

Til: Folketingets psykiatri- og socialordførere

CC: Folketingets Sundhedsudvalg  
Folketingets Social- og Ældreudvalg  
Sundhedsministeriet  
Social- og Ældreministeriet

### **Kære psykiatri- og socialordførere,**

I står over for at forhandle en 10 års plan for psykiatrien. I den forbindelse er der lagt op til at flytte ansvaret for misbrugsbehandlingen af mennesker med dobbeltdiagnoser fra kommunen til regionen. Som socialrådgivere, der til daglig arbejder med misbrugere, tillader vi os hermed at henvende os til dig/jer med de bemærkninger, vi som fagpersoner på området har til Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10 års planen for psykiatrien samt Sundhedsministeriets model for dobbeltdiagnosebehandling.

Først og fremmest støtter vi, at det prioriteres at skabe et sammenhængende tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose, som ofte falder mellem to stole i dag – hvis de da overhovedet får hjælp. Vi savner imidlertid en større opmærksomhed på at de nye tilbud skal kunne rumme en gruppe af borgere, der lever kaotiske liv og som følge deraf både har behov for en sundhedsfaglig og socialfaglig indsats. Målet skal være tilbud, der passer til borgeren – og ikke omvendt. Vi håber derfor, at tværfagligheden vil indgå i arbejdet med at beskrive de nye tilbud. Vi kan desuden være bekymret for, at Sundhedsministeriets model lægger op til at flytte for bred en målgruppe over til regionerne end der reelt set er behov for, og håber, at der vil blive arbejdet videre med at præcisere målgruppen.

Vi mener, at der er otte hensyn, der skal iagttages, når I lægger rammerne for de nye tilbud:

1. *Socialfagligheden skal være til stede i de regionale tilbud:* Det sociale arbejde er uundværligt i behandlingen af stof- og alkoholmisbrug, og det bør sikres, at det ikke kun behandles som et medicinsk problem. Det sociale arbejde skal være en integreret del af behandlingen, hvis tilbuddet reelt skal rumme og tilgodese målgruppens samlede behandlingsbehov. Målgruppen er stærkt socialt belastet, og vil i ustabile og kaotiske perioder ofte have behov for akut intervention. Mange i målgruppen vil oftest have sager i kommunen ift. forsørgelse, bolig, samt børn/familie og beskæftigelse. Derfor er det afgørende, at den sociale indsats, misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling bliver koordineret og fulgt op med den øvrige kommunale indsats. Det sker kun, hvis der er socialrådgiverfaglige kompetencer til stede i de regionale tilbud, der med indsigt i en række lovgivninger og det retslige område kan sikre såvel borgerens retsstilling som brobygning omkring de sociale problematikker. I den kommunale misbrugsbehandling er der i dag ansat både socialfaglige og sundhedsfaglige medarbejdere, ligesom flere rusmiddelcentre har tilknyttet psykolog og psykiatere. Der bør derfor stilles krav til regionen om at behandlingstilbuddet har en tværfaglig tilgang til indsatsen, således at borgeren kan tilbydes et helhedsfokuseret behandlingstilbud.
2. *Geografien må ikke blive en større barriere:* For mennesker med en dobbeltdiagnose kan alene det at træde ud ad døren være en udfordring – og følgelig kan det at søge behandling i det kommunale misbrugscenter i forvejen være svært nok. Det skal sikres, at der er en reel nærhed for borgerne og at geografien (og økonomien) ikke bliver en barriere for borgere, der søger misbrugsbehandling.

3. *Præcisering af målgruppen:* Det bør alene være målgruppen af de hårdest belastede, der overgår til regionen. Det vil sige målgruppen, der både har et svært misbrug og som modtager eller har behov for intensiv behandling i psykiatrien. Det kan eksempelvis være en borger, der lider af skizofreni eller svære personlighedsforstyrrelser og som har et samtidigt behandlingskrævende misbrug. Den nuværende model, som Sundhedsministeriet har udarbejdet, risikerer at flytte for bred en målgruppe, da forslaget også rummer personer, der har en begrænset kontakt til psykiatrien, og som fortsat vil kunne få den bedste sammenhængende behandling i de kommunale misbrugscentre, der er lokalt forankret og tæt ved øvrige sociale og beskæftigelsesmæssige indsatser.
4. *Frit valg for borgerne skal understreges:* Det er centralt for os, at både Sundhedslovens og Servicelovens nuværende regler om frit valg i forbindelse med misbrugsbehandlingssted (Servicelovens §101 for stofmisbrugsbehandling) overføres og bliver gældende i forbindelse med en ny model for behandlingen af dobbeltdiagnosticerede. De nuværende oplæg skriver ikke meget herom, hvorfor dette er vigtigt at få gjort tydeligere, med vægt på opretholdelse af borgernes frit valgs muligheder og rettigheder, da valgmuligheden og variationen i tilbud har vist sig vigtig for at nå og motivere så mange dobbeltdiagnosticerede som muligt.
5. *Visitationen skal sikre, at ingen falder mellem to stole:* Regionen og kommunen bør koordinere visitationsarbejdet efter ensartede visitationskriterier, således at ingen borgere risikerer at blive afvist – eller løbe spidsrod – mellem den kommunale og den regionale misbrugsbehandling. Borgere skal som i dag, jf. 14 dages behandlingsgaranti ved nyhenvendelser, mødes med hurtig behandlingshjælp. Borgeren skal mødes med hjælp på egne præmisser og mål og med respekt for behandlingsparathed. Borgeren skal medvirke frivilligt og ved samtykke. Visitationen skal desuden ske ud fra et tværfagligt perspektiv.
6. *Den kommunale misbrugsbehandling skal fortsat være velkvalificeret og bæredygtig:* Når der fjernes en relativt stor gruppe borgere fra den kommunale misbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsens oplæg nævner 9.500, svarende til omkring en tredjedel) er det helt afgørende, at de kommunale behandlingstilbud sikres at kunne fastholde et kompetent og tværfagligt tilbud til borgere, der søger behandling. Derfor må I som led i forhandlingerne tage stilling til, hvordan det sikres, at den kommunale misbrugsbehandling kan blive bæredygtig og møde borgerne med et fagligt forsvarligt behandlingstilbud efter omlægningen.
7. *Den regionale behandling skal være fleksibel og vedholdende:* Mennesker med svær afhængighed/rusmiddelmisbrug og svær psykisk sygdom, er nogle af de mest ilde stuede mennesker i vores samfund. De kan være svære at fastholde i behandling. Behandlingskontakten bør være vedholdende, opsøgende og ikke afbrydes, når borgeren glemmer en aftale, ikke kan overskue at møde op, eller får tilbagefald. Det er vor erfaring, at borgeren befinder sig bedst i små og overskuelige rammer og effekten størst når behandlingen varetages af det samme team. Borgeren må mødes med nødvendig tid og vedvarende invitation til samarbejde.
8. *Den endelige model skal bygge på den faglige ekspertise på området:* Regionerne har, som Sundhedsministeriets model nævner, pt. ikke nogen nævneværdig erfaring med behandling af misbrug. Det vil være helt afgørende, at der sikres personale med specialviden om afhængighed og substitutionsbehandling. Vor erfaring er, at borgere indlagt i psykiatrisk regi, ofte lader sig udskrive hurtigt hvis ikke deres behov for adækvat abstinensbehandling tilgodeses. Ligeledes vil være afgørende, at udviklingen af de nye tilbud bygger på den førende faglighed på området (den stærke

kommunale og regionale praksisviden, samt nationale retningslinjer og eksisterende forskning), og dermed sikre inddragelse af den eksisterende tværfaglige ekspertise.

Måtte nogen af jer være interesseret i uddybning af ovenstående praksiserfaringer, stiller vi os meget gerne til rådighed.

### **Med venlig hilsen**

Bestyrelsen for faggruppen alkoholbehandlere, Dansk Socialrådgiverforening v/Lars Lau Utzon, T: 2288 5583, E: [LarsUt@htk.dk](mailto:LarsUt@htk.dk)

Bestyrelsen for Faggruppen stof, Dansk Socialrådgiverforening v/ Mia Heick, T: 2124 3425 (kontaktes ej uge 7), E: [mia.heick@gmail.com](mailto:mia.heick@gmail.com)