

Bilag 3 – dokumentation til udvikling af misbrugsstrategi

Evaluering af alkoholstrategi

Københavns Kommunes Socialforvaltning
August 2010

Bilag 3: Evaluering af alkoholstrategien

Indholdsfortegnelse

s. 2	Baggrund
s. 2	Lovgrundlag
s. 3	Kommunens behandlingstilbud
s. 4	Hjemtagelsen af behandlingen fra Region Hovedstaden
s. 7	Borgerne i behandling (behandlingspopulationen)
s. 12	Indsatsområder
s. 16	De styrende principper
s. 18	Mål
s. 21	Samarbejde og koordinering

Baggrund

"Strategi for alkoholbehandling" blev vedtaget i Socialudvalget i juni 2008. Det var kommunens første strategi for behandling af alkoholmisbrug, for det var først pr d. 1.1.2007 kommunen overtog ansvaret for alkoholbehandlingen. Strategien var dermed et første forsøg på at danne overblik over området og udstikke retningslinier. Overblikket var hæmmet af manglende nærhed til institutionerne, som varetog behandlingen. Ambulant behandling blev således varetaget af særligt Region Hovedstaden men også af Længen og Afholdsambulatoriet. Socialforvaltningen købte gennem samarbejdsaftaler ydelserne de pågældende steder. Dette forhold er siden ændret drastisk. Samarbejdsaftalerne med Region Hovedstaden og med Længen er således sagt op. For regionens vedkommende blev behandlingen hjemtaget pr. d. 15.4.2009. For Længens vedkommende hjemtages behandlingen pr. d. x.x. 2010. Kommunen opsagde de to samarbejder, fordi prisen blev sat op, så de afsatte midler ikke mere kunne finansiere samarbejdsaftalerne. Hjemtagningen af - størstedelen af - den ambulante behandling har givet udfordringer og muligheder. Udfordringer for de borgere, som oplever deres behandlingstilbud er ændret. Udfordringer for de medarbejdere og ledere hvis arbejdsliv er ændret. Udfordringer i forhold til flytninger og dokumentation. Men også muligheder i form af tættere faglig og økonomisk udvikling og styring.

Lovgrundlag

Behandlingen sker i henhold til Sundhedsloven § 141, kapitel 40. Loven giver borgeren nogle væsentlige rettigheder, som der skal tages højde for i planlægningen af ydelserne.

Behandlingsgarantien

En borger er garanteret behandling senest 14 dage efter henvendelse. Behandlingen er gratis. Garantien gælder ambulant behandling. Døgnbehandling skal bevilliges af kommunen for at være gratis, og man har ikke garanti for at få døgnbehandling.

Frit valg

Borgeren kan frit vælge, hvor han/hun vil gå i behandling. Det betyder frihed for borgeren, som fx kan vælge at gå i behandling i nærheden af sin arbejdsplads eller efter præferencer i stedet for bopæl. Det frie valg giver en del betaling mellem kommunerne, for det er bopælskommunen, der betaler. Det giver udfordringer i forhold til finansieringen, for man kan kun styre udgiftsniveauet til egne behandlingstilbud og ikke til nabokommunens eller den private udbyders tilbud.

Anonymitet

Behandlingen kan ske anonymt, hvis borgeren ønsker det. Hvis behandlingen indebærer medicinering, er det dog ikke muligt at opretholde anonymitet.

Registrering

Udbydere af alkoholbehandling er forpligtet til at registrere behandlingen i det nationale alkoholbehandlingsregister NAB. Hermed bidrager man til en national database for borgere i alkoholbehandling.

Kommunens behandlingstilbud

Frit valg

Sundhedsloven giver kommunens borgere frit valg inden for ambulante alkoholbehandling. Københavns Kommunes borgere har således alle landets ambulante behandlingstilbud til deres rådighed. Det frie valg gør fx, at der løbende er omkring 100 københavnske borgere i Frederiksberg Kommunes behandlingstilbud, ligesom der er ca. 150 ikke-københavnere indskrevet i Københavns Center for Alkoholbehandling.

Center for Alkoholbehandling

Kommunens største udbyder af ambulante alkoholbehandling har 3 afdelinger fordelt på centrum (Rådhuspladsen), Amager og Nordvest.

Samarbejdsaftaler

Kommunen har samarbejdsaftale med den selvejende institution Afholdsambulatoriet, som yder ambulante behandling. Afholdsambulatoriet ligger på Ydre Østerbro. Derudover har kommunen samarbejdsaftale med Lænken, Vesterbro, men samarbejdsaftalen er opsagt med virkning fra d. xx / xx.

Økonomi

Ydelse	Budget 2010 i mio. kr.
Køb og salg af dag- og døgnbehandlingspladser	3,9*
Center for Alkoholbehandling	19.5
Ambulatoriet Lænken	2.9
Afholdsambulatoriet	1.9
Alkoholprojekt på familieambulatoriet Thoravej	1.1
Modtageenhederne	1,9

I alt	31,2
--------------	-------------

Tabel 1a: Budgettet for SOFs alkoholbehandling

* Inkl. forventede DUT-midler på 3,0 mio. kr. som kompensation for frie SATS-puljepladser

Ydelse	Budget 2010 i mio. kr.
E-huset (plejehjem for aktive alkoholikere)	14,7
Køb af omsorgsophold	13,2
Plejekollektivet på Sundholm	5,6*
I alt	33,5

Tabel 1 b: Budgettet for SOFs omsorgs- og plejeophold for aktive alkoholikere

* Finansieret gennem statslige midler (tidligere SATS-puljemidler, nu bloktilskud)

Frit valg for borgeren giver udfordringer for den økonomiske styring, som man ser af regnskabet for 2009. Udfordringen er håndteret ved at lægge budgettet for både køb og salg ud til Center for Alkoholbehandling. Det betyder, at centret kan og må tilpasse aktiviteterne efter løbende prognoser for henholdsvis køb og salg af pladser. Det betyder bedre mulighed for løbende tilpasninger og dermed bedre økonomistyring. Der er risiko for en u hensigtsmæssig incitamentsstruktur, når centret kan have interesse i at få ikke-københavnere i behandling, men muligheden for at differentiere tilgangen er begrænset.

Strategi

Forvaltningen vurderer, at placeringen af køb/salg ligger hensigtsmæssigt i centret. Placeringen giver mulighed for en dynamisk udvikling – henholdsvis afvikling - af kapaciteten, når en del af finansieringen kommer ved salg af pladser og "hjemtagning" af københavnere i udenbys behandling. Københavns Kommune har en størrelse, der gør det muligt at udvikle et forgrenet, professionaliseret og differentieret behandlingstilbud. Det vil sige ydelser, hvor borgeren får det bedste udbytte i forhold til udgifterne. Den bedste måde at udnytte mulighederne på, er med en ekspansiv udvikling på behandlingsområdet, hvor kommunen køber færrest mulige behandlingspladser udenbys, og andre kommuner køber pladser i København. Set fra et økonomisk styringsmæssigt og investeringsmæssigt synspunkt er ekspansion altså en meningsfuld strategi. Selvfølgelig forudsat, at prognoserne viser, at der er basis for – supplerende - finansiering gennem hjemtagning og salg af pladser.

Hjemtagelsen af behandlingen fra Region Hovedstaden

Baggrund

Hovedstadsregionens Alkoholenhed varetog førhen størstedelen af københavnske borgeres ambulante alkoholbehandling. Alkoholenheden havde 5 decentrale afdelinger i tilknytning til 5 af regionens hospitaler. Alkoholenheden betjente 5 kommuner herunder Københavns. Udgifterne til Alkoholenheden voksede og regionen ønskede at få kommunerne til at finansiere merudgiften. Forhandlingerne gik i hårdknude og d.15.1.2009 opsagde Region Hovedstaden aftalen med kommunerne. Med et tre måneders opsigelsesvarsel betød det, at kommunen overtog behandlingen d. 15.4.2009.

Mål i forbindelse med hjemtagningen

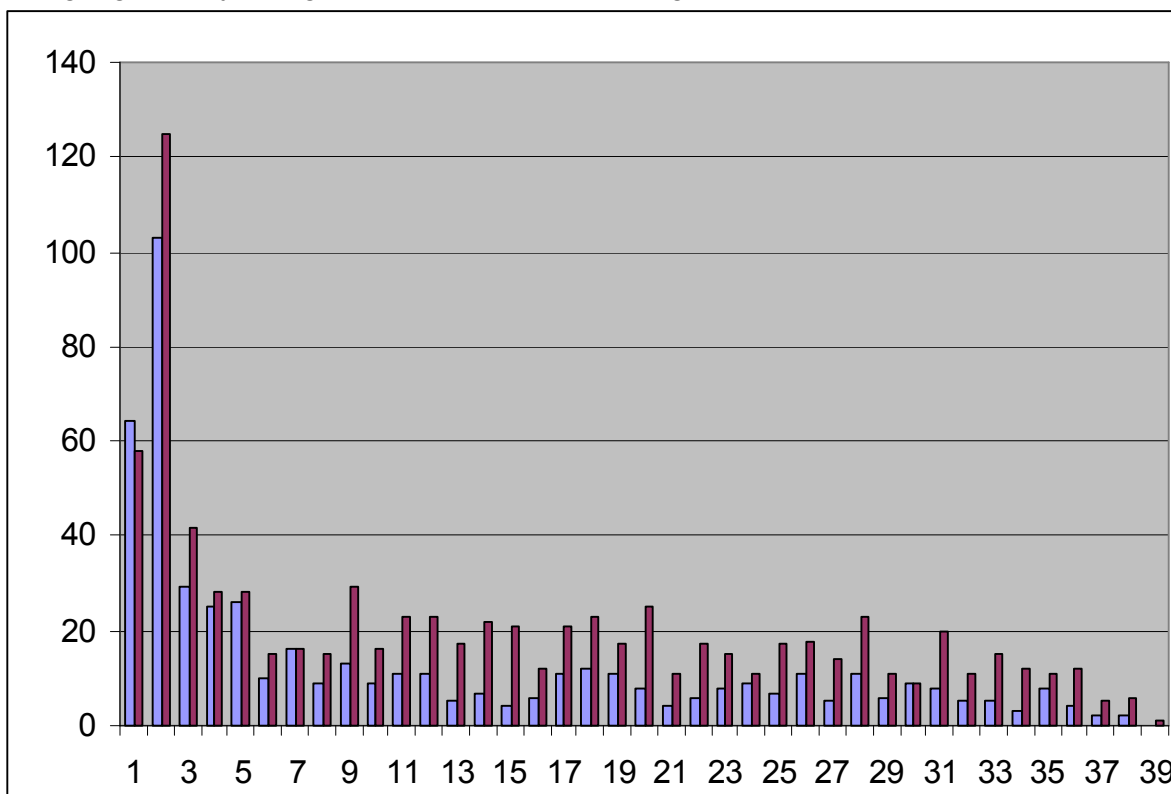
Hjemtagningen var ikke tilsigtet, men målene med hjemtagningen skulle stadig matche strategiens mål videst muligt. De umiddelbare mål for hjemtagningen var

- at opretholde aktivitetsniveauet
- at opretholde kvaliteten

Aktivitet

Et af alkoholstrategiens mål er "flere i behandling", hvilket i forbindelse med hjemtagningen blev tolket som: hurtigst muligt nå op på fuld aktivitet. Det er således forventeligt, at der med en hjemtagning – indebærende flytninger, skift i kontaktpersoner og andre brud – falder nogle ud af behandlingen. For at mindske oplevelsen af brud, var der et samarbejde med regionen om orientering af patienterne / brugerne. Endvidere var der fra dag 1 to steder behandlingen blev tilbudt fra, hvoraf det ene: Rådhuspladsen 77, lå centralt. Et væsentligt handicap var, at det ikke var lykkedes at oprette en afdeling i Nordvest. Al erfaring taler således for, at "tilgængelighed" er en væsentlig parameter for motivation for behandling.

Tilgangen af nye brugere ses af nedenstående figur.



Figur 1: Antallet af nyindskrivninger (y-aksen) over antal uger fra hjemtagningen (x-aksen). De blå søjler er afdeling Amager; de røde søjler er afdeling Rådhuspladsen.

Det store antal nyindskrivninger de første 5 uger afspejler, at alle de indskrevne i Regionen skulle udskrives og genindskrives i de nye tilbud. I løbet af de første 5 uger var der indskrevet 526 brugere i behandling i de to afdelinger. Langt størstedelen brugere, som tidligere havde været indskrevet i Alkoholenheden. Kapaciteten i Center for Alkoholbehandling er på 927 årspladser, hvilket betyder, at der gennemsnitligt skal være indskrevet 927 brugere¹. De 526 indskrevne brugere i

¹ Kapaciteten i det hjemtagne tilbud er beregnet ud fra kapaciteten i regionens tilbud (Alkoholenheden).

uge 5 svarer til en belægning på 57 %.

I den resterende del af 2009 er der – som man kan se af figuren – sket en løbende tilgang af nye brugere. Hvad der ikke fremgår af figuren er det løbende frafald i form af udeblivelser og udskrivninger. Ved udgangen af 2009 var der 737 indskrevne svarende til en belægningsprocent på 76 %. I perioder har belægningen været højere (d. 2.9.2009 var der fx indskrevet 839 brugere svarende til 86 % belægning).

En del af forklaringen på den lavere belægning kan forklares med de mange tilpasninger, flytninger og forandringer, som har givet en reelt mindre kapacitet end beregnet. Samtidig begynder de fleste ting at være faldet på plads. Der er således åbnet en ny afdeling i Nordvest d. 1.1.2010, og Amagerafdelingen flytter også i nye lokaler i foråret 2010. Fremadrettet betyder det, at der skal arbejdes målrettet med at opnå fuld belægning, så kapaciteten i behandlingssystemet udnyttes.

Kvalitet

Et af strategiens principper er "evidensbaseret behandling". Det vil sige, at behandlingen så vidt mulig hviler på sikker, forskningsbaseret viden. Denne viden var Alkoholenheden vidt anerkendt for at være i besiddelse af. Et af målene med hjemtagningen var således at fastholde mest mulig af denne viden. Det vil hovedsageligt sige viden i form af medarbejdere og lederes kompetencer, men også indlejret, organisatorisk viden i form af instrukser, procedurer og arbejdsgange.

Hvad angik den organisatoriske viden lagde regionen alle instrukser på nettet til fri afbenyttelse. En stor del af dem er siden blevet "oversat" til københavnske forhold og ligger nu til grund for behandlingen i Center for Alkoholbehandling.

Hvad angår viden i form af medarbejdernes kompetencer, lykkedes det at få en stor gruppe erfarne, veluddannede medarbejdere med over i Center for Alkoholbehandling. Det var læger – inklusiv psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere, lægesekretærer og en pædagog. Af de 31 ansatte, som overgik til kommunen fra Regionen, opsagde 1 læge og 2 lægesekretærer deres stillinger i løbet af det første halve år. I lyset af en større organisationsændring må det siges at være et meget lille tal.

Overordnet set er kvaliteten i behandlingen således – fortsat – på et højt niveau. Nogle medarbejdere påpeger dog, at der med det stærke fokus på at få kerneopgaverne i drift er sket en nedprioritering af nogle behandlingsmæssige områder. Rådgivning af pårørende er således alene til indskrevne brugeres pårørende. Børne- og unge grupper er også kun i forhold til indskrevne brugere. Udadvendte opgaver som udvikling af alkoholpolitik, rådgivning i børnesager er også nedprioriteret til fordel for kerneopgaven. Disse områder vil – afhængig af prioritering - kunne gøres til genstand for udvikling i den kommende strategi.

Fordele ved hjemtagningen

Årsagen til hjemtagningen var uoverensstemmelse om økonomien. Med hjemtagningen er økonomien blevet mere styrbar. Både udvikling af kapaciteten og besparelser vil lettere kunne implementeres.

Fagligt set vil området også være lettere at styre. Kompetencerne i

Alkoholenheden havde således i 2007 1471 "aktive patienter". 63 % af regionens "patienter" var københavnere, så det hjemtagne Center for Alkoholbehandling er beregnet til at have 927 årspladser.

alkoholbehandlingen vil blandt andet lettere kunne gå i samspil med stofmisbrugsbehandlingen og de sociale og beskæftigelsesmæssige tilbud. Viden og kompetencer fra det ene område kan lettere gøre gavn på det andet område. Fx kan udredningsværktøjer fra Center for Alkoholbehandling være velkomne i stofmisbrugsbehandlingen. Alkoholbehandlingen vil også lettere kunne indgå i udviklingsinitiativer fx i forlængelse af misbrugsstrategien.

Udfordringer ved hjemtagningen

Der var og er en række umiddelbare udfordringer ved hjemtagningen. Det er blandt andet værd at fastslå at det ikke er omkostningsfrit at omstrukturere. Ud fra belægningsstatistikkerne er det rimeligt at anslå, at det første år er aktiviteten (kapaciteten) i gennemsnit kun ca. 75 % af normal drift. Med et budget på 19 mio. kr. siger et simpelt regnestykke, at hjemtagningen har kostet knap 5 mio. kr. i driftstab. Og så er personlige omkostninger for brugere og personale ikke medregnet.

Dertil er der udfordringer med at få registreringen på plads. Her skal der tages beslutninger og afsættes ressourcer, for at få en ordentlig registrering. Hvis det ikke allerede er på plads, bør problemet adresseres i misbrugsstrategien.

Bruddet med hospitalerne har konsekvenser. Det er sværere at "rekruttere" patienter fra det somatiske og psykiatriske behandlingssystem til alkoholbehandlingen, når man ikke har sin daglige gang og ikke er under samme tag. I det omfang strategien vil arbejde med "flere i behandling" er her et udviklingsområde.

Borgerne i behandling (behandlingspopulationen)

Data

Der er to typer data til at beskrive borgerne i behandling. Der er behandlingsstedernes egne registreringer, og der er de registreringer, som behandlingsstederne indberetter til det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB). Begge datatyper er behæftet med mangler.

Den lokale dataregistrering er ufuldkommen og svært sammenlignelig. Københavns Kommunes Center for Alkoholbehandling har således ved overgangen fra regionen til kommunen måtte give afkald på det hidtidige registreringssystem. Det kommunale registreringssystem er kun implementeret i en minimums-udgave. Det betyder, at det er begrænset, hvad der kan trækkes af data fra hjemtagningen d. 15.4.2009 og frem. Endvidere har kommunen ikke adgang til regionens data, så fra tiden før d. 15.4.2009 er kommunen afhængige af gamle opgørelser. Dertil kommer, at de to institutioner kommunen har samarbejdsaftaler med – Lænken og Afholdsambulatoriet – har lokale definitioner og registreringer. Det betyder, at det er svært at sammenligne på tværs.

De statslige NAB-data har kommunen kun begrænset og forsinket adgang til. Det er et handicap som forstærkes af, at kommunen ikke har mulighed for at validere data. Det er et relativt nyt system, og der har været problemer med datadisciplinen, dvs. at få alle behandlingssteder til at registrere i systemet.

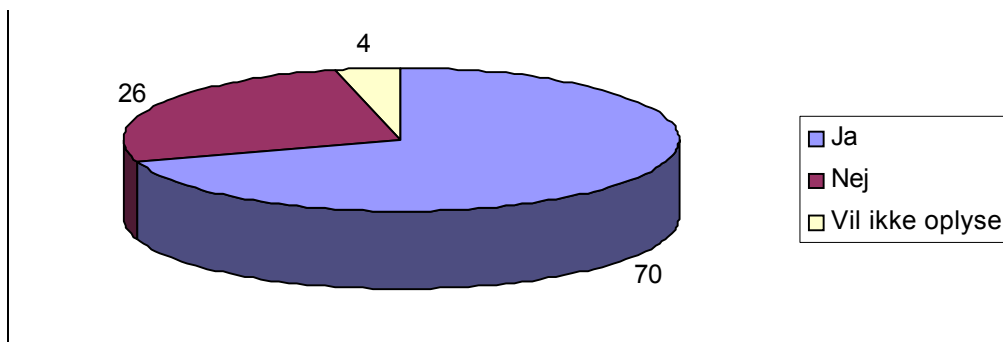
Til sammen betyder det, at det er svært at få pålidelige data for selv de mest simple forhold som antal brugere i behandling, antal behandlingsforløb og udskrivningsstatus. Både aktiviteten og resultaterne er således svære at belyse. Det er et grundlæggende problem, som bør adresseres i strategien. Indtil da må man

nøjes med de eksisterende data og tage de nødvendige forbehold.

Antal københavnere i behandling

Ifølge statslige NAB-data var der i 2007 og 2008 henholdsvis 2056 og 2105 københavnere i behandling for alkoholmisbrug (unikke brugere). Der er ikke NAB-tal for 2009 endnu.

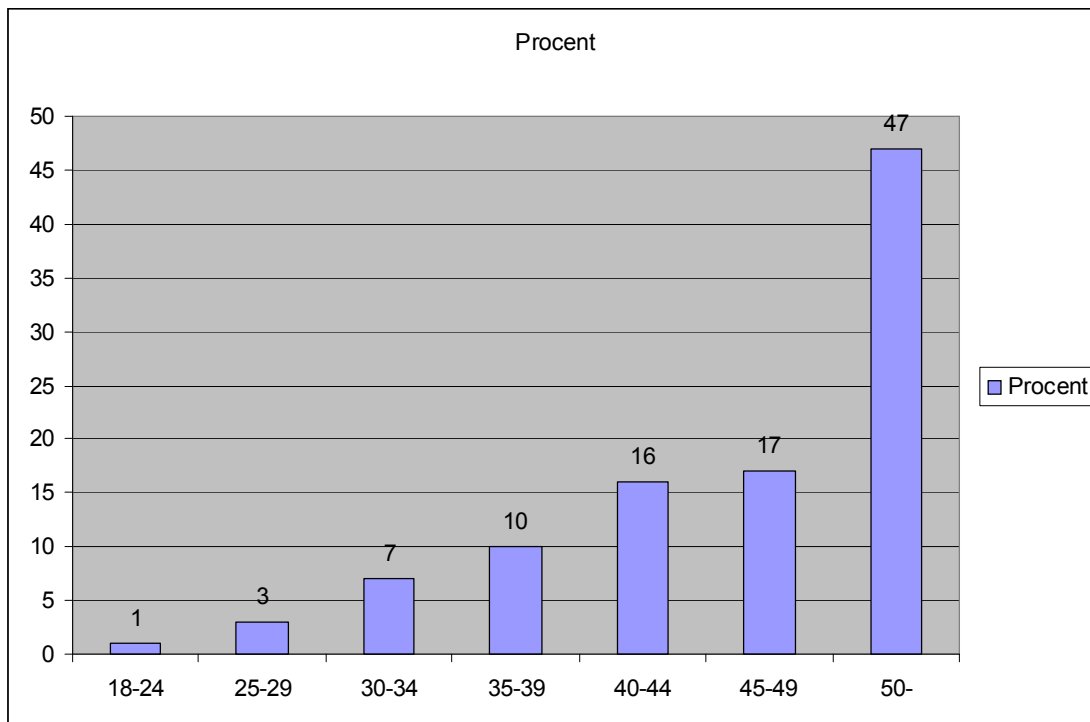
Forvaltningen formoder, at tallene kan være højere, da praksis for indberetninger formentlig stadig ikke var fuldt implementeret i institutionerne i 2007/2008. Det er bemærkelsesværdigt, hvor stor en del af de behandlede, som ved indskrivningen opgave, at de tidligere har været i behandling.



Figur 2: Andel af behandlingspopulationen 2008, som har haft minimum et tidligere behandlingsforløb

Køn, alder og civilstand

Det er fortrinsvis mænd, der søger behandling. Kvinder udgør således kun 30 % af den samlede behandlingspopulation. Behandlingspopulationen er endvidere kendetegnet ved at være midaldrende og ældre. Kun 20 % er under 40 år.



Figur 3: Behandlingspopulationen i 2008 fordelt på alder. I procent.

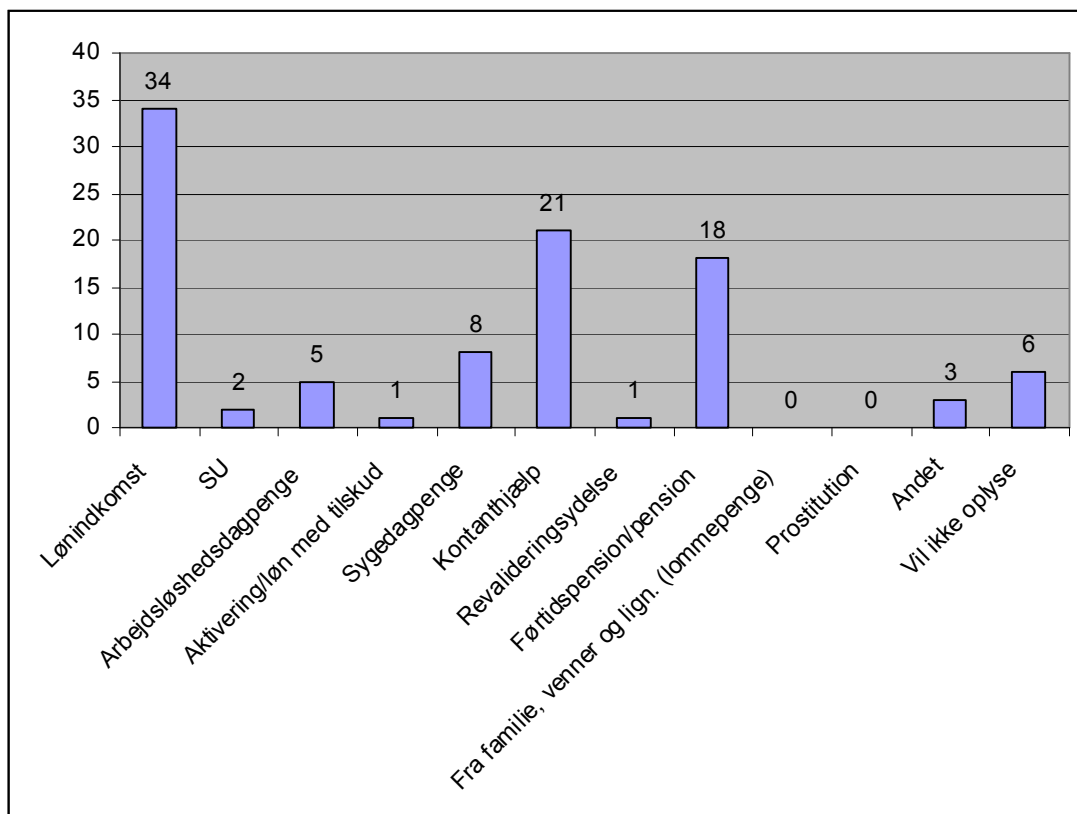
Den største del af behandlingspopulationen bor ikke i parforhold. Således opgiver

kun 28 %, at de er enten gift eller samlevende. 62 % er enten ugift, skilt, skilt fra samlevende eller separeret. De resterende vil enten ikke opgive deres civilstand (7 %) eller er enke/enkemand (4 %).

87 % af brugerne i behandling har børn. Langt størstedelen af disse børn er dog over 18 år eller er flyttet hjemmefra. 13 % af de indskrevne i behandling oplyser, at de har et eller flere børn under 18 år. Dertil kommer et relativt højt antal (13 %), som ikke ønsker at besvare spørgsmålet. Man kan formode, at det høje tal til dels dækker over forældre, der er bekymrede for underretninger til socialforvaltningen. Hvis formodningen er rigtig, er procentdelen af indskrevne med børn under 18 år altså højere end 13. Man kan ikke slutte om børnene bor hjemme hos den indskrevne.

Uddannelse, indtægt og boligforhold

62 % af de indskrevne har en uddannelse. 27 % har ingen uddannelse. De indskrevnes indtægter stammer i høj grad fra overførselsindkomster. Der er således blot 34 % som har en lønindtægt, mens 38 % får arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp, sygedagpenge, aktivering eller revalidering.



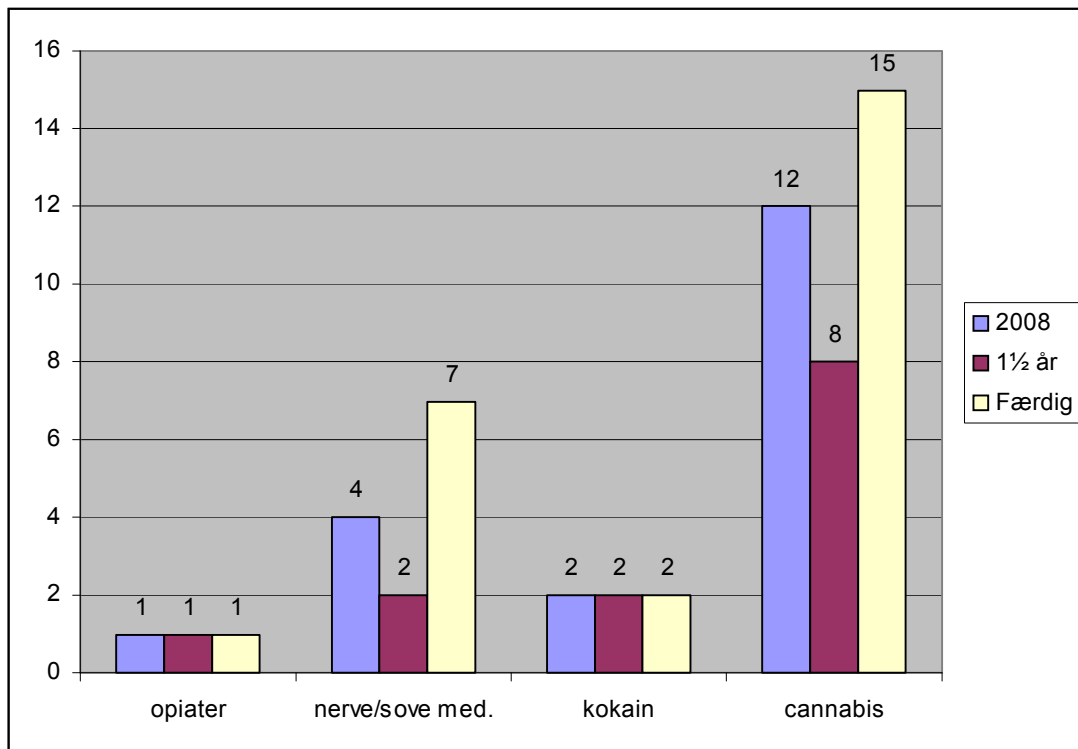
Figur 4: Behandlingspopulationen 2008 indtægtskilder. I procent.

Langt størstedelen (84 %) bor i egen bolig. 5,4 % bor enten på gaden (1,8 %) eller på institutioner inklusiv herberger og bofællesskaber (3,6 %). De resterende bor enten ved familie, i værelse eller ønsker ikke at svare på spørgsmålet.

Blandingsmisbrug

Ved indskrivningen i behandling er et af spørgsmålene hvilke andre rusmidler end alkohol, man har indtaget den seneste måned. 12 % af behandlingspopulationen i 2008 har således indtaget hash den seneste måned. 7 % har taget nerve/sove

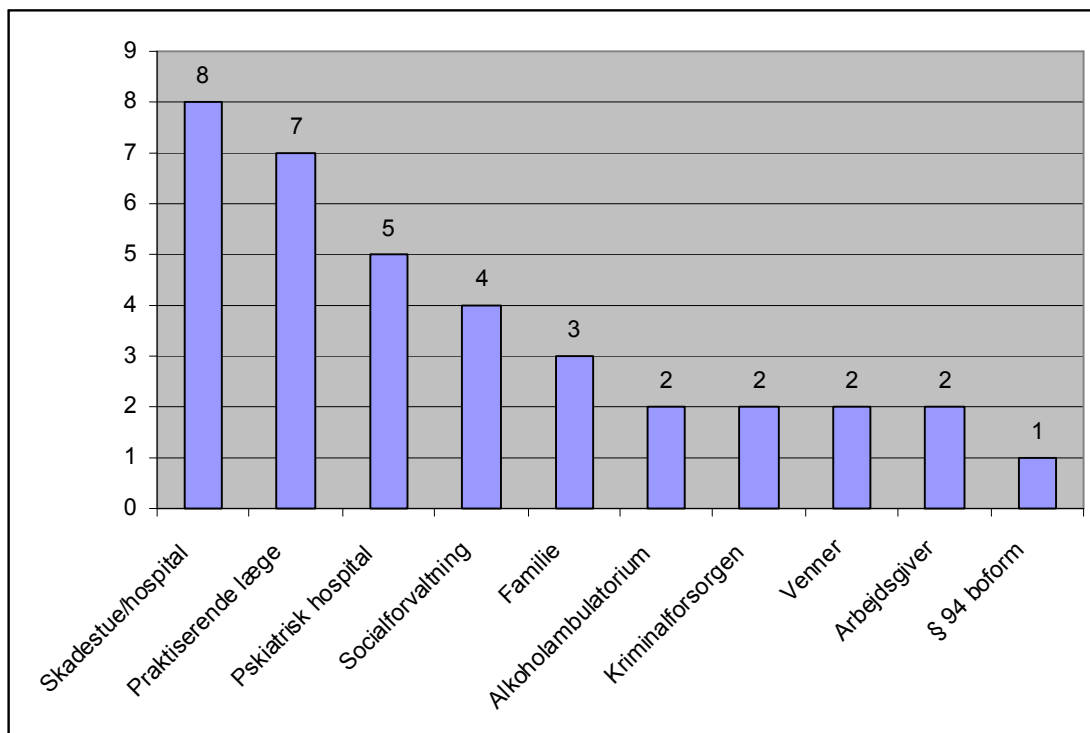
medicin og henholdsvis 1 og 2 % har brugt opiater og kokain. I nedenstående figur er 2008 populationen sammenlignet med henholdsvis en population af borgere som har været mere end 1½ år i behandling og borgere som er udskrevet færdigbehandlet. Man skulle umiddelbart tro, at de færdigbehandlede afspejlede en mindre belastet brugergruppe end borgere, som er lang tid i behandling, men i forhold til blandingsmisbrug lader det ikke til at være tilfældet, snarere omvendt.



Figur 5: Forbrug af andre rusmidler den sidste måned – sammenligning af 2008 population med gruppen af borgere i 2007 / 2008 som har henholdsvis længere behandlingsforløb end 1½ år og som er udskrevet færdigbehandlet.

Henvisning

Ambulant alkoholbehandling har selvmøderprincip, det vil sige, at man ikke skal visiteres men bare kan dukke op. Et af spørgsmålene i NAB-registreringen er ikke desto mindre, om man er blevet opfordret til at søge behandling og i så fald af hvem. Lidt over halvdelen (54 %) af de indskrevne i alkoholbehandling oplyser, at de ikke er opfordret men selv henvender sig med ønsket om behandling. Bag dette tal ligger formentlig en længere motivationsproces, hvor også andre – typisk familie – har haft en betydning. Der hvor der ligger en opfordring bag henvendelsen er det særligt sundhedsområdet, der har hjulpet til behandling.



Figur 6: Hvem ligger bag opfordring til behandling. 2008 population. I procent.

Opmærksomhedspunkter

Tallene giver anledning til fremadrettede overvejelser blandt andet omkring underrepræsentation af nogle grupper.

Aldersmæssigt er det slående, hvor mange der er oppe i årene i behandlingspopulationen. Når kun 20 % af de indskrevne er under 40 år, kunne man have som hypotese, at der er en gruppe borgere, som kunne hjælpes tidligere.

Borgere i arbejde er også en gruppe, der fortjener opmærksomhed. Det er kun 34 % af behandlingspopulationen, der har en lønindkomst. Det indikerer, at behandling for alkoholmisbrug for mange først opleves påtrængende / relevant, når den sociale deroute er fremskreden.

I forhold til den ulige kønsfordeling, er det rimeligt at antage, at den afspejler forskelle i forbrugsmønstre de to køn imellem. Med udjævningen i alkoholforbruget blandt unge² kan en udjævning også tænkes indenfor behandlingspopulationen. Et forhold der kan medtænkes; blandt andet når behandlingen "markedsføres".

Minimum 13 % af de indskrevne har hjemmeboende børn under 18 år. Et forhold der gør det relevant at efterse tilbudet til de pårørende og de procedurer, der sikrer opmærksomhed omkring børnedimensionen.

12 % af borgerne i alkoholbehandling oplyser ved indskrivning, at de har røget hash inden for den seneste måned. Et forhold som bør skærpe opmærksomheden på behandlingen af blandingsmisbrug. Man kunne forestille sig en øget viden om hash (og andre stoffer) vil være relevant i behandlingen.

² Sundhedsstyrelsen: "Undersøgelse af 11-15 åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2006"

En yderligere gruppe, der er underrepræsenteret i behandlingspopulationen er de hjemløse. Hjemløseredegørelsen³ fortæller, at 44 % af de hjemløse har et alkoholmisbrug. Af 1494 hjemløse københavnske borgere svarer det til 657 borgere. Maksimalt 5 % af behandlingspopulationen er i en hjemløsesituation. Det svarer til ca. 100 personer. Det står klar, at der her er en stor gruppe med et alkoholmisbrug, som ikke får – i hvert fald klassisk, ambulat – alkoholbehandling. Spørgsmålet er, hvilken type alkoholbehandling der matcher til denne gruppe.

Indsatsområder

Alkoholstrategien fra 2008 oplistede en række indsatsområder, det var påkrævet at handle på, hvis strategien skulle indfri sine mål. Da alkoholområdet på det tidspunkt var nyt i kommunen, handlede en del af indsatserne om implementering af området i kommunen. I denne evaluering er spørgsmålet til hvert af indsatsområderne: Hvilken indsats har der været på området? Hvilke resultater er opnået? Hvilke opmærksomhedspunkter er der fremadrettet?

Visitation til dag- og døgnbehandling

Indsatsen: Kommunen har – som der blev lagt op til i strategien – hjemtaget visitationen til dag- og døgnbehandling. Rådgivningscenter København har således fået visitationskompetencen. Der har været afholdt kurser for medarbejderne i modtageenhederne for at forberede dem på opgaven, ligesom der har været et samarbejde med Center for Alkoholbehandlings psykiater omkring visitationen. Rådgivningscentret har udviklet retningslinier for visitationen⁴.

Resultater: Resultatet er, at visitationen er i drift, som planlagt. Det er forvaltningens vurdering, at visitationsopgaven er velintegreret, og at opgaven løses meningsfuldt og kompetent i modtageenhederne. I 2009 gjorde modtageenhederne brug af 15 forskellige ikke-kommunale behandlingssteder, hvilket indikerer en differentieret visitation. Et konkret resultat er, at modtageenhederne har opnået at få de fleste borgere, som var fastlåst i socialpædagogiske ”langvarigt midlertidige” ophold, over i andre mere relevante tilbud som fx plejehjem. Dermed er puljen til døgnophold ikke mere belastet af disse omsorgsophold.

Opmærksomhedspunkter: RCK gør opmærksom på, at nogle borgere og samarbejdspartnere kunne ønske sig et højere serviceniveau – dvs. flere døgnophold – end der er finansiering til. Det opsøgende sundhedsteam oplever endvidere visitationen som for omstændelig, så motiverede borgere ikke kommer af sted til behandling i tide. Det kan have betydning for Sundhedsteams meget udsatte borgere. Endelig skal arbejdsdelingen mellem modtageenheder, Center for Alkoholbehandling (som indstiller) og voksenenhederne fortsat have opmærksomhed med henblik på justeringer.

”Visitation” til ambulant

Indsatsen. Planen var at samarbejde med de ambulante behandlingssteder om at tydeliggøre deres behandlingsprofil. Profilen skulle så kommunikeres samlet ud til de behandlingssøgende, så de valgte det – for dem – bedste sted at gå i behandling. Denne opgave er ikke løst som planlagt. Virkeligheden - i form af hjemtagning af

³ SFI: National hjemløsetælling 2009

⁴ RCK: ”Alkoholbehandling – indstillingspraksis og håndtering af snitflader mellem voksenteam og modtageenheder (RCK)”, juli 2009

regionens tilbud - har indhentet problematikken. Center for Alkoholbehandling har således varetaget en stor del af formidlingsopgaven. Centret har udsendt en folder til apoteker, hospitaler, m.fl. I folderen er alle de ambulante behandlingstilbud nævnt, så intentionerne om at orientere ud fra helheden i behandlingstilbudet er delvist varetaget.

Resultater. Formidlingsindsatsen har været stærkt medvirkende til, at der ikke skete et større brud i behandlingsindsatsen i forbindelse med hjemtagningen. Dels kom belægningen i Center for Alkoholbehandling hurtigt op på 75 % og dels steg belægningen i både Lænken, København og Afholdsambulatoriet i 2009 i forhold til 2008.

Opmærksomhedspunkter. Der er vigtige erfaringer med medier: Biblioteker kan centralt varetage formidlingen af brochurer med et alment formål. SUF udsender et elektronisk nyhedsbrev til de praktiserende læger. Desuden skal der rettes opmærksomhed mod den stigende tendens til, at de enkelte centre reklamerer for sig selv – det gælder også de kommunale centre. Det giver et større ejerskab af formidlingen, men det betyder også, at forvaltningen skal genoverveje, hvordan et helhedsbillede af kommunens tilbud skal formidles.

Visitation af skizofrene alkoholmisbrugere

I strategien var der overvejelser om visitationen af skizofrene alkoholmisbrugere. Tanken var at medtage alkoholmisbrug i det fælles visitationsudvalg, der er med regionen på stofmisbrugsområdet. Der er ikke taget skridt til denne sammensmeltning. Det som er sket er, at der er nedsat en arbejdsgruppe mellem socialforvaltning og region. Arbejdsgruppen skal se på snitflader de to områder imellem. Her vil alkoholproblematikken kunne medinddrages.

Tidlig intervention

Strategien fra 2008 nævner potentialet i tidlig intervention men lægger ikke op til konkrete handleplaner. Der har i perioden ikke været indsatser i form af tidlig intervention. Prioriteringen har været at få den hjemtagne behandling i drift.

Behandling i modtageenhederne

Indsatsen. I forlængelse af strategien har Rådgivningscenter Københavns modtageenheder tilbudt alkoholbehandling siden november 2008. Målgruppen er yngre alkoholmisbrugere mellem 18-30 år. Der er med tilbuddet skabt fire nye indgange til behandlingssystemet, og der er et tilbud som målretter sig mod en gruppe brugere som i meget ringe grad henvender sig til behandlingssystemet aktuelt.

Resultater. Det har gennem 1½ år vist sig at være svært at tiltrække målgruppen til modtageenhederne. Der var i løbet af 2009 kun 16 i behandling. Det står ikke mål med de ressourcer, der er afsat.

Opmærksomhedspunkter. Den lave belægning kan både afspejle, at målgruppen af yngre alkoholmisbrugere er svær at nå, og det kan afspejle, at det er svært at integrere alkoholbehandlingen i modtageenhederne. I 2008 var der i den samlede københavnske behandlingspopulation indskrevet 73 under 30 år – (1 i modtageenhederne). Andre behandlingssteder har altså en vis succes med at nå målgruppen, selvom de ikke har den som eksplicit målgruppe.

Pårørendetilbud: Familieambulatoriet på Thoravej

Ved strategiens udformning var der to pårørendeprojekter under udformning: Familieambulatoriet på Thoravej skulle udvide deres familieorienteret behandling til også at omfatte alkoholmisbrugere, og der skulle oprettes et nyt rådgivningstilbud til børn og unge i familier med alkoholproblemer. De to tilbud har fungeret i snart to år og er blevet forlænget 4 år. Projekterne er evalueret af DU-udsatte.

Indsatsen. Familieambulatoriet har haft 23 brugere i behandling, hvoraf de 5 er blevet udskrevet igen.

Resultater. Det er efter nogle startvanskeligheder lykkedes at få indskrevet relevante brugere i behandling. Der er etableret en drift af tilbudet i tilknytning til Familieambulatoriet. En konstruktion der gør det muligt at trække på ambulatoriets kompetencer. Det er lykkedes at integrere alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Evalueringen er varsom med at konkludere på behandlingsresultaterne, men tolker dog resultaterne i 4 af 5 udskrivninger som positive.

Opmærksomhedspunkter. Evalueringen peger på tre opmærksomhedspunkter til det fortsatte arbejde: Der skal strammes op på indskrivningerne, så kun den eksplicite målgruppe får tilbudet. Man skal forholde sig til snitfladen til andre alkoholtilbud, så tilbudene supplerer hinanden. Samarbejdet til familieambulatoriet i Hvidovre, praktiserende læger og sundhedsplejersker skal taget op til refleksion og justering.

Pårørendetilbud: Anonymt rådgivningstilbud til børn og unge med alkoholproblemer

Indsatsen. Der er oprettet et rådgivningstilbud til børn og unge i familier med alkoholproblemer. Tilbudet har været samlokalisert med et børne- og familieteam i Socialcentret. Børn og unge har mulighed for at kontakte alkoholkonsulenterne anonymt via telefon, mail eller ved fremmøde. Der er endvidere etableret en hjemmeside med råd og vejledning til de unge. Projektet har været i kontakt med 126 individuelle børn og unge. I de fleste tilfælde har rådgivningen strakt sig over flere gange. Projektet har endvidere haft kontakt til 175 pårørende og professionelle. De ansatte i projektet har endvidere rådgivet og undervist professionelle.

Resultater. Projektet har formået at markere sig og nå ud til målgruppen. Projektets interne evaluering viser, at 2 ud af 3 af de unge, som henvender sig, oplever sig hjulpet og nu ved, hvordan de skal agere. 79 % af børnene og de unge henvender sig mere end en gang, hvilket også indikerer, at de oplever sig hjulpet. Rådgiverne i projektet har på baggrund af samtalerne indgivet 51 underretninger. Evalueringsdesignet giver ikke mulighed for at måle, hvordan livskvalitet og familiedynamikker er påvirket af rådgivningen.

Opmærksomhedspunkter. Rådgivningen har udviklet sig til ikke kun at være til for børnene og de unge, men også at være en vidensbank for professionelle. Hvis denne udvikling formaliseres, skal vidensbankens rolle i det samlede alkoholtilbud afklares. Opmærksomheden bør også rettes mod tilbudets kapacitet. I de 1½ år projektet har foretaget registreringer har 126 individuelle unge fået rådgivning i forbindelse med i alt 588 henvendelser. Det svarer til 16 henvendelser pr. medarbejder pr. måned. Den relativt lille kapacitet siger noget om, at projekter kræver tid for at blive etableret, men det kan også sige noget, om at rådgivningsfunktioner skal være knyttet til institutioner, så medarbejder-ressourcerne

bliver fuldt udnyttet.

Tilknytning til hospitaler

Indsats. Regionens tidligere tilbud – Alkoholenheden – lå i tilknytning til fem hospitaler i hovedstadsregionen. Samarbejdet var tæt, hvilket førte til en del henvisninger fra de akutte modtagelser og psykiatriske afdelinger til alkoholbehandlingen. Denne nære tilknytning blev brudt med den geografiske og organisatoriske flytning af behandlingen ud fra hospitalerne. For at kompensere for bruddet har Center for Alkoholbehandling inviteret hospitalerne til åbningsreception og sendt brochurer til hospitalerne.

Resultat. En mindre undersøgelse af henvisningerne til behandlingen viste, at der fortsat er en del, der er henvist fra hospitalsvæsenet, men dog mest de psykiatriske skadestuer.

Opmærksomhedspunkter. Hvis der er kapacitet til flere i behandling, er hospitalerne fortsat en mulighed for at rekruttere. Det kan fx ske gennem fortsat målrettet information, og det kan udvides med genoptagelse af stuegang på akutmodtagelserne.

Tilpassede tilbud til udsatte grupper

Indsats. Der er ikke i forlængelse af alkoholstrategien taget initiativer i forhold til udsatte grupper. Den eksisterende indsats foretages af de kontekster, hvor de udsatte møder hjælpesystemet i øvrigt: Hospitaler, herberger, på gaden og i stofmisbrugsbehandling. Det mest målrettede behandlingstilbud til gruppen er det opbyggende Sundhedsteam.

Opmærksomhedspunkter. Det ligger ikke lige for at udvikle behandlingstilbud til udsatte borgere. Deres problemer er multiple, og indsatsen skal formentlig afspejle denne kompleksitet. Center for Alkoholbehandling har således ikke ressourcer til at fastholde meget kaotiske borgere i en behandlingsform, der kræver fremmøde og en vis selvdisciplin. Spørgsmålet er, om dimensionen "alkoholbehandling" kan og skal integreres mere systematisk i de kontekster, hvor de udsatte i øvrigt er.

Kommunale pleje- og botilbud til aktive og ædru alkoholmisbrugere

Strategien nævnte muligheden af at udvikle alternative kommunale tilbud til de eksterne socialpædagogiske tilbud, som plejkrævende alkoholmisbrugere hidtil er visiteret til. Der er ikke udviklet nye tilbud, men det er – som før nævnt - lykkedes at hjemtage de fleste af de borgere, som var "langtidigt midlertidige" (op til 10 år) i socialpædagogiske tilbud rundt omkring i landet. Borgerne har nu hjemme i tilbud som fx plejehjem.

Dagbehandling

Indsats: Strategien lagde op til udvikling af et dagbehandlingstilbud som supplement til den ambulante behandling og døgnbehandlingen. Et trin 2 tilbud med en "mellem" behandlingsintensitet. Et sådan tilbud er nu etableret i samarbejde mellem Center for Alkoholbehandling og Center for Misbrug. Planen er at tilbudet retter sig både mod alkohol- og stofmisbrug. Tilbudet er startet men ikke færdigudviklet.

Resultater: Det er lykkedes at udvikle et tilbud i samarbejde mellem alkoholbehandlingen og stofmisbrugsbehandlingen. Det er endnu for tidligt at sige, hvad behandlingsresultaterne er.

Opmærksomhedspunkter. Dagbehandlingen skal følges med henblik på at se, hvordan det lykkes at integrere alkohol- og stofområdet på dette afgrænsede felt. Det bliver også interessant at se, hvorledes faglighederne for de to områder går i samspil.

Tilbud til yngre alkoholmisbrugere

Se under afsnittet "behandling i modtageenhederne".

De styrende principper

Trinbehandling

Trinbehandlingen er en simpel opdeling af behandlingen i tre intensitetsgrader: 1, 2 og 3. Princippet er, at man bør begynde med den mindst indgribende behandling. Princippet bygger på evidens fra fx MTV-rapporten. Det er således veldokumenteret, at meget intensiv behandling som døgnbehandling ikke har meget bedre behandlingsmæssig effekt end ambulante behandling. Supplerende bør tilføjes, at andre forhold som psykisk sygdom, hjemløshed og behandlingserfaringer kan tale for døgnbehandling som den eneste mulige behandlingsform alligevel.

Princippet er på flere måder velintegreret på relativ kort tid, siden dets introduktion i Københavns behandlingssystem i november 2006⁵. Princippet har flere styrker:

- Princippet er billedligt og simpelt, hvilket gør det let at forstå. Det betyder, at man får et fælles begreb til at kommunikere om den mange facetterede behandling.
- Princippet bygger på evidens, hvilket gør det legitimt.
- Princippet kan bruges til at kommunikere om ressourcer på. Det betyder, at udvikling af nye tilbud, spare- og ønskeforslag alle kan rubriceres på en måde, der giver mening på tværs af økonomitænkning og ledelses tænkning. Princippet er et godt planlægningsværktøj.

Princippet har også svagheder

- Princippet kan ikke bruges til at sætte entydige trin-takster på alle behandlingspladser. Mange specialiserede tilbud bryder med sådanne simple budgettrin. Det gælder særligt på stofmisbrugsområdet. Risikoen er, at den økonomiske tænkning forventer mere af trintanken, end den kan bære.
- Princippet er i det hele taget nok godt til kommunikation, men spørgsmålet er, hvor meget det siger om virkeligheden.

Princippets helt store fortjeneste har været at medvirke til en vigtig justering af behandlingssystemet (ikke mindst på stofområdet). Ambulante behandling har fået tilkendt højere status og større rolle. Det har betydet, at det har været muligt at kvalitetsudvikle den ambulante behandling, og det har betydet, at brugere og samfund har fået mere effekt for midlerne til behandling.

På alkoholområdet har Center for Alkoholbehandling integreret princippet om trinbehandling. Centret har således et velfunderet trin 1 tilbud, som er det første trin som er relevant for langt de fleste, som søger alkoholbehandling. Erfaringen er dog, at der er borgere, for hvem trin 1 ikke er relevant. Det gælder borgere som er for

⁵ Sektorplan for Københavns Kommunes indsats overfor stofmisbrug 2006-2008

kaotiske til selvstændigt at møde op til aftaler. Det er typisk borgere, som har prøvet trin 1 behandling – ofte flere gange – uden held og uden at kunne fastholdes.

Fremadrettet skal Center for Alkoholbehandling have bedre adgang til umiddelbart at hjælpe borgere med ringe prognose videre til andre tilbud, som har større mulighed for at nå resultater. Det er en opgave, der nødvendigvis skal løses i samarbejde med Rådgivningscenter København og selvfølgelig inden for de lovgivningsmæssige- og økonomiske rammer.

Trinbehandling vil som princip nok have en nedtonet rolle at spille fremadrettet. Den simple metafor er for snæver til at rumme kompleksiteten, og princippet har opnået, hvad det skulle: At sætte behandlingsintensitet i relation til effekt.

Evidens – og effektstyring

Evidensbaseret behandling er et princip, som skal sikre, at der er bedst mulig dokumentation for, at indsatserne er effektfulde. På alkoholområdet er det et stadfæstet princip i den tidligere Alkoholenhed, nu Center for Alkoholbehandling. I Lænken er man ved at udvikle behandlingen i den retning. I Afholdsambulatoriet gør man ikke eksplicit brug af terminologien.

Princippet er altså rimelig velimplementeret på alkoholområdet, hovedsageligt på grund af Center for Alkoholbehandlings behandlingstradition. Der er stadig områder, hvor princippet kan bruges til at sætte spørgsmålstejn ved traditioner og ressourceforbrug. Fx har BR vedtaget, at alle kommunens ansatte kan optage lån til døgnbehandling i Minnesotaregi. Det er ikke en evidensbaseret at bruge hverken midler eller behandling på. Tilbudet bunder i en gammeldags forestilling om, at behandling er døgnbehandling.

Effektstyring er princippet om at styre efter den målte effekt af indsatserne. Princippet har været svært at rulle ud over et helt nyt område i forvaltningen. Særligt er det problematisk, at dokumentationen ikke er veludviklet endnu. Når man ikke kan måle effekten, kan man heller ikke styre efter den. Fremadrettet skal registreringen udvikles ved at implementere registreringssystemet fra stofmisbrugsbehandlingen i alkoholbehandlingen. Data fra dette system, og eventuelt fra det nationale NAB-system, bør siden udvikles til ledelsesinformation i SOF-DW.

En erfaring til den fremadrettede effektstyring er, at de meget generelle mål, der blev sat i Alkoholstrategien, er svære at følge op på. Det vil være lettere at styre efter mål og resultater, hvis de bliver brudt ned på institutions- og projektniveau. Effekt på misbrugsområdet er ikke alene en funktion af indsatsen, men også en funktion af brugerens ressourcer og belastning. Det er svært at opnå gode behandlingsresultater med syge, demente, marginaliserede, ressourcetsvage mennesker. Effektmålinger bør derfor altid tage højde for målgruppens kapacitet til at ændre adfærd.

Integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling

I Alkoholstrategien stod, at integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen skal ske, hvor det er "meningsfuldt". Der er i den efterfølgende periode taget en række initiativer på tværs af de to områder. Initiativer der har givet nogle foreløbige erfaringer.

- Visitationen til dag- og døgnbehandling for de to områder er samlet i Rådgivningscenter København. Det er forvaltningens opfattelse, at det giver fagligt mening at tænke på tværs, når det gælder visitationsopgaven. Der er

fortsat nogle procedurer, der kan tilpasses og smidiggøres, men fagligheden i visitationen: Afdækning, vurdering, beslutning og opfølgning har langt flere fællestræk end forskelle i relation til behandlingen af de to rusmidler.

- Rådgivningscenter Københavns forsøg på behandling af yngre alkoholmisbrugere har ikke vist sig virkningsfuldt. Som tidligere nævnt er en del af forklaringen, at målgruppen er svær at nå. Men eftersom det lykkes for andre, er der tilsyneladende også forhindringer ved implementeringen og/eller stofmisbrugskonteksten.
- Familieambulatoriet i Center for Specialinstitutioner har integreret tilbud til familiemedlemmer med et alkoholmisbrug. Integrationen er sket i samme lokalitet og organisatorisk, men der har fortsat været nogle skel – også fordi det har været et projekt. Evalueringen af projektet fortæller, at integrationen har givet mening, fordi metoderne har kunnet genbruges, og der ikke har været kulturelle modsætninger mellem de to brugergrupper.
- Forchammersvej har gennem lang tid givet brugere plejeophold uanset misbrugsproblematik

Derudover er der nye initiativer, der vil give nye erfaringer: Den organisatoriske sammenlægning af Center for Alkoholbehandling og Center for Misbrug, og de selv samme centres udvikling af fælles dagbehandling. Det er svært at drage entydige konklusioner af de foreløbige erfaringer. En konklusion er dog, at det hidtidige princip ikke er modbevist, og fortsat kan være retningsgivende:

- At integrationen skal ske, der hvor det giver mening i forhold til faglighed og effektiv udnyttelse af ressourcer
- At vurderingen af en evt. integration skal ske fordomsfrit
- At det ikke mindst er på den organisatoriske plan, at integrationen kan ske.

Det kan være, at det særligt er i forhold til specialydelser (pleje, opsøgende) og ikke den basale behandling og rådgivning at integrationen skal ske. Der er i hvert fald ikke noget, der umiddelbart taler for, at fx Center for Alkoholbehandlings 3 afdelinger skulle fokusere deres indsats på andet end alkoholmisbrug.

Tilstødende problematikker

Tilstødende problematikker er ikke i sig selv et princip, det er måden at håndtere problematikkerne på, som kan være principiel. Det kan være "shared care", hvor man samarbejder med andre instanser omkring løsningen af brugerens problemer. Det kan være "case-manager", hvor en kontaktperson sammen med brugeren styrer brugerens vej ind og ud af tilbudene. Det kan være "helhedssyn", hvor man integrerer andre ydelser i misbrugsbehandlingen.

Center for Alkoholbehandling arbejder med fokus på alkoholmisbruget, men adresserer også tilstødende problematikker (comorbiditet i medicinsk terminologi). Centret varetager således selv psykiatrisk udredning, socialrådgivning og – i mindre omfang – familiebehandling. I centret er udredning og behandling af comorbiditet en fuldkommen central del af behandlingspaletten.

Afholdsambulatoriet har også ansat psykiater, ligesom Længen har tilknyttet psykiatrisk konsulent.

Center for Alkoholbehandling har erfaringer med – og kompetencer ud i – familiebehandling. Dertil har centret erfaringer med at inddrage børnedimensionen systematisk i behandlingsarbejdet. Det sker helt konkret ved at alle journaler er mærket, hvis der er hjemmeboende børn, og når brugeren er på

behandlingskonference, bliver børnedimensionen automatisk medtaget. En metodik som stofmisbrugsområdet måske kan få inspiration af. Fremadrettet bør det fortsat overvejes, hvor man skal prioritere decideret familiebehandling. Center for Alkoholbehandling har som sagt kompetencer til at løfte opgaverne, og der er også behov. Udover prioriteringsdiskussionen, bør snitfladerne til Familieambulatoriet og børne- og ungerådgivningen også tydeliggøres.

Mål

Som allerede nævnt, er de fire overordnede mål så overordnede, at de er svære at følge op på, fordi der ikke er dokumentation på dette generaliserede niveau. Når målene alligevel har haft betydning, er det fordi de har fungeret som pejlemærker. Det betyder, at målene har givet retning, når der skulle planlægges, prioriteres og vurderes. Fx var målet "flere i behandling" et pejlemærke ved hjemtagningen af den ambulante alkoholbehandling. Det blev et fælles projekt, at få antallet af borgere i behandling op på et så højt niveau så hurtigt som muligt. Fremadrettet vil det stadig give mening at sætte nogle overordnede mål, som fælles pejlemærker. De overordnede mål bør ikke være underlagt krav om nøje dokumentation. Den meningsfulde dokumentation, evaluering og styring bør være rettet til institutioner og projekter.

Færre skader og omkostninger for den enkelte

Der er ikke dokumentation for dette overordnede mål. Data fra NAB er udelukkende indskrivningsdata bortset fra en enkelt registrering ved udskrivning: Udskrivningsårsag. Denne registrering bærer præg af problemer med implementering af registreringssystemet og er således ikke valid. Det var ellers det nærmeste, man kunne komme en indikation på et resultat.

Kvaliteten i behandlingen kan tolkes som en indirekte indikator for resultater på individniveau. Det skal forstås sådan, at hvis behandlingen er tilrettelagt, så den følger forskrifterne for effektiv behandling, er det sandsynligt, at behandlingen leder til resultater.

Afholdsambulatoriet har tilknyttet psykiater, de ansatte har lang tids erfaring med alkoholbehandling og 70 % af borgerne har haft minimum et års behandling. Det er forhold, der taler for effekt. Afholdsambulatoriet gør ikke eksplicit brug af evidensbaserede metoder og intern kvalitetssikring som fx behandlingskonferencer. Forhold som *kan* tale for en mindre effekt.

Lænken anvender evidensbaserede metoder og personalet har erfaring hermed og er uddannet hertil. Lænken har tilknyttet psykiater, psykolog og tilbyder blandt andet gruppebehandling. Københavnske borgere er gennemsnitligt indskrevet 145 dage. Alt sammen forhold, der taler for effekt af behandlingen på individniveau.

Center for Alkoholbehandling anvender evidensbaserede metoder, personalet er erfarent og uddannet i metoderne. Metoderne implementeres med instrukser, som følges op, og som kvalitetssikres gennem audit (fælles systematisk gennemgang af cases). Der er ansat psykiater. Der er intern kvalitetssikring i form af supervision og behandlingskonferencer. Minimum 56 % af de indskrevne er mindst indskrevet i 255 dage. Alt sammen forhold, der taler for effekt på individniveau.

Fremadrettet bør der sikres en troværdig inddatering af udskrivningsårsag i NAB-registreringen. I øvrigt bør kommunen være i dialog om kvaliteten med behandlingssteder som kommunen har samarbejdsaftaler med og – så vidt muligt – også øvrige steder, der har københavnske borgere i behandling.

Færre skader og omkostninger for samfundet

I Alkoholstrategien nævnes det, at alkoholforårsagede skader udgjorde mellem 1,2 og 2,0 mio. kr. i 1999. Det er især indirekte skader i form af nedsat arbejdsevne, øget sygelighed, sociale omkostninger, kriminalitet og trafikulykker. Der er ikke direkte dokumentation for, hvor vidt der er opnået reduktion af disse skader. Det må dog formodes, at skaderne mindskes i takt med resultaterne af behandlingen, således, at de ovenfor nævnte indirekte indikatorer for effektiv behandling også gælder her. Ræsonnementet er, at hvis borgeren får kontrol med deres alkoholproblem, bliver de også mindre syge, kører mindre galt, bliver en bedre arbejdskraft med mere.

Der er andre samfundsmæssige effekter ind de afledte effekter af den individuelle behandling. Der er tilbudene til børn og pårørende i Center for Alkoholbehandling, Familieambulatoriet og Børne- og ungerådgivningen. Tilbud som afhjælper skader på omgivelserne. Center for Alkoholbehandling og Afholdsambulatoriet har også samarbejde med Kriminalforsorgen i forhold til domsvilkår og prøveløsladelsesvilkår. Her er alkoholbehandlingen direkte med til at lette overgangen til samfundet og til at mindske kriminel adfærd. Endelig har Center for Alkoholbehandling et samarbejde med Sundhedsstyrelsen om behandling af autoriseret sundhedspersonale. Centret er således med til at sikre en samfundsmæssig institutions (det autoriserede lægepersonales) integritet og effektivitet.

Flere i behandling

Som nævnt flere gange er datakvaliteten for borgere i alkoholbehandling ringe. Det betyder, at nedenstående data skal tages med forbehold.

Nedenfor fremgår antallet af københavnere, der har været i behandling de sidste tre år. Tallene omhandler unikke borgere – dvs nogle af dem har haft flere behandlingsforløb i årets løb.

	2007	2008	2009
NAB data	2056	2105	Ikke tilgængeligt

Tabel 2: Antal københavnere i alkoholbehandling – unikke borgere. Kilde: NAB

Nedenfor fremgår antallet af behandlingsforløb københavnere har været i gennem de sidste 3 år. Det kraftige fald til 2009 skyldes to forhold: At der ikke er tal fra Regionen i 2009. Regionen varetog v. Alkoholenheden behandling de første 4½ måned af 2009, inden kommunen hjemtog behandlingen. Det andet forhold er, at Center for Alkoholbehandling ikke har haft fuld belægning i det første år.

	2007	2008	2009
Alkoholenheden	1676	1667	Ikke tilgængeligt
Center for Alkoholbehandling	x	x	1102
Lænken	335	379	425
Afholdsambulatoriet	383	411	438

Øvrige	?	?	?
I alt	2394	2457	1965

Tabel 3: Antal behandlingsforløb for københavnere. Kilde: CfA, Regionen, Lænken og Afholdsambulatoriet.

Forbehold:

- Alkoholens tal for 2009 er ikke tilgængelige
- Afholdsambulatoriet skelner ikke mellem københavnere / ikke-københavnere
- Lænkens tal for 2007 er ikke entydigt
- Øvrige dækker over behandlingssteder i andre kommuner (undtaget Lænkeambulatorier)

Godt 2000 københavnere er i behandling årligt. Man kan dertil lægge en gruppe borgere, som bliver behandlet ved egen læge. Det gælder i omegnen af 1.700 borgere⁶, som dog får et meget begrænset behandlingstilbud – typisk blot ordineret antabus. Konklusionen er entydig: Det er ikke lykkedes at få flere i behandling. Og problematikken er stadig lige relevant.

Den overordnede vurdering er, at det er et meget lavt tal i forhold til den store gruppe på 19.000 københavnere, der har et afhængighedsforhold til alkohol⁷. Det må stadig være et overordnet mål at få flere i behandling for at opnå en øget reduktion af skader for de misbrugende og omgivelserne.

Data må og skal nødvendigvis blive mere præcise fremadrettet. Det gælder de nationale NAB-registreringer, som heldigvis vil være bedre implementeret i 2009 og frem. Og det gælder kommunens egen registrering, der bør være udbygget.

Alkoholbehandling for alle

I Alkoholstrategien var det et mål, at behandlingen også skulle være relevant for grupper, der var underrepræsenteret. Det var grupper som de yngre alkoholmisbrugere og de mest udsatte grupper som hjemløse, blandingsmisbrugere og psykisk syge. NAB-data og data fra Det centrale Psykiatriregister⁸ viser, at arbejdsløse, psykisk syge og til en vis grad blandingsmisbrugere er repræsenteret i alkoholbehandlingen. Tallene viser derimod, at der er relativt få hjemløse, der får alkoholbehandling. Det modsvarer erfaringerne fra Center for Alkoholbehandling, som har svært ved at fastholde meget kaotiske og hjemløse borgere i den ambulante behandling. Hvis målet om alkoholbehandling for alle skal opretholdes og forfølges skal der være et særligt fokus på de hjemløse og kaotiske, og der bør tænkes ud af de etablerede ambulante behandlingssteder.

Samarbejde og koordinering

Evalueringen vil afslutningsvist berøre, hvordan samarbejdet med andre sektorer og forvaltninger har understøttet strategien. I Alkoholstrategien var der intentioner om samarbejdsfora med SUF og andre forvaltninger. Der har været bilaterale møder, men der er ikke nedsat formelle fora. Det skal genovervejes fremadrettet. I den forbindelse skal man overveje, om alkohol- og stofområdet med fordel kan behandles af det samme forum / samme fora.

⁶ Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune 2006

⁷ Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige, Center for Rusmiddelforskning, 2004

⁸ Notat omkring dataudtræk for Danmarks Statistik – IHM, 2010

