tager illegale rusmidler eller substitutionsmedicin.

Har du indtryk af, at der generelt er for mange eller for få brugere som får tilbudt stoffri behandling i din kommune blandt:

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Alt for mange får tilbudt stoffri behandling	Lidt for mange får tilbudt stoffri behandling	Et tilpas antal brugere får tilbudt stoffri behandling	Lidt for få brugere får tilbudt stoffri behandling	Alt for få brugere får tilbudt stoffri behandling	Ved ikke
Misbrugere med opiater som hovedmisbrugsproble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Misbrugere med centralstimulerende stoffer som hovedmis-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

brugspro- blem						
Misbrugere med hash som ho- vedmis- brugspro- blem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Helt enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ved ikke
Alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffri døgnehåndling skader ofte fysisk og psykisk svage brugere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroinafhængighed er i de fleste tilfælde en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvor høj grad anvender du følgende metoder til at få information om KVALITETEN af de tilbud du visiterer til?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Læser om tilbud på Tilbudsportalen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Læser om tilbud på DanRIS Døgn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anvender faste behandlingstilbud, som du kender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besøger behandlingstilbudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du benytter andre metoder til at få information om kvaliteten af de tilbud, du visiterer til, kan du notere dem her.

Notér:

Har kommunen en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Er kvalitetsstandarden godkendt af kommunalbestyrelsen i din kommune?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

I hvor høj grad anvender du kvalitetsstandarden i dit daglige arbejde? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad stemmer kvalitetsstandarden/standarderne overens med din personlige opfattelse af kvalitet i behandling af stofmisbrug? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad lever den sociale stofmisbrugsbehandling kommunen tilbyder op til beskrivelserne i kvalitetsstandarden? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad

- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad lever sagsbehandlingsprocessen op til beskrivelserne i kvalitetsstandarden? - - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Den sidste del af spørgeskemaet handler om, hvilke typer behandling kommunen tilbyder stofmisbrugere. Du vil her blive spurgt, om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling og om kommunen køber stofmisbrugsbehandlingsydelser ved andre kommunale, regionale, private eller andre leverandører. - - OBS. Dine besvarelser i resten af spørgeskemaet er ikke anonyme. - - - Udfører kommunen selv stofmisbrugsbehandling, eller bliver denne ydelse udelukkende varetaget af eksterne aktører?

- Kommunen udfører selv stofmisbrugsbehandling
- Kommunen udfører IKKE selv stofmisbrugsbehandling
- Ved ikke

Hvilke typer behandling udfører kommunen selv?

- Ambulante samtaler
- Dagbehandling (behandling 3-5 gange om ugen)
- Døgnbehandling
- Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud udfører kommunen selv?

- Substitutionsbehandling
 - Udredning/afklaringsforløb
 - Individuelle samtaler med psykolog/ psykiater
 - Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale (fx læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
 - Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
 - Gruppebehandling
 - Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje, prævention og vaccinationer
 - Værested/café
 - Afrusning/afgiftning
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Hvor mange af kommunens brugere vil du skønne modtager stofmisbrugsbehandling fra kommunen selv?

Ca. antal:

Hvem foretager visitationen til stofmisbrugsbehandling i kommunens eget regi? -
- Vejledning: Med visitatorer menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling - ikke selv udføre behandlingen. - - Der er mulighed for flere svar og uddybning af din besvarelse i kommentarfeltet.

- Behandlere/ behandlingsledere på behandlingsstedet
 - Visitatorer placeret på behandlingsstedet
 - Visitatorer, som er placeret andetsteds i kommunen
 - Visitationsudvalg
 - Andre:
 - Ved ikke
-

Kommentar:

Har kommunen en opsøgende Støtte- og kontaktpersonsordning (jf. SEL §99) for misbrugere?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Er støttekontaktpersonordningen (SKP) organisatorisk tilknyttet stofmisbrugsafdelingen eller en anden afdeling i kommunen?

- Tilknyttet stofmisbrugsafdelingen
- Tilknyttet anden afdeling
- Tilknyttet både misbrugsafdeling og anden afdeling

Bliver følgende samarbejdspartnere inddraget i forbindelse med at brugeren afslutter stofmisbrugsbehandlingen planmæssigt, hvis brugeren har problemer indenfor deres område?

OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	Altid	Oftest	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Jobcentret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialafdelingen i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalforsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbyder kommunen stofmisbrugsbehandling, som købes ved andre kommuner?

- Ja, købes hos:

- Nej
- Ved ikke

Hvilke typer behandling købes ved andre kommuner?

- Ambulante samtaler
- Dagbehandling (behandling 3-5 gange om ugen)
- Døgnbehandling
- Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud købes hos andre kommuner?

- Substitutionsbehandling
- Udredning/afklaringsforløb

- Individuelle samtaler med psykolog/ psykiater
 - Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale (fx læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
 - Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
 - Gruppebehandling
 - Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje, prævention og vaccinationer
 - Værested/café
 - Afrusning/afgiftning
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Hvor mange af kommunens brugere vil du skønne modtager stofmisbrugsbehandling fra andre kommuner?

Ca. antal:

Hvem foretager visitationen til stofmisbrugsbehandling i andre kommuner? - - Vejledning: Med visitatorer menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling - ikke selv udføre behandlingen. - - Der er mulighed for flere svar og uddybning af din besvarelse i kommentarfeltet.

- Behandlere/ behandlingsledere på behandlingsstedet
- Visitatorer placeret på behandlingsstedet
- Visitatorer, som er placeret i denne kommune
- Visitationsudvalg

Andre:

Ved ikke

Kommentar:

Tilbyder kommunen behandling, som købes ved regionale leverandører?

Ja, notér hvilken

Nej

Ved ikke

Hvilke typer behandling køber kommunen ved regionale leverandører?

Ambulante samtaler

Dagbehandling (behandling 3-5 gange om ugen)

Døgnbehandling

Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud køber kommunen ved regionale leverandører?

Substitutionsbehandling

Udredning/afklaringsforløb

Individuelle samtaler med psykolog/ psykiater

- Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale (fx læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
 - Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
 - Gruppebehandling
 - Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje, prævention og vaccinationer
 - Værested/café
 - Afrusning/afgiftning
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Hvor mange af kommunens brugere vil du skønne modtager stofmisbrugsbehandling fra regionale leverandører?

Ca. antal:

Hvem foretager visitationen til stofmisbrugsbehandling ved regionale leverandører? - - Vejledning: Med visitatorer menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling - ikke selv udføre behandlingen. - - Der er mulighed for flere svar og uddybning af din besvarelse i kommentarfeltet.

- Behandlere/ behandlingsledere på behandlingsstedet
- Visitatorer placeret på behandlingsstedet
- Visitatorer i denne kommune
- Visitationsudvalg
- Andre:

Ved ikke

Kommentar:

Tilbyder kommunen stofmisbrugsbehandling, som købes ved private leverandører?

- Ja
 Nej
 Ved ikke

Hvilke typer behandling køber kommunen ved private leverandører?

- Ambulante samtaler
 Dagbehandling (behandling 3-5 gange om ugen)
 Døgnbehandling
 Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud køber kommunen ved private leverandører?

- Substitutionsbehandling
 Udredning/afklaringsforløb
 Individuelle samtaler med psykolog/ psykiater
 Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale (fx læge, sygeplejerske,

- sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
- Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
 - Gruppebehandling
 - Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje, prævention og vaccinationer
 - Værested/café
 - Afrusning/afgiftning
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Hvor mange af kommunens brugere vil du skønne modtager stofmisbrugsbehandling fra private leverandører?

Ca. antal:

Hvem foretager visitationen til stofmisbrugsbehandling ved private leverandører?
- - Vejledning: Med visitatorer menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling - ikke selv udføre behandlingen. - - Der er mulighed for flere svar og uddybning af din besvarelse i kommentarfeltet.

- Behandlere/ behandlingsledere på behandlingsstedet
 - Visitatorer placeret på behandlingsstedet
 - Visitatorer, som er placeret i kommunen
 - Visitationsudvalg
 - Andre:
-

Ved ikke

Kommentar:

Tilbyder kommunen stofmisbrugsbehandling, som leveres af leverandører, som ikke falder i forudgående kategorier?

- Ja, noter hvilke
-
- Nej
- Ved ikke

Hvilke typer behandling køber kommunen af denne leverandør?

- Ambulante samtaler
- Dagbehandling (behandling 3-5 gange om ugen)
- Døgnbehandling
- Ved ikke

Hvilke af følgende tilbud køber kommunen ved denne leverandør?

- Substitutionsbehandling
- Udredning/afklaringsforløb
- Individuelle samtaler med psykolog/ psykiater
- Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale (fx læge, sygeplejerske,

- sundhedsplejerske eller sosu-assistent)
- Individuelle samtaler med anden uddannet behandler (fx socialpædagogisk uddannet)
 - Gruppebehandling
 - Parsamtaler
 - Familiebehandling
 - Sundhedstilbud, såsom sårpleje, prævention og vaccinationer
 - Værested/café
 - Afrusning/afgiftning
 - Botilbud
 - Halvvejshus
 - Efterbehandling
 - Fritidstilbud som sport, udflugter og kreativ udfoldelse
 - Andet. Hvad?
-
- Ved ikke

Hvor mange af kommunens brugere vil du skønne modtager stofmisbrugsbehandling fra denne leverandør?

Ca. antal:

Hvem foretager visitationen til stofmisbrugsbehandling ved denne leverandør? - - Vejledning: Med visitatorer menes personale, hvis primære opgave er at visitere brugere til stofmisbrugsbehandling - ikke selv udføre behandlingen. - - Der er mulighed for flere svar og uddybning af din besvarelse i kommentarfeltet.

- Behandlere/ behandlingsledere på behandlingsstedet
 - Visitatorer placeret på behandlingsstedet
 - Visitatorer, som er placeret i kommunen
 - Visitationsudvalg
 - Andre:
-

Ved ikke

Kommentar:

Tak for din besvarelse. - - Hvis du ønsker en udskrift af din besvarelse - tryk på 'print dine svar'. - - Tryk derefter 'Færdig' for at sende din besvarelse.

Hvis du har yderligere kommentarer, kan du notere dem her:

DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

VISITATION OG SAGSBEHANDLING

Dette er den femte delrapport i en rapportserie om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Rapportserien bygger på en omfattende undersøgelse, der blev fortaget i perioden december 2007 til maj 2009.

Denne delrapport stiller skarpt på visitation og sagsbehandling i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

De øvrige delrapporter afdækker følgende emner: de frivillige organisationers perspektiv (del 1), brugernes og de pårørendes perspektiv (del 2), behandlingstilbud og metoder (del 3), kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder (del 4) og resultater af behandlingen (del 6). Hovedkonklusionerne fra delrapporterne er sammenfattet i en hovedrapport.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.