

Arbejdsområde

DATO: 20.april 2015

Dansk Psykolog Forening har i oktober 2014 udarbejdet en analyse af beskæftigelsesmuligheder for psykologer på misbrugsområdet. Analysen er udarbejdet til brug for Psykologkampagnen, og har til hensigt at beskrive de lovgivningsmæssige, politiske, beskæftigelsesmæssige og forskningsmæssige forhold, der er bestemmende for udvikling og potentialer inden for misbrugsområdet.

I det følgende afsnit kan du læse om misbrugsområdet som arbejdsområde for psykologer. Her beskrives den kommunale organisering af misbrugsbehandlingen, dernæst til, hvilke faggrupper, der arbejder inden for området og endelig, hvilke opgaver psykologer varetager.

Organisering af den kommunale misbrugsbehandling

Misbrugsområdet har siden strukturreformen i 2007 været præget af en stigende grad af decentralisering og heterogenitet, da de fleste kommuner har benyttet sig af muligheden for at hjemtage behandlingsindsatsen. Mange kommuner har imidlertid været udfordret i forhold til implementering og udvikling af tilbud om forebyggelse og behandling af tilstrækkelig effekt og kvalitet. Samtidig står det klart, at de eksisterende behandlingstilbud langt fra favner bredt nok, da en stor gruppe borgere i dag ikke modtager behandling for deres misbrug. Dette gælder ikke mindst mennesker med psykisk lidelse og samtidig afhængighed af alkohol eller stoffer.

Selve organiseringen af misbrugsbehandlingen og strukturen for misbrugscentre er grebet forskelligt an fra kommune til kommune. Nogle steder har man etableret ét samlet behandlingscenter og andre steder er der etableret forskellige afdelinger, der er målrettet forskellige brugergrupper, eller dækker bestemte geografiske områder i kommunen. Statens Institut for Folkesundhed lavede i 2012 en kortlægning af kommunernes alkoholbehandlingstilbud for Lægeforeningen¹, der viser, at 92 pct. af kommunerne har alkohol- og stofbehandling i samme organisation, og 70 pct. har placeret det geografisk samme sted.

Ifølge kortlægningen er ansvaret for alkoholbehandlingen i de fleste kommuner placeret i socialforvaltningen (47 pct.), mens det i 15 pct. af kommunerne er placeret i sundhedsforvaltningen. I 2 pct. af kommunerne er ansvaret i arbejdsmarkedsforvaltningen, mens det i 36 pct. af kommunerne er placeret i andre forvaltninger, blandt andet fordi mange kommuner er organiseret i forvaltninger med anden sammensætning (f.eks. social- og sundhedsforvaltningen eller social, sundheds- og arbejdsmarkedsforvaltningen), eller hører under området voksne/psykiatri.

SFI kortlagde i 2009 den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Kortlægningen viste, at de kommunale visitationssystemer er opbygget på vidt forskellige måder. Analysen viste, at de

¹ Alkoholbehandling i kommunerne (udarbejdet for Lægeforeningen af Statens Institut for Folkesundhed) http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholbehandling_i_kommunerne_2012_003.pdf

behandlingsmæssige præferencer hos kommunerne spiller ind på tilrettelæggelsen af visitationen, frem for individuelt tilpassede behandlingsmålsætninger og –indhold².

Behandlingstilbud

De institutionelle hovedaktører i den kommunale misbrugsbehandling i Danmark udgøres i dag af både offentlige og private instanser. Først og fremmest er der kommunerne og de kommunale misbrugscentre. Endvidere tilbydes der offentlige behandlings- og sundhedstilbud i både ambulante og døgnregi. Også Kriminalforsorgen udfylder i dag en rolle i den offentlige misbrugsbehandling, hvilket ikke mindst skyldes indførelsen af behandlingsgaranti i fængsler fra januar 2007.

Sideløbende med den offentlige indsats findes desuden selvejende eller fondsejede behandlingsinstitutioner samt en række frivillige private organisationer og foreninger. Endelig er samspillet med praktiserende læger central i især alkoholindsatsen, da ordinerende af medicin til behandling af alkoholproblemer ofte sker ved egen læge. Ifølge kortlægningen fra Statens Institut for Folkesundhed orienterer to tredjedele af kommunerne (94 kommuner har svaret) egen læge ved opstart af behandling. 92 pct. af kommunerne har alkohol- og stofbehandling i samme organisation, og 70 pct. har placeret behandlingsindsatserne geografisk samme sted.

Kortlægningen af kommunernes alkoholbehandlingstilbud fra 2012 viser, at ud af 94 adspurgte kommuner indgik 23 kommuner (25 pct.) i fælleskommunalt drevne ambulante behandlingenheder eller enheder, hvor kommunen købte ydelser fra en anden kommunes alkoholambulatorium. I alt 4 kommuner (4 pct.) købte ambulante alkoholbehandling hos regional udbyder. Blandt disse forekom der også køb af ydelser fra privat udbyder. I alt 14 kommuner (15 pct.) købte ambulante alkoholbehandling af privat udbyder, og de resterende 53 kommuner (56 pct.) havde et kommunalt drevet eget ambulatorium. På baggrund af undersøgelsen skønner Statens Institut for Folkesundhed, at fordelingen mellem døgnbehandling og ambulante alkoholbehandling er, at 2-4 % behandles i døgnregi og resten ambulante³. Nedenstående figur viser organiseringen af alkoholbehandlingen fordelt på fælleskommunale, regionale, private og kommunale tilbud:

Tabel 1. Fordeling af hvordan kommunerne har organiseret alkoholbehandlingen (n=80 (82 %) i 2009; n=94 (96 %) i 2012)

	Fælleskommunal		Regional*		Privat udbyder		Egen institution*	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
n	25	23	15	4	16	14	22	53
	32 %	25 %	19 %	4 %	21 %	15 %	28 %	56 %

*indikerer signifikante forskelle mellem 2009 og 2012

Ligeledes modtager de fleste stofmisbrugere i behandling også ambulante behandling. Der tilbydes supplerende dag- eller døgnbehandling, hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats. I 2012 var 710 stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling, og det gennemsnitlige antal indskrivningsdage er var 144 dage, hvilket er en stigning på 8 dage i forhold til de 136 dage i 2011:

² SFI(2009), Den sociale misbrugsbehandling i Danmark (p. 15): <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=2237&PID=9267>

³ Alkoholbehandling i kommunerne (udarbejdet for Lægeforeningen af Statens Institut for Folkesundhed) http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholbehandling_i_kommunerne_2012_003.pdf

Tabel 5.3.4 Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i pågældende år

Tid	N	Alder	Kvinder	Mænd
2005	1244	32,8	26 %	74 %
2006	1096	33,1	26 %	74 %
2007	1228	33,2	25 %	75 %
2008	1419	33,8	25 %	75 %
2009	1259	33,0	24 %	76 %
2010	1010	32,6	23 %	77 %
2011	773	32,0	22 %	78 %
2012	710	31,1	23 %	77 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. 2012.

Når en stofmisbruger modtager lægelig behandling, skal stofmisbrugeren efter behov også altid tilbydes en social behandlingsindsats. Der skal altid udarbejdes en behandlingsplan. Behandlingsplanerne skal understøtte den samlede handleplan, som tilgodeser både sundhedsfaglige og socialfaglige forhold, og som danner rammen for samarbejdsprocessen med stofmisbrugeren. Af den sociale behandlingsplan skal det fremgå, hvad målet med indsatsen skal være på både kortere og længere sigt, og hvilke aftaler, der er indgået omkring forløbet. Behandlingen retter sig mod stofmisbrugerens samlede livssituation. Derfor omfatter indsatsen både de helbredsmæssige og sociale problemstillinger, herunder eventuelle problemer i forhold til bolig, kriminalitet, arbejde og netværk.

SFI's kortlægning af den sociale misbrugsbehandling i Danmark fra 2009 viste, at der blandt de 1.008 interviewede stofmisbrugere⁴ var

- 10 pct. i døgnbehandling,
- 7 pct. modtog dagbehandling,
- 40 pct. modtog ambulans behandling, og
- 44 pct. modtog ad hoc-samtaler, dvs. samtaler sjældnere end hver 14.dag.

24 pct. af brugerne oplyste, at de ikke har haft nogen samtaler med deres kontaktperson/behandler de seneste 2 måneder, mens 16 pct. havde haft én samtale. 49 pct. af brugerne angav, at deres behandlingssamtaler typisk varer mindre end en halv time. Særligt opiat-misbrugere (dvs. misbrugere af heroin, morfin og lign.) i medicinsk substitutionsbehandling (typisk metadonbehandling) modtog få eller ingen samtaler. Undersøgelsen afdækkede også, hvilke typer af social behandling brugerne modtog:

- 25 pct. af brugerne modtog psykologsamtaler,
- 77 pct. angav, at de modtog samtaler med andet personale, og
- 20 pct. modtog gruppebehandling

⁴ SFI(2009), Den sociale misbrugsbehandling i Danmark (p.11 ff): <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=2237&PID=9267>

- Blandt dem, som modtager ad hoc-samtaler, er det 64 pct., der ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp for deres psykiske problemer.
- 36 pct. modtager psykologisk/psykiatrisk behandling for deres psykiske problemer, hovedparten i forbindelse med misbrugsbehandlingen, mens kun en mindre del er i behandling i det psykiatriske system.

Morten Hesse og Birgitte Thylstrup angiver i deres beskrivelse af den kommunale indsats på stofmisbrugsområdet, at den sociale behandlingsindsats kan nedbrydes i følgende syv behandlingsmodaliteter⁵:

Anonym rådgivning: Samtaler over telefon i forløb af forskellig varighed, ofte med mulighed for efterbehandlingsforløb.

Ad Hoc: Tilbud om samtaler omkring hver 14. dag, der ikke indgår som en del af en behandlingsindsats.

Korte interventioner: Tilbud om afklarende forløb, ofte gennem en-fire samtaler. Fx motiverende samtaler.

Ambulant behandling: Tilbud om samtaler mindst to gange om måneden og højst to gange om måneden. Lavintensitetstilbud, hvor sigtet både kan være skadesreduktion eller stoffrihed.

Dagbehandling: Tilbud om samtaler mere end otte gange om måneden i ambulant regi. Struktureret tilbud, hvor klienterne typisk møder mandag til fredag, fem til otte timer dagligt.

Døgnbehandling: Stoffri døgnbehandling og stabiliserende døgnbehandling, hvor der foretages eventuel afgiftning og stabilisering af klienten med henblik på at forhindre indtag af stoffer ud over den ordinerede medicin.

Særlige boformer: Bo- og omsorgstilbud af midlertidige, længerevarende eller permanent art.

Faggrupper på misbrugsområdet

SFI's kortlægning af det sociale stofmisbrugsområde viser, at langt hovedparten af behandlere på området udgøres af socialpædagoger, socialrådgivere eller sygeplejersker. Undersøgelsen viser, at en betydelig del af behandlingspersonalet på området har efteruddannelser og kurser inden for forskellige terapeutiske retninger, herunder navnlig de kognitive terapiformer. Ser man på den samlede fordeling af behandlertimerne på behandlingsstederne, udgør gruppen af psykologer og psykiatere – måske derfor – en lille gruppe⁶. Nedenstående figur viser personaletimer på 102 behandlingssteder, fordelt på faggrupper, der har deltaget i SFI's survey:

⁵ Thystrup, Birgitte; Hesse, Morten; Pedersen, Mads Uffe & Frederiksen, Kirsten (2014): *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*. Danmark: Aarhus Universitetsforlag.

⁶ SFI(2009), Den sociale misbrugsbehandling i Danmark (p. 113): <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=2237&PID=9267>

	Antal timer	Antal fuldtidsstillinger	Procent
Pædagoger	14.234	385	49
Socialrådgivere	7.585	205	26
Sygeplejersker	4.082	110	14
Psykologer/Psykiatere	2.004	54	7
Læger	1.099	30	4
I alt	29.004	784	100

Anm.: Antallet af personaletimer er omregnet til antal fuldtidsstillinger.

Kilde: Behandlingssteds-survejen.

Statens Institut for Folkesundhed angiver på baggrund af deres kortlægning af alkoholbehandling i kommunerne, at 61 pct. af kommunerne har ansat sundhedsfagligt personale (mellemlang videregående uddannelse, typisk sygeplejerske), mens 84 pct. har ansat socialfagligt personale. Over en tredjedel af kommunerne, svarende til 39 pct., har fast psykolog ansat, mens ca. en fjerdedel (23 pct.) havde fast læge og 15 pct. havde fast psykiatrisk assistance.

Tabel 8a. Andelen af kommuner som har besvaret spørgsmål om antal årsværk inden for forskellige stillingskategorier

	2009			2012		
	n	Ja	Nej	n	Ja	Nej
Sundhedsfagligt personale	48	50 %	50 %	76	61 %	39 %
Socialfagligt personale	48	88 %	13 %	76	84 %	16 %
Pædagogisk personale*	48	50 %	50 %	76	72 %	28 %
Andet behandlerpersonale	41	22 %	78 %	76	36 %	64 %
Psykolog	48	38 %	63 %	76	39 %	61 %
Fast læge	45	22 %	78 %	73	23 %	77 %
Fast psykiater	45	16 %	84 %	73	15 %	85 %
Lægekonsulent	59	66 %	34 %	38	56 %	44 %
Psykiatrisk konsulent	32	38 %	63 %	38	47 %	53 %

* indikerer signifikant forskel mellem 2009 og 2012.

Foruden spørgsmålet om uddannelsesbaggrund er der i undersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed også spurgt ind til hvor mange behandlere, der har efteruddannelse. 81 pct. af de 73 kommuner, der har besvaret spørgsmålet, angiver, at man har ansat personale med kognitiv efteruddannelse, men det står ikke klart hvilken form for efteruddannelse, der er tale om. Cirka halvdelen har personale med familieterapeutisk efteruddannelse, og 60 pct. har en anden form for kompetencegivende terapeutisk efteruddannelse. Anden form for terapeutisk efteruddannelse kan dække over efteruddannelse i for eksempel løsningsfokuseret terapi, psykodynamisk terapi, gestaltterapi, kropsterapi, narrativ terapi, og NLP. 62 pct. havde grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulans alkoholbehandling⁷.

⁷ Alkoholbehandling i kommunerne (udarbejdet for Lægeforeningen af Statens Institut for Folkesundhed) http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholbehandling_i_kommunerne_2012_003.pdf

Psykologer på misbrugsområdet

I misbrugscentre arbejder psykologerne ofte som behandlere, der på lige fod med deres behandlerkollegaer med anden faglig baggrund står for behandlingsforløb til klienter med alkohol – eller stofmisbrug. Nogle psykologer er dog ansat til specifikt at varetage mere specialiserede opgaver som eksempelvis test eller udredninger af psykiske lidelser. I mange kommuner er tilbuddene om stof- og alkoholbehandling samlet i samme center. Nogle steder arbejder man derfor som behandler både med alkohol- og stofbehandling, mens behandlingen andre steder er delt op, så man er ansat enten på det ene eller andet område.

Dansk Psykolog Forening lavede i februar 2014 en rundspørge til 17 kommuner om psykologernes rolle i de kommunale misbrugsbehandlinger. De adspurgte kommuner toppede på undersøgelsestidspunktet Sundstystyrelsens opgørelse over andelen af borgere, der havde været i kontakt med psykiatriske hospitaler på grund af deres alkoholforbrug. Kommunerne var altså på ingen måde repræsentativt udvalgt. Tværtimod blev de udvalgt, fordi tallene tydede på, at de havde særligt mange borgere, som både havde et misbrug og en psykisk lidelse. Derfor kunne man forvente, at disse kommuner i højere grad end andre havde udviklet behandlingstilbud, der kan tage hånd om borgere med dobbeltbelastning. Rundspørgen omfatter store, små og mellemstore kommuner bredt fordelt i Jylland og på Sjælland.

Ud af de 17 kommuner, der indgår i undersøgelsen har de ti ikke ansat psykologer i misbrugsbehandlingen. Blandt de ti kommuner har tre ikke deres egen misbrugsbehandling, men henviser borgere til behandling i andre kommuner eller hos eksterne leverandører. De øvrige syv kommuner angiver økonomi, manglende behov eller traditioner som årsager til, at de ikke har psykologer ansat. Enkelte fortæller i rapporten om dårlige erfaringer eller problemer med at tiltrække psykologer.

Syv af de adspurgte kommuner har ansat psykologer: Frederiksberg kommune har en psykolog i behandlerteamet, Sønderborg havde for nylig ansat en psykolog i et nyt projekt, som i samarbejde med Jobcentret skal opspore borgere, som drikker for meget og har psykiske problemer, og fem kommuner har flere psykologer ansat. Nogle af disse psykologer er ansat i psykologstillinger, andre indgår i et team af behandlere på lige fod med pædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker. Psykologerne i de adspurgte kommuner arbejder primært med screening for psykiske lidelser, udredning, samarbejde med psykiatrien om behandlingsplaner for dobbeltdiagnosticerede borgere, individuel terapi og gruppeforløb. Det gælder for størstedelen af de adspurgte kommuner, uanset om de har ansat psykologer eller ej, at de vægrer sig ved at tilbyde terapi rettet mod klienters psykiske lidelser med den begrundelse, at behandlingsansvaret ligger hos regionen.

Ud over psykologer, der er ansat i kommunale misbrugscentre, er en andel af de psykologer, der arbejder på misbrugsområdet ansat hos private udbydere af behandlingstilbud. Eksempelvis fremgår det af rapporten, at Lænken, der er Danmarks største leverandør af ambulante alkoholbehandling har seks psykologer ansat. Disse arbejder især med screening, test og særlige behandlingsopgaver, fx familiebehandling. Lænken angiver, at man gerne vil udvikle behandlingstilbud, der tager højde for dobbeltbelastning, men det er en balancegang, da Lænken ifølge lovgivningen kun må behandle for alkoholmisbrug. I stedet ligger udfordringen i at screene mere systematisk og opdage de psykiske lidelser og forbedre samarbejdet med psykiatrien.

Endelig spiller privatpraktiserende psykologer også en rolle i misbrugsbehandlingen. Blandt andet ved at tilbyde individuel terapi, familierapi eller parterapi til mennesker, der er ramt af misbrug. Derudover bruges privatpraktiserende psykologer i et vist omfang som konsulenter til kurser eller videreuddannelsesforløb af personale i misbrugscentre samt i tilfælde, hvor misbrugscentret ikke har tilknyttet en psykolog, men har brug for psykologfaglig ekspertise.

Arbejdsopgaver for psykologer i den kommunale misbrugsindsats

Nedenfor følger en beskrivelse af de forskellige arbejdsopgaver, der varetages af psykologer på misbrugsområdet. I et vist omfang skitseres nye arbejdsopgaver og -områder, hvor der er potentiale for flere psykologer. Beskrivelsen vil kunne bruges som grundlag for dialog med beslutningstagere, politikere og samarbejdspartnere, som ofte har et mangelfuldt billede af, hvad psykologer konkret bidrager med i arbejdssammenhænge.

Der synes at være en udbredt forståelse i kommunerne af, at vellykket social misbrugsbehandling er betinget af psykosociale indsatser i et eller andet omfang. Derfor varetager behandlere på det kommunale misbrugsområde flere opgavetyper, der andre steder den offentlige sektor vil være ”psykologopgaver”. Eksempelvis screening for psykiske lidelser, individuelle samtaleforløb og gruppeforløb. Psykologer adskiller sig imidlertid fra andre faggrupper ved at have kompetencer til at sikre et bredt udviklings- og livsperspektiv i klienternes behandlingsforløb (i kraft af forståelse af udviklingspsykologi, socialpsykologi mm.). Der indgår ofte familie, børn og pårørende, som er stærkt påvirket af klientens misbrug, hvilket skaber en kompleks behandlingskontekst, som psykologer qua deres faglige helhedsforståelse vil kunne navigere i.

Psykologens faglige egenskaber kvalificerer derudover vedkommende til at varetage undervisning, supervision og kompetenceudvikling af det øvrige personale på misbrugscentre og behandlingssteder. Dette kan eksempelvis være undervisning i terapi- eller samtaleformer, som anvendes i misbrugsbehandlingen eller brug af screeningsværktøjer. Psykologer kan yderligere bidrage til at opkvalificere af misbrugsbehandlingen ved at yde løbende supervision til kollegaer og facilitere at behandlere får rum til at reflektere over deres daglige praksis og arbejde med klienter.

Dette kan der være særligt behov for i sager, der stikker ud fra normalen og derfor kræver en nytænkning behandlingsindsatsen i forhold til den enkelte klients behov og personlighed.

Systematisk og kvalificeret screening er essentielt for en effektiv misbrugsbehandling, idet tidlig identifikation af klientens psykiske lidelser bidrager positivt til behandlingen. Psykologers faglige viden om psykopatologi kan derfor opkvalificere den samlede misbrugsindsats, da psykologer på afgørende vis kan bidrage til implementering og videreudvikling af screeningsværktøjer⁸.

Når det lykkes at få udbredt kutyme for at screene som en del af misbrugsbehandlingen til alle kommuner, er det ikke, som billedet ser ud nu, realistisk, at det vil være psykologer, der foretager alle screeninger. Det er imidlertid vigtigt, at de frontmedarbejdere, der varetager screeningerne er ordentligt klædt på til opgaven og her kommer psykologerne ind i billedet som nøglepersoner.

⁸ Det fremgår af kortlægningen af alkoholområdet foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, at kun 40 pct. af kommunerne screener for psykiatrisk komorbiditet på trods af viden om, at ca. 50 pct. af patienter med afhængighed har en samtidig psykiatrisk lidelse. Alkoholbehandling i kommunerne (udarbejdet for Lægeforeningen af Statens Institut for Folkesundhed) http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkoholbehandling_i_kommunerne_2012_003.pdf

Psykologer skal løbende opdatere indsatsen og supervisere brugen af screeningsværktøjer, så der ikke opstår variation i diagnose eller henvisning til videre udredning fra behandler til behandler.

I takt med en implementering af systematiseret screening for psykiske lidelser, vil man yderligere kunne argumentere for at ansætte psykologer til at lave udredninger af klienter, der viser symptomer på en psykisk lidelse ved siden af deres misbrug, i stedet for at sende klienten ”ud af huset” eller købe sig til eksterne konsulenttydelser. Der vil her være tale om mere specialiserede psykologfaglige kompetencer. Psykologer har i forbindelse med behandling af dobbeltdiagnosticerede borgere også kompetencer som sparringspartner og bindeled til behandlingsinstanser, speciallæger og andre udefrakommende faginstanser. Det er nødvendigt, at der er nogen i kommunen, som kan forstå og oversætte de udredninger, erklæringer og udtalelser, der kommer udefra samt omsætte dem til aktiv handlen til gavn for borgeren.

Endelig kan psykologen via sin akademiske uddannelse og videnskabsteoretiske forståelse være faglig primusmotor på organisatorisk implementering af behandlingsindsatser og systeminterventioner. I forlængelse heraf kan psykologen være med til at løfte den kommunale indsats i forhold til monitoring, dataindsamling og i sidste ende dokumentation af de behandlingsindsatser kommunen tilbyder.