

Socialforvaltningen  
Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig  
Bernstorffsgade 17  
1592 København V  
Att. Mi Kortzau

D. 27.03. 2008

### **Høringssvar vedrørende Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling.**

Tak for det tilsendte papir, som vi har læst med stor interesse. Vi synes der er tale om et oplæg med mange spændende perspektiver.

Det følgende er nogle kommentarer fra Lænken til den formulerede strategi:

Vi mener de 4 overordnede mål kan fungere som en god ramme om indsatsen, idet de både tager udgangspunkt i den enkelte borger og har en ambition om at styrke alkoholbehandlingen både hvad angår omfang og bredde i målgruppen.

Vi er enige i, at behandlingen bør sigte bredt på afholdenhed, kontrolleret drikning og begrænsning af skader som følge af afhængigheden med udgangspunkt i borgerens behov. At borgeren sætter sine egne mål for behandlingen i samarbejde med en professionel behandler er et grundlæggende princip i Lænkens behandling.

Den nævnte trinbehandling mener vi er en god udnyttelse af ressourcerne til gavn for borgeren. Lænken har igennem ca. 4 år indtil 1. januar 2008 kunnet tilbyde vederlagsfri dagbehandling i ambulatorierne i Glostrup eller Roskilde, når det blev vurderet, at en mere intensiv behandling end den ambulante basisbehandling var påkrævet, uden at der dog var behov for døgnbehandling, eller døgnbehandling ikke var ønskelig på grund af f.eks. familiære forhold.

Kun dagbehandlingen i Glostrup udbydes nu vederlagsfrit og formodentlig kun året ud. Skulle et dagbehandlingstilbud i København komme på tale, har Lænken København gode muligheder for at etablere et sådant. Som organisation har Lænken erfaringer at bygge på, både hvad angår organiseringen og indholdet af et dagtilbud.

Vi finder det glædeligt, at Københavns Kommune etablerer tilbud til børn i familier med alkoholproblemer og at tilbud til øvrige pårørende er medtaget i strategien. Det er Lænkens erfaring, at tilbud til ægtefæller og partnere fungerer godt i sammenhæng med behandlingen af alkoholmisbrugeren. Der kan f.eks. være tale om et forløb med en kombination af individuelle samtaler med en partner samt parsamtaler i tilknytning til individuel behandling af alkoholmisbrugeren.

Derimod kan tilbud til voksne børn af alkoholmisbrugere etableres både inden for og uden for rammerne af den ambulante behandling.

Lænken har etableret familiebehandling i tre ambulatorier, hvortil der til og med 2008 kan henvises til vederlagsfri behandling efter behov. Vi mener, at familiebehandling bør være en integreret del af den samlede alkoholbehandling og foreslår at den inddrages i strategien.

En vigtig problemstilling vedrørende tilbud til familiebehandling og pårørende er naturligvis finansieringen, idet denne målgruppe ikke er omfattet af den lovpligtige alkoholbehandling.

Vi mener et hovedprincip i alkoholbehandlingen må være, at der er en vifte af tilbud for at imødekomme såvel bredden i målgruppen/de forskellige målgrupper som kombinationsmuligheder i de enkelte behandlingsforløb samt grader af intensitet i behandlingen. Det må herefter bero på en nærmere vurdering, hvilke tilbud den enkelte institution med fordel kan påtage sig.

Med hensyn til formuleringen i sidste afsnit om evt. at hjemtage behandlingen til kommunalt regi, vil vi som selvejende organisation naturligvis gerne pege på fordelene ved at bevare en sådan organisation, som er opbygget gennem en lang årrække. Herunder kan nævnes nogle af Lænkens "stordriftsfordele": Intern kompetenceudvikling, læring og sparring, udviklede behandlingskoncepter, et unikt samarbejde mellem professionelle og frivillige, et omfattende vikarkorps til dækning ved sygdom og ferie m.v. Lænken lægger desuden stor vægt på tilgængelighed og fleksibilitet (hvis man f.eks. bor i København og arbejder i Hillerød kan man henvende sig der ved behov, eller hvis man møder i Lænken København med abstinenser på et tidspunkt, hvor der ikke er lægedækning, kan man tage til et andet Lænke-ambulatorium, om nødvendigt med taxabon).

Vi ser i oplægget en udmelding om, at Københavns Kommune vil udbygge sin koordinerende funktion på alkoholområdet, hvilket vi finder meget positivt. Vi mener, at et mere effektivt samspil mellem de eksperter, der findes i forvaltningerne, behandlingsinstitutionerne og andre institutioner vil højne den samlede indsats. Vi bidrager gerne til at styrke et tværgående samarbejde med udgangspunkt i borgerens behov.

Med venlig hilsen

Stella Lützer  
Distriktsleder

Lænken København  
Vesterbrogade 28  
1620 Kbh. V  
[stlr@laenke-ambulatorierne.dk](mailto:stlr@laenke-ambulatorierne.dk)

**Alkoholenheden**Kettegård Alle 30  
2650 HvidovreSocialforvaltningen  
Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig  
Bernstorffsgade 17  
1592 København V

Afsnit 161

Telefon 3632-2827  
Direkte +45 36 32 22 89  
Fax 3632-3790  
Mail [alkoenheden@hvh.regionh.dk](mailto:alkoenheden@hvh.regionh.dk)Web [www.hvidovrehospital.dk/hhalkoenheden.nsf](http://www.hvidovrehospital.dk/hhalkoenheden.nsf)

Dato: 25. marts 2008

**Høringssvar vedrørende Københavns Kommunes ”Strategi for Alkoholbehandling”**

1. januar 2007 overtog kommunerne ansvaret for alkoholbehandlingen fra Amterne. I Københavns Kommune blev ansvaret desuden flyttet fra Sundhedsforvaltningen til Socialforvaltningen.

Det er positivt at Københavns Kommune med strategien for alkoholbehandling ønsker at udvikle området og forbedre behandlingen indenfor dette i forvejen stærkt underprioriterede område.

Vi ønsker med dette høringssvar at fremhæve en række forhold der er afgørende for en fremadrettet, visionær og effektiv strategi for alkoholbehandling som afspejler de seneste års forskning og udvikling.

**Generelle bemærkninger til strategien*****1. Målgruppen***

Det er vigtigt at have kendskab til hvad der får mennesker til at opsøge hjælp, hvem søger hjælp, hvad får dem til at forblive i behandling etc. og at dette inddrages i den kommende strategiplan.

Det fremgår af udkastet til strategiplanen, at målgruppen er alkoholfhængige og dermed ikke personer, der endnu ikke er blevet afhængige men som har et skadeligt forbrug eller har et konstant storforbrug af alkohol. Vi er enige i, at målgruppen må være de personer der er kommet over i en afhængighedsfase, skønt det ville være ønskeligt om vi havde mulighed for at gribe tidligere ind i forløbet altså før patienterne er blevet afhængige.

I strategiplanen lægges op til ”alkoholbehandling for alle” - ensbetydende med etablering af tilbud til unge og til de mest udsatte. Langt hovedparten af de alkoholfhængige

ge vi i dag *ikke* er i kontakt med, hører til de udefra set mest socialt veltilpassede borgere, det vil sige de der fortsat har en tilknytning til arbejdsmarkedet, som fortsat har en rimelig økonomi og endnu har bevaret familie og andet socialt netværk. Det er i denne gruppe af borgere at forebyggelse af negative virkninger af alkoholmisbrug på børn og familie og hvor effekten af behandling vil være størst.

I strategiplanen lægges der op til et større fokus på ungegruppen. Det er også ønskeligt at tilbyde rådgivning og behandling til denne gruppe, men det er mere usikkert hvem i denne gruppe der har et forbigående eller selvlimiterende problem og mange undersøgelser tyder på, at det er særdeles svært at få motiveret denne gruppe til at søge hjælp. Der er derfor behov for vurdering af andre typer indsatser end behandling hvis man ønsker at nå denne gruppe.

Med hensyn til gruppen af udsatte er dette talmæssigt en meget lille gruppe sammenlignet med antallet af alkoholafhængige i befolkningen. Data peger ret entydigt på, at effekten af behandling som primært er målrettet alkoholproblemet formentlig er lille. Her er det en social indsats og omsorg der skal til.

Man kunne derfor ønske sig, at strategien også beskæftigede sig med interventionen overfor borgere med storforbrug og skadeligt forbrug. Under alle omstændigheder bør det konkretiseres, at strategien kun omhandler behandling af alkoholafhængighed. Herudover ville man opnå størst effekt af en udvidelse af alkoholbehandlingseffekten i den største gruppe – de relativt bedst socialt stillede.

## *2. Definition af alkoholafhængighed*

Man må gøre sig klart at alkoholafhængighed er en kronisk neurobiologisk sygdom med tilbagefald.

Dette er dokumenteret gennem en omfattende forskning især gennem de seneste 10 år hvor mange af de neurofysiologiske processer, der fører til udvikling af afhængighed, er blevet afdækket. Mellem 30 og 50 % af afhængighed er forårsaget af en genetisk betinget øget følsomhed for alkohol, som også kan forklares af neurobiologiske forstyrrelser.

Afhængighed opstår derfor som et samspil mellem den drikkendes genetiske disposition, psykiatriske problemstillinger og ressourcer på den ene side og sociale og kulturelle omstændigheder på den anden side. Hvis ikke vi levede i et samfund hvor alkohol var tilgængeligt ville der ikke opstå alkoholproblemer.

Der er ikke dokumentation for at afhængighed opstår alene på grund af sociale problemer, men alkoholafhængighed medfører en række sociale komplikationer.

## *3. Psykiatrisk co-morbiditet*

Det er afgørende at have forståelse for, at langt over 50 % af patienter med afhængighed har en samtidig psykiatrisk lidelse.

Det er dokumenteret i en meget omfattende og stadigt stigende mængde forskning. Nye store epidemiologiske undersøgelser har vist, hvad vi ikke var klar over for blot

får år siden, at knap 30 % af de alkoholafhængige har depressive symptomer, mere end 35 % har angstsymptomer, og der vil typisk være symptomer fra flere diagnosegrupper, således også diagnoser der vedrører personlighedsforstyrrelser. Op mod 30-50 % af blandingsmisbrugere opfylder kriterier for ADHD (tidligere kaldt DAMP eller hyperaktivitetsforstyrrelse). Ny viden dokumenterer at børn og unge med ADHD er personer der er startet et misbrug i en meget ung alder (12-13 år) både med hensyn til alkohol, cigaretter og evt. hash. Det er også i denne gruppe man finder mange der har udviklet et meget stort dagligt alkoholforbrug. ADHD og de fleste angstlidelser opstår i børne- og teenageår. I den udstrækning man bliver bedre til at undersøge børn og unge for psykiske lidelser vil man kunne forebygge, at de udvikler et sekundært misbrug. Det skønnes, at cirka 1/3 af alkoholafhængige udenfor behandlingssystemet og at op imod 2/3 af alkoholmisbrugere i behandling har en eller flere psykiatriske diagnoser herunder personlighedsforstyrrelser.

Strategiplanen giver indtryk af, at det er personlighedsforstyrrelser og en lille gruppe borgere med skizofreni der er de væsentligste psykiatriske problemstillinger i populationen af alkoholafhængige. Vi håber at man i revisionen af udkastet til strategiplanen vil korrigere dette i henhold til ovenstående.

#### 4. Somatisk co-morbiditet

Mindst en tredjedel af patienterne på ambulante alkoholbehandlingsinstitutioner har en ikke-alkoholrelateret medicinsk sygdom og mindst 20 % har en alkoholrelateret følgetilstand.

Mange sygdomme er relateret til alkoholproblemet per se, for eksempel skrumpelever og betændelse i bugspytkirtlen, men en lang række andre somatiske lidelser er delvist forårsaget af alkohol eller forværres hos patienter med et alkoholproblem. Det gælder sygdomme som forhøjet blodtryk, mave-tarm-lidelser, hormonforstyrrelser, knogleskørhed, nervebetændelse, cancer især i øvre mave-tarmkanal, strubekræft og brystkræft og en lang række andre. Ikke alle af disse sygdomme forsvinder, hvis drikkeriet ophører, men i langt de fleste tilfælde opnås en meget væsentlig forbedring efter behandling af alkoholproblemet.

Denne somatiske co-morbiditet medfører en betydelig belastning af både det primære og det sekundære sundhedsvæsen for slet ikke at tale om de cirka 3.000 dødsfald hvert år (hele Danmark) der er forårsaget af alkoholrelaterede lidelser.

Det vil være rigtigt hvis strategiplanen også forholder sig til, at denne gruppe ofte ikke er gode til at tage vare på deres eget helbred og for sent søger behandling for behandlingskrævende sygdomme. Opsporing og behandling af somatisk co-morbiditet er et vigtigt element i alkoholbehandling og bør være en helt integreret del af tilbuddet.

#### 5. Hvori består alkoholbehandling?

Alkoholafhængighed, skadeligt forbrug af alkohol og alkoholstorforbrug har en række konsekvenser som helbredsmæssige skader, psykiatriske følgetilstande og sociale kon-

sekvenser. Der er imidlertid ingen dokumentation for at alkoholproblematik udløses af sociale problemer i sig selv og der er ingen dokumentation for at social intervention/socialt arbejde alene kan bedre/helbrede patienter med alkoholproblemer.

Derimod er der god dokumentation for at en behandling der målrettes selve alkoholproblemet fører til bedring af de sociale konsekvenser.

Vi ved, at den mest effektive alkoholbehandling i dag er en kombination af farmakologisk behandling, specifikke psykosociale behandlingsmetoder og psykiatrisk udredning og behandling. Alkoholafhængighed dækker over komplekse problemstillinger, som man ikke tidligere har haft fokus på.

Alkoholbehandling er derfor en specialiseret, målrettet, videnbaseret, og tidsmæssigt afgrænset behandling af den kroniske neurobiologiske sygdom alkoholafhængighed fokuseret mod alkoholproblemet og dets komplikationer. Denne behandling kræver først og fremmest sundhedsfaglig og psykiatrisk ekspertise.

I Alkoholenheden opfattes alkoholtilstande som et sundhedsproblem, og derfor skal patienter med sådanne tilstande tilbydes behandling indenfor sundhedsvæsnets rammer.

#### 6. Områder der slet ikke er behandlet i strategiplanen

- Medicinsk behandling – betydeligt stigende udgifter i de kommende år
- Psykiatrisk behandling – stigende behov
- Behov for uddannelse
  - Alkoholbehandlere
    - Grunduddannelse
    - Kognitiv behandling
    - Familiebehandling
  - Opkvalificering af frontlinjepersonale
- Behov for supervision - i takt med specialiseringen af alkoholbehandlingen vil der være et betydeligt behov for supervision især indenfor den kognitive behandlingsmetode.

#### Specifikke kommentarer

*Side 1, nederst. Færre skader for den enkelte.*

Det er et relevant, men meget ambitiøst mål at opnå færre skader og omkostninger for den enkelte særlig i lyset af at meget få (eller ingen) undersøgelser hidtil har kunnet dokumentere en sådan effekt. I stort alle undersøgelser, der er publiceret, er der anvendt andre og mindre ambitiøse mål for behandling som reduktion af alkoholforbrug, fastholdelse i behandling, forbedring af funktionsniveau, antal tilbagefald per tidsenhed. Dette skal også ses i lyset af, at der er meget få langtidsstudier af effekten af alkoholbehandling.

Man kan få den opfattelse at ASI (addiction severity index) indeholder livskvalitets-

indikatorer – dette er ikke tilfældet.

*Side 2, Færre skader og omkostninger for samfundet*

I betragtning af at der kun foreligger to nationale forsøg på at estimere omkostningerne ved danskernes alkoholvaner sidst i 1999 synes målet rigeligt ambitiøst også i lyset af de multiple faktorer der påvirker mål som arbejdsevne, kriminalitet, trafikulykker og sociale omkostninger.

Man kunne i stedet udvælge mere specifikke alkoholrelaterede mål – belastning af sundhedsvæsenet af specifikke alkoholrelaterede lidelser, antal detentionsanbringelser etc.

*Side 2, Flere i behandling*

Det er særdeles positivt, at Københavns kommune ønsker at fastsætte et mål for den andel af alkoholfafhængige der modtager behandling. Det er anført, at der er tale om et langsigtet mål – hvad er tidshorisonten for opnåelse af dette mål?

*Side 2, Alkoholbehandling for alle*

Det er vanskeligt at finde dokumentationen for prioritering af yngre alkoholfafhængige og de meste udsatte.

De hjemløse udgør en lille gruppe, hvor hovedindsatsen mere er omsorg og socialt arbejde, og hvor resultaterne af egentlig alkoholbehandling må forventes at være beskedne.

Hvis man med psykisk syge mener patienter med svære psykiatria major diagnoser som for eksempel skizofreni med samtidig alkoholproblematik vil disse ikke kunne rummes i en alkoholbehandlingsinstitution, men skal fortsat behandles indenfor psykiatrien. Imidlertid er det korrekt, at der er en voksende erkendelse af at hovedparten af alkoholfafhængige har en psykiatrisk lidelse som anført under de generelle bemærkninger. Disse patienter er i alkoholbehandling, men i takt med at ny viden og screening for depression, angstlidelser og ADHD vinder frem, vil på grund af problemets omfang opleve ressourcemæssige problemer.

Alkoholfafhængighed med sidemisbrug af hash, benzodiazepiner og til en vis grad nyre feststoffer vil i en vis udstrækning kunne rummes i Alkoholenshedens behandlingssystem.

Gennemsnitsalderen blandt Alkoholenshedernes patienter er cirka 45 år. Dette er en høj gennemsnitsalder og kan umiddelbart være svær at forstå. Problemet er, at mange har et mangeårigt storforbrug i 10 år eller mere, hvor alkohol har fungeret som en hjælper (til at få indre ro, til at sove, til at dulme krop og psyke). Alkoholforbruget vil derfor ikke blive oplevet som et problem. Først gradvist bliver alkohol oplevet som et problem i sig selv. Det er dette forhold der ses afspejlet i den høje gennemsnitsalder for borgere i alkoholbehandling. Heldigvis ser vi gennem de sidste år, at der er en tendens til at yngre borgere i stigende grad søger hjælp og nu er mere end 10 % af patienterne under 30 år ved første henvendelse. I takt med, at der er kommet øget fokus på børns vilkår med alkoholmisbrugende forældre er det muligt, at tærsklen for hvornår yngre mennesker søger hjælp vil falde.

Det er et væsentligt problem strategiplanen peger på og som bør have et selvstændigt fokus med overvejelser om hvilke yderligere tiltag der kunne tænkes at påvirke befolkningens tærskel for at opsøge hjælp til behandling af alkohol storforbrug og skadeligt forbrug.

### *Side 2, Trinbehandling*

Trinbehandling er en god strategi og afspejler det der er foregået i Alkoholenheden gennem mange år. Man kan ikke finde patienter som ikke først har været igennem ambulantly behandling før der iværksættes døgnbehandling.

En række forhold er vigtige i trinbehandling (Stepped Care):

- Alle ”trin” og behandlingsmodaliteter skal have evidensbaseret effekt
- Det er nødvendigt med et velfungerende follow-up system
- Man skal kunne indtræde på et hvilket som helst ”trin” og ikke nødvendigvis det laveste ”trin”. Det mest hensigtsmæssige må alene bero på en faglig diagnostik og vurdering
- Indenfor hvert ”trin” kan der være flere mulige behandlingsmodaliteter

Der er ikke evidens for, at trinbehandling er bedre end andre organisatoriske modeller. Københavns Kommune har ladet sig inspirere af konceptet fra en Hollandsk model som det blev fremlagt på strategiseminar på Københavns Rådhus den 13. november 2007. Denne Stepped Care model er meget inspireret af stofbehandlingsområdet. Den Hollandske model er ét eksempel ud af mange eksempler på hvordan man kan organisere behandling, og der er absolut ingen dokumentation for at den ene måde er bedre end den anden. Andre modeller er for eksempel Core-shell, og Shared Care modellerne. I sidste ende er der meget få eksempler på rendyrkede organisationsmodeller – det ender næsten altid med kombinationer af forskellige modeller.

Vi vil gerne pege på, at det kan være hensigtsmæssigt i stedet at lægge op til en udvikling af det eksisterende behandlingssystem.

Med hensyn til TRIN 1 vil vi godt pege på, at det er for enkelt at se ambulantly behandling som én uniform behandling. Ambulantly behandling er langt mere differentieret. Der er heller ikke nogen entydig sammenhæng mellem behandlingsintensitet og effekt. For så vidt angår dag-behandling er der meget beskedne dokumentation for effekt heraf.

Det er langt mere interessant at beskæftige sig med hvilke patienter der skal have hvilken behandling. Det må være det der skal være det bærende princip. Først diagnosticerer man hvad patienterne fejler og så iværksætter man den rette behandling – det er diagnosen der bestemmer behandlingen. Behandlingen dokumenteres, evalueres, og justeres og hele konceptet kvalitetsikres og – udvikles.

### *Side 3, Evidens og effektstyring*

Det der ligger i evidensbegrebet er at man til enhver tid anvender den behandling hvor evidensen er bedst. Det indebærer selvfølgelig, at man på nogen områder kan være nødt til at anvende behandlingsmetoder med mindre evidens. Mangel på evidens for en behandlingsmetode må føre til at metoden ikke anvendes før der er opnået en eller anden grad af evidens, eller det må foregå under protokollerede forhold så man kan



opnå ny erkendelse. For det første er det potentielt dyrt at anvende metoder uden evidens, og for det andet – og meget værre – kunne det være at den pågældende metode førte til forværring af tilstanden.

I resten af afsnittet argumenteres for brugen af effektstyring på grund af begrænsningerne i evidens-princippet – det er helt uforståeligt. Man vil etablere en sammenhæng mellem ydelse og virkning, men hvis man anvender videnbaserede metoder er dette ikke nødvendigt - så kender man effekten.

Det virkelige mål er at anvende effektmåling til sammenligning af forskellige behandlingsinstitutioner og herefter belønne og styrke ”effektive” institutioner. Dette kræver enighed om hvilke effektmål der skal anvendes – det er uhyre vanskeligt, og vi har i dag ikke redskaberne til det. Man kan således godt teoretisk synes det er attraktivt, men det kan ikke lade sig gøre i praksis. For det første er der tale om en meget heterogen gruppe af patienter. Nogen har et meget svært alkoholproblem, nogen har en somatisk sygdom der dominerer, nogen har en psykiatrisk lidelse og andre igen har et lettere problem som kræver ringe indgriben – måske blot gode råd og vejledning. Effektmålene vil være lige så forskellige. For nogen handler det blot om at blive ædru for en kort periode (fordi de ikke ønsker andet), for andre (de fleste) vil målsætningen for behandlingen være at udskyde tidspunktet for næste tilbagefald længst muligt og for de færreste vil målsætningen være livslang afholdenhed. Målsætningen er derfor sjældent stoffrihed som det ofte er tilfældet for stofbehandling.

Sammenligning af institutioner på effektmål vil derfor blandt andet afhænge af patienternes karakteristika og sammensætning og vil ikke kunne sige noget om behandlingens kvalitet eller effektivitet i de enkelte institutioner. Hvis det er en institution med stor andel af patienter med svære alkoholproblemer, med ringe funktionsniveau, mange med helbredsskader og mange med psykiatrisk co-morbiditet hvordan sammenlignes så effekten med en institution med mindre belastede patienter – det lader sig ikke gøre.

Man kan anvende effektmåling til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling indenfor den enkelte institution og det er langt mere interessant at anvende kvalitetsudvikling som styringsredskab.

Der ville derfor være god sammenhæng i afsnittet såfremt der blev lagt op til kvalitetsudvikling i form af dokumentation af om der anvendes valide kortlægningsmetoder, dokumentation af hvorvidt der foretages screening for psykiatrisk co-morbiditet, er der registrering af somatiske sygdomme, er der aftaler om hvem der tager sig af behandling af co-morbide tilstande, er der dokumentation for håndtering af børnefamilieproblematik, anvendes videnbaseret behandlingsmetoder, er der nedskrevne retningslinjer for farmakologisk behandling, foretages regelmæssigt journal-audit, dokumentation af kvalifikationer etc. etc. som styringsredskab.

Vi fremførte disse synspunkter på strategiseminarret, og håber at man vil overveje dette på ny.

#### *Side 4, Integration af alkohol og stofmisbrug*

Det er fuldstændig korrekt at man **kan** sammenlægge alkohol- og stofbehandling, men der er ikke nogen dokumentation for, at dette indebærer fordele for patienterne. Det er korrekt at mange patienter i stofområdet har både alkohol- og stofproblemer, men de

fleste patienter i alkoholbehandling *har kun* alkohol som misbrugsproblem og i langt mindre omfang et sideproblem med hash, benzodiazepiner eller andre stoffer. Erfaringen rundt omkring i landet hvor mange kommuner har sammenlagt alkohol- og stofbehandling er, at det går dårligt i de tilfælde hvor man sammenlægger behandlingen geografisk for meget forskellige sociale og kulturelle grupper. Der er derfor ikke noget argument for at sammenlægge alkohol- og stofbehandling på ydelsesniveau udover en afklaring af hvilke patienter med både alkohol- og stofmisbrug der skal behandles på hvilke behandlingssteder. Det kan også overvejes hvorvidt stofmisbrug i samme subkulturelle grupper som øvrige patienter i Alkoholenheden skal behandles der, men der må forudses store problemer med visitation af patienterne.

Organisatorisk kan man vælge at sammenlægge stof- og alkoholbehandlingen, men det er vores vurdering, at Alkoholenheden som en af de få i landet har en bæredygtig størrelse.

#### *Side 4 og 5, Tilstødende problematikker*

Det er ikke korrekt, at der ikke har været fokus på støttende sociale problemer i de tilfælde hvor dette er nødvendigt. Vi kan blot gøre opmærksom på at der er ansat 7 socialrådgivere i Alkoholenheden. Det er imidlertid rigtigt, at det ikke er det primære fokus og det er der god grund til fordi det er veldokumenteret, at støttende sociale foranstaltninger ikke har nogen effekt på alkoholproblemet.

I afsnittet anvendes meget plads på personlighedsforstyrrelser, men der er kun anvendt en enkelt ældre (2002) reference og det er en misforståelse at personlighedsforstyrrelser udgør den væsentligste del af psykiatrisk co-morbiditet. Billedet er langt mere differentieret som anført ovenfor.

#### *Side 5, 5. og 6. afsnit*

Som anført ovenfor er vi ikke enige i, at man skal sænke tærsklen for egentlig alkoholbehandling som vi definerer det. Alkoholbehandling skal gives i de tilfælde hvor indsatsen kan forventes at få størst effekt, og det gælder den største gruppe af de alkoholafhængige vi ikke er i kontakt med. Denne gruppe er karakteriseret ved at være personer der fortsat har socialt netværk, familie, små børn og arbejde.

#### *Side 6, Visitation til døgnbehandling*

Der skal også foregå en visitation til dagbehandling.

#### *Side 6, Visitation til ambulant behandling*

Det der står om visitation fra Alkoholenheden til Afholdsambulatoriet er ikke korrekt. Der foregår meget sjældent viderehenvisning fra Alkoholenheden til Afholdsambulatoriet og Afholdsambulatoriet er ikke specialiseret til varetagelse af personlighedsforstyrrelser.

Den sidste sætning på siden er vanskelig at forstå. Fordelen ved at have så stor en institution som Alkoholenheden er netop, at det er muligt at opretholde en bred vifte af differentierede tilbud.

*Side 7, 1. afsnit, punkt 1*

Det er formentlig Socialforvaltningen bekendt, at Sundhedsstyrelsen indenfor de kommende måneder udsender vejledende kvalitetskriterier til kommunerne. Disse kvalitetskriterier må også danne grundlag for udviklingen indenfor alkoholbehandlingsområdet i Københavns Kommune.

*Side 7, 1. afsnit, punkt 2*

Det er forkert at NAB er et lovpligtigt udredningsredskab ! NAB eller det Nationale Alkoholbehandlingsregister er Sundhedsstyrelsens register hvortil alle offentligt finansierede alkoholbehandlingsinstitutioner skal indberette data til, men registeret indeholder ikke data der har til formål at allokere bestemte patienter til bestemte behandlinger. Det er muligt at registeret med tiden udvides til at indeholde "udredningsdata", men indtil videre har registeret til formål at give et overblik over simple karakteristika for patienter der er i offentligt alkoholbehandling.

I øvrigt kan man jo nævne, at alle behandlingsinstitutioner der behandler patienter for offentlige midler skal være opført på Tilbudsportalen.

*Side 8, Behandling i modtageenheder*

Med de forhold der er anført ovenfor kan udvidelse af modtageenhedernes virkeområde, til også at omfatte behandling af alkoholmisbrug i samme subkulturelle grupper, være en god ide alene fordi det udvider antallet af behandlingssteder.

*Side 8, Pårørendetilbud*

Det er uforståeligt at indsatsen i forbindelse med Sundhedsstyrelsens landsdækkende børne-familieprojekt med fokus på børne-familieproblematikken hos alkoholafhængige gennem de sidste 3½ år ikke er nævnt med et ord. Københavns kommune har hele tiden siddet med i styregruppen for projektet og er derfor fuldt orienteret om projektets forløb og resultater ligesom Alkoholenheden har arrangeret talrige opkvalificerende kurser for blandt socialforvaltningens personale på dette område. Vi har hele tiden lagt op til et øget samarbejde på dette område, og det er vanskeligt at forstå hvorfor Socialforvaltningen valgte at etablere to mindre projekter i eget regi i stedet for at trække på samme hammel. Børnefamilieprojektet i Alkoholenheden er med satspuljeforliget sikret til udgangen af 2009, men i den mellemliggende periode er det væsentligt at få afklaret en fortsat drift af indsatsen hvis ikke den betydelige ekspertise der er opbygget skal gå tabt.

Der er allerede etableret åbent tilbud til pårørende i Alkoholenheden.

*Side 8, Tilpassede tilbud til udsatte grupper.*

Shared care eller case management er vel det der passer bedst på det der rent faktisk foregår i behandlingen af alle mere komplicerede patienter.

*Side 9, Dagbehandling*

Der er meget lille viden om omkosteffektivitet af forskellige behandlingsformer og slet ingen vedrørende dagbehandling. Der er ikke nogen grund til at tro at dagbehandling er væsentligt mindre ressourcekrævende end døgnbehandling.

*Side 10, Dokumentation*

Det er vigtigt at være klar over at Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) ikke indeholder oplysninger om behandlingsresultater. NAB kommer heller ikke til at indeholde oplysninger om behandlingsresultater i den udvidelse der er planlagt i 2008. Alligevel vil vi anbefale, at man lægger sig op ad de data der registreres i NAB så behandlingsinstitutioner, der som Alkoholenheden, servicerer en række kommuner ikke kommer i en situation hvor man skal levere forskellige data til forskellige kommuner.

*Side 10, sidste afsnit*

Alkoholenheden er først og fremmest en selvstændig hospitalsbaseret alkoholbehandlingsenhed med driftsaftale med ikke kun Københavns Kommune, men også 3 andre kommuner. Herudover servicerer Alkoholenheden i mindre omfang et tocifret antal kommuner. Alkoholenheden deltager i alle nationale initiativer indenfor alkoholbehandlingsområdet og har været aktivt medvirkende til MTV-rapporten, udvikling af nationale kvalitetskriterier, etablering og koordination af grunduddannelsen for alkoholbehandlere, etablering og udformning af NAB. Alkoholenheden er førende indenfor anvendelse af farmakologisk behandling og psykiatrisk co-morbiditet og har deltaget i Hvidovre Hospitals løbende kvalitetsudvikling og akkreditering på lige fod med øvrige afdelinger i hospitalet.

Det er vanskeligt at forestille sig, at dette skulle medføre en opsigelse af driftsaftalen og hjemtagelse af alkoholbehandlingen med mindre Københavns Kommune vil gå i en helt anden retning.

Med venlig hilsen

Ulrik Becker  
Ledende overlæge, dr.med.  
Alkoholenheden  
Hvidovre Hospital  
2650 Hvidovre

ulrik.becker@hvh.regionh.dk

Jesper Weismann  
Ledende oversygeplejerske  
Alkoholenheden  
Hvidovre Hospital  
2650 Hvidovre

Jesper.Weismann@hvh.regionh.dk

Udkast fra Robert Elbrønd og

DANSK PSYKIATRISK SELSKAB

Mål- og Rammekontoret for  
Misbrug og Bolig  
Bernstorffsgade 17  
1592 København V  
Att. MI Kortzau

## **Vedr. Høring af København Kommunes strategi for behandling og forebyggelse af alkoholisme.**

Københavns Kommune har udarbejdet et forslag til behandling og forebyggelse af alkoholisme benævnt ”strategi for alkoholbehandling”. Som led i høring af dette forslag ønsker Dansk Psykiatrisk Selskab at udtale følgende:

### **1. Generelt om dokumentet.**

Dokumentet består af 11 sider, incl. 8 referencer. Det er inddelt med følgende overskrifter og underpunkter.

#### **A. Eksisterende retningslinier.**

#### **B. 4 overordnede mål**

- færre skader og omkostninger for den enkelte
- færre skader og omkostninger for samfundet
- flere i behandling
- alkoholbehandling for alle

#### **C. Principper for behandlingen**

- trinbehandling
- evidens og effektstyring
- integration mellem alkohol- og stofmisbrug
- tilstødende problematikker

#### **D. Foreløbige indsatsområder**

- visitation
- tidlig intervention
- behandling i modtageenheder
- pårørendetilbud
- tilknytning til hospitaler
- alkoholbehandling for alle
- tilbud til udsatte grupper
- kommunale pleje- og botilbud til aktive og ædru alkoholmisbrugere
- dagbehandling
- tilbud til yngre alkoholmisbrugere.

#### **E. Fremadrettet**

- politisk styring af området
- dokumentation
- samarbejde.

### **2. Den nuværende organisation**

DPS mener at der bør foreligge en beskrivelse af hvordan den nuværende behandling er organiseret. Hvor mange ambulatorier findes der, hvor mange patienter er tilknyttet, hvor mange medarbejdere er ansat og hvilke faggrupper tilhører de. Endvidere hvem der er overordnet ansvarlige for behandlingen i de enkelte ambulatorier. Desuden hvilken døgnbehandlingsinstitutioner der samarbejdes med samt disse døgninstitutioners behandlingsmodeller (Minnesota, kognitiv terapi etc.)

Det bør præciseres om man på kortere sigt har tænkt sig at fortsætte med denne struktur, og i så fald hvor længe. Desuden om der er aktuelle ideer om organisatoriske ændringer, og i givet fald hvilke og hvornår disse tidligst vil blive iværksat.

### **3. Målgrupper**

Det er ikke tydeligt præciseret hvem der er målgruppe for behandlingsindsatsen, hvilket DPS mener er kritisabelt. Dem der aktuelt behandles via alkoholenheden og alkoholambulatoriet i Københavns Kommune, er uden tvivl overvejende patienter der i henhold til WHO's diagnosesystemet ICD 10, kan karakteriseres som alkoholdependente (i det følgende også betegnet som alkoholikere eller folk som lider af alkoholisme). Ud over behandling af alkoholisme vil det også være rimeligt at tilbyde folk med storforbrug af alkohol, rådgivende og motiverende samtaler med henblik på at forebygge udviklingen mod egentlig alkoholisme.

#### **4. Comorbiditet**

Det er meget vigtigt at man i behandlingen af alkoholisme, tager hensyn til den store andel af patienter som lider af anden psykisk sygdom end alkoholisme. Det drejer sig overvejende om patienter med angstlidelser (panikangst, social fobi, OCD) og depressioner, ligesom patienter med bipolar lidelse (maniodepressiv sindslidelse) er i stor risiko for at udvikle alkoholmisbrug. Ved tilstedeværelse af disse psykiatriske sygdomme, bør behandlingen være rettet mod både den primære psykiatriske lidelse og det sekundære alkoholmisbrug og i disse tilfælde vil det være afgørende at der er psykiatrisk ekspertise til rådighed. Det vil ligeledes kræve psykiatrisk ekspertise at få klarlagt hvem af alkoholmisbrugerne der har personlighedsforstyrrelse. DPS mener, at det tydeligt bør præciseres hvordan man vil sikre sig at speciallæger i psykiatri er involveret i diagnostisk udredning og behandling af ovenstående patientpopulation.

#### **5. Behandling**

Det er yderst uklart hvordan man rent praktisk har tænkt sig at behandle folk med alkoholmisbrug. DPS foreslår at det præciseres, at behandlingen kan opdeles i en akut behandling og en forebyggelses behandling. Den akutte behandling består af abstinensbehandling til aktivt drikkende alkoholikere, der kan forventes at udvikle abstinenssymptomer og bør ske i tæt samarbejde med hospitalssystemet incl. de psykiatriske centre i Københavns Kommune. Abstinenssyndromet kan udvikle sig til livstruende tilstande i form af delirium tremens, ligesom alkoholabstinenssymptomer i sig selv giver hjerneskader der forværrer alkoholisme sygdommen. Således er der solide data

der peger på, at gentagen alkoholabstinens medfører at patienterne efterfølgende får større kontroltab ved indtag af alkohol, ligesom deres abstinenssymptomer fra gang til gang bliver værre og værre; et irreversibelt fænomen. Et andet vigtigt punkt i den akutte behandling er behandling med B1 vitamin (thiamin). Obduktionsstudier fra udlandet peger på, at 10% af alkoholikere har hjerneskader der kan relateres til B1 vitaminmangel. Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt at behandle med tabletter, da der er tale om, at en væsentlig del af aktivt drikkende alkoholiker simpelthen ikke er i stand til at optage B1 vitamin, hvorfor det skal gives ved injektion i muskel eller vene. B1 vitaminmangel kan medføre en alvorlig demenstilstand i form af Korsakoff's psykose. Det nævnes i dokumentet, at udgifter til pleje og omsorgsophold er på 25,2 millioner om året og det er rimeligt at antage, at en væsentlig del af dette beløb går til at pleje patienter med Korsakoff's psykose der har mistet korttidshukommelsen. En aggressiv og effektiv indsats inden for dette område må forventes at kunne reducere de direkte udgifter til pleje på længere sigt.

Med hensyn til den forebyggende behandling bør det præciseres, at denne består af samtaleterapi, hvor DPS vil anbefale at der primært bruges kognitiv adfærdsterapi, ligesom medicinsk behandling kan komme på tale til mange af patienterne. Her tænkes ikke specielt på antabusbehandling, som der er yderst begrænset evidens for har effekt ved alkoholisme, men snarere behandling med præparaterne Revia, Campral og Topimax, der i en række internationale undersøgelser har vist sig at kunne forebygge alkoholisk tilbagefald. Speciel med Reviabehandlingen kan det nævnes, at man ved en gentest kan afgøre om der er sandsynlighed for at behandlingen virker. Revia virker ved at blokere for nogle opioid receptorer i hjernen benævnt  $\mu$  receptorer. Ca. 25% af den kaukasiske rase har en speciel afart af denne  $\mu$  receptor, der dels gør at de er mere disponerede til at blive alkoholikere, men, også gør dem mere modtagelige over for Revia end dem som ikke har denne receptoranomali. Genundersøgelsen vil kunne foretages på Sct. Hans Hospital.

## 6. Forskning

DPS mener at det er et stort problem, at man i den aktuelle strategi ikke er mere forskningsorienteret. Danmark er helt unik med hensyn til hvor mange alkoholikere der findes og med en så stor patientpublikation, som Københavns Kommune har ansvaret for



at behandle, vil man kunne lave nogle unikke forskningsprojekter. Erfaringer viser, at forskning i behandlingsmetoder ikke blot gavner patienterne på såvel kortere som længere sigt, men det medvirker også til at arbejdsmiljøet højnes og giver yderst tilfredse medarbejdere. For at styrke forskningen vil det kræve ansættelse af akademikere med viden og erfaring både inden for alkoholbehandling og forskning. Det anbefales at Københavns Universitet bliver nævnt som en vigtig samarbejdspartner. På længere sigt mener DPS at der vil være virkelig gode muligheder for at tiltrække eksterne forskningsmidler, både fra EU samt amerikanske fonde, hvis der stiles mod et ambitiøst forskningsprogram.

### **7. Unge og alkohol**

Hvis vi i Danmark for alvor skal komme alkoholmisbruget til livs, er det afgørende at der sættes ind med tiltag mod de unges voldsomme alkoholindtag. Først og fremmest bør det nok være politiske tiltag i form af at øge aldersgrænsen for hvornår man kan købe alkohol, øge prisen på alkohol, men specifik behandling af unge med alkoholmisbrug, vil også være vigtigt og DPS anbefaler at dette præciseres i dokumentet. Da unge med egentlige afhængighedssyndrom formentlig i stor udstrækning vil bestå af den før omtalte gruppe med en abnorm  $\mu$  opioid receptor, som vil have positiv effekt af behandling med præparatet Revia, er det afgørende, at der er psykiatrisk ekspertise på speciallægeniveau tilknyttet behandlingsteamet.

### **8. Integration mellem alkoholist og stofmisbrugsbehandling**

Mens det for unge synes fornuftigt at integrere disse 2 områder, er det for størsteparten af alkoholikerpublikationen ikke relevant at integrere behandling for alkoholisme med behandling for stofmisbrug. Den patient population som afruses på Psykiatriske skadestuer er kendetegnende ved at kun ca. 10% har et pågående stofmisbrug, overvejende i form af hashindtag, mens misbrug af kokain, amfetamin, opioider er yderst sjældent forekommende i denne publikation. Det samme gælder formentlig den population af patienter der aktuelt behandles via alkoholambulatorierne i Københavns Kommune.

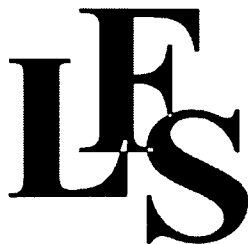
### **9. De overordnede mål**

DPS sætter spørgsmålstejn ved, om det i sig selv bør være et mål at øge antallet af behandlinger. Det er indtrykket at de fleste behandlingsforløb primært består i at patienten får udleveret Antabus 2 gange om ugen samt har mulighed for socialt samvær i det pågældende alkoholambulatorium. Det er yderst tvivlsomt om denne behandling forebygger alkoholindtag på længere sigt, da hovedparten af patienterne igen og igen stopper med at tage antabus og umiddelbart efter begynder at drikke igen. Det anbefales, at der indføres et 5. mål, nemlig at den overordnede kvalitet af behandlingen bliver forbedret primært i form af at flere patienter tilbydes samtaleterapi samt medicinsk behandling med Revia, Campral og Topimax i de tilfælde hvor det ud fra et lægeligt skøn findes indiceret.

### **10. Ansvar for behandlingen**

Det bør præciseres hvem der har det overordnede ansvar for alkoholismebehandlingen i Københavns Kommune og på de enkelte ambulatorier. DPS mener, at diagnostisk udredning og ansvar for visitation og behandling bør ligge i lægeligt regi og at alle patienter bør kunne visiteres til behandling ved psykiatere, såfremt der er mistanke om en primær psykisk lidelse i form af angst, depression eller bipolar lidelse.

DPS håber med disse kommentarer at Københavns Kommune vil ændre behandlingsstrategien ved alkoholisme, og i så fald sikre, at dette bliver nedfældet på skrift.



31.marts 2008

## Høringssvar vedr. Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling.

Vi er i LFS glade for muligheden for – gennem dette høringssvar – at tilkendegive vores synspunkter vedr. forslaget til strategi for alkoholbehandlingens udfoldelse i Københavns Kommune.

Indledningsvist vil vi understrege, at vi finder det positivt, at alkoholbehandlingen gøres til et kommunalt anliggende på lige fod med kommunens øvrige tilbud til kommunens udsatte borgere. Dette finder vi naturligt, og vi håber, at det på denne vis vil kunne lade sig gøre på én og samme tid at få opprioriteret området og samtidig få det til at spille sammen med den øvrige sociale indsats.

Vi har derfor hæftet os positivt ved de overordnede visioner i forslaget, men finder det nødvendigt at understrege, at så ambitiøse planer naturligvis forudsætter, at de nødvendige ressourcer er til stede. Og det er ganske enkelt ikke tilfældet!

Vi skal derfor opfordre Socialudvalget til – i forbindelse med behandlingen af forslaget til strategi – at drøfte, hvorledes de nødvendige ressourcer kan findes. Dette vil ganske enkelt være en forudsætning for en succesfuld implementering af området.

Gode viljer er ikke nok i det sociale arbejde.

Forslaget er ambitiøst på vegne af borgere med alkoholproblemer, visionerne er mange, men nogle af dem peger i modstridende retninger. På den ene side tages borgerens perspektiv – på den anden vægtes den samfundsmæssige interesse. Dette er i udgangspunktet naturligt; omvendt betyder det visse steder, at forslaget så at sige "sætter sig mellem to stole". Vi skal anbefale, at borgerens perspektiv og ønsker for egen tilværelse bliver det udslagsgivende og retningsanvisende for den samlede strategi.

### Forslagets faglige ambitioner.

Forslaget er ligeledes fagligt ambitiøst. Det understreges, at de skal være tale om evidensbaseret indsats, og at indsatsen skal kunne effektstyres. Vi er i den forbindelse bekymrede for netop brugerperspektivet, idet vi finder at dette at ville arbejde evidensbaseret beskrives for instrumentelt – nærmest som en teknologi. Begrebet bruges da også direkte på forslagens side 3, der endog understreger, at behandlingsteknologier fra hele verden vil kunne anvendes i København, såfremt der er fundet evidens for deres effektivitet. Vi skal i den forbindelse erindre om, at metaforskning indenfor det sundhedsfaglige og det psykiatriske område viser, at teknik eller terapeutisk metode alene udgør 15 % af forklaringen på, om en behandlingsforløb virkede. De 85 % tilskrives andre forhold; f.eks. relationen mellem klient og behandler, der udgør 30 % af årsagen. (Mark Hubble et al) Også Center For Rusmiddelforskning har konklusioner, parallelt hertil.

Vi finder det derfor afgørende, at også disse langt blødere og mindre fast definerbare forhold indtænkes i strategien, så den ikke fremstiller behandlingsindsatsen som et instrumentelt anliggende, og forskning reduceres til ren teknologi, der oven i købet synes at kunne anvendes universelt. Dette ville være til skade for såvel borgere som resultaterne af indsatsen.

### **Reel adgang for borgeren.**

Et omdrejningspunkt i strategien er samtænkningen af stof- og alkoholmisbrugsbehandlingen. Der er megen god mening i at se dette som to sider af samme sag, men indtages her borgerens perspektiv, bliver spørgsmålet om indgangen til behandling helt central. På den ene side skal der være en meget synlig indgang, der er kendt af kommunens borgere. På den anden side skal det være en indgang, borgeren oplever sig hjemme i og kan identificere sig med. Samtidig er det afgørende, at det er det bedst tænkelige tilbud, borgeren gives.

Dette mener vi ikke vil være tilfældet med det foreslåede.

Vi skal derfor anbefale, at der etableres en entydig indgang til alkoholbehandlingen i kommunen, - en indgang der vil være kendt af praktiserende læger og f.eks. socialcentrene i kommunen. Og en indgang, hvor borgeren i samråd med den professionelle afdækker ønsker, behov og muligheder.

Vi har noteret os, at forslaget bygger på den overbevisning, at informeres borgerne blot om den mange forskellige muligheder, så vil de kunne vælge frit. Det tror vi ikke er tilfældet; specielt ikke i så stor en kommune som København, hvor mange tilbud er til stede.

Samtidig anbefaler vi, at denne indgang ikke lægges indenfor stofmisbrugssystemet. Det vil i forvejen være forbundet med overvindelse for den enkelte at henvende sig til behandlingssystemet, og det vil derfor være afgørende, at borgeren i dette første møde kan se sig selv i behandlingen og oplever sig "på rette hyld". Vi skal derfor anbefale en særskilt alkoholindgang, der sammen med borgeren kan afdække behandlingsbehov og behandlingsmuligheder samt foretage den eventuelle videre visitation. Dette vil skabe de bedste forudsætninger for, som der står i forslaget "ikke kun i princippet, men også i realiteten – er lige adgang for alle."

### **Sammenhæng mellem stofmisbrugs- og alkoholbehandling.**

Såfremt det beslutes, at integrationen skal finde sted, skal vi anbefale, at det ikke blot "hele tiden fordomsfrit og nøgternt afsøges", men at der målrettet evalueres på en gradvis integration, således at den kan justeres, ændres eller helt forlades undervejs, på baggrund af konkret viden og bl.a. inddragelse af brugernes synspunkter.

### **Faglige forudsætninger.**

Vi har noteret os, at strategien ikke opererer med de faglige forudsætninger for indsatsen. Vi skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at kommunen i dag ikke har de faglige forudsætninger for at løfte opgaven, og at der vil skulle sættes ind med en massiv efteruddannelsesindsats for at undgå, at kommunens ansatte står med en opgave, de ikke har muligheder for at løse.

### **Fokus for dette høringssvar.**

Som det fremgår af ovenstående har vi især responderet på de elementer i strategien, hvor vi er uenige i det forslåede. Vi vil derfor blot afslutningsvist markere, at vi finder, forslaget indeholder en lang række gode elementer; f.eks. betragtningerne over forældre med misbrugsproblemer.

Misbrugsbehandlingen i København har brug for visioner. Dette er vi helt enige i. Det kræver så til gengæld muligheden for at realisere visionerne i praksis, og vi skal her endnu engang opfordre til, at dette gøres til et særligt fokusområde i kommunens budgetbehandling. Der er i forvejen et ophobet kapacitetsproblem i stofmisbrugsbehandlingen, som f.eks. beskrevet i forvaltningens prognoser for området. Uagtet at stigningstakten synes at være mindsket, er der fortsat et ophobet kapacitetsproblem.

Lægges nu et underbudgetteret alkoholområde oveni, vil strategien blot forblive at være smukke ord skrevet på papir!

Venlige hilsner

Ulla Baggesgaard  
Næstformand i LFS


**KØBENHAVNS KOMMUNE**

 Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen  
 Kontoret for Arbejdsmarkedspolitik og  
 Kontoret for Integrationspolitik

- MODTAGET

02 APR. 2008

MR. Misbrug

- 1 APR. 2008

 Socialforvaltningen  
 Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig  
 Bernstorffsgade 17  
 1592 København V  
 Att.: Mi Kortzau

 Sagsnr.  
 2008-29167  
 Dokumentnr.  
 2008-149988  
 Gert Nordskilde / Anette  
 Larsen / René Lyngfeldt  
 Skov

**Høringssvar fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen til udkast til Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling**

Overordnet set er det et velskrevet og på mange måder ambitiøst udkast til Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling, som foreligger. Det er positivt, at Socialforvaltningen ønsker at fastlægge en samlet retning for den fremtidige udvikling og drift af alkoholbehandlingen, og at denne er sendt i høring hos de øvrige forvaltninger i kommunen.

Det fremstår imidlertid ikke tydeligt, om der skal udarbejdes én fælles kommunal strategi / handlingsplan, eller om der skal udarbejdes handlingsplaner for hver forvaltning. I alle tilfælde vil Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen opfordre til, at der etableres et mere formelt og løbende samarbejde med inddragelse af de øvrige forvaltninger i det videre arbejde.

Dette vil tilsikre en mere helhedsorienteret og sammenhængende indsats på tværs af forvaltninger og udvalg. F.eks. bør arbejdsløshedsproblematikken udvikles til en specifik beskrivelse af de problematikker, som angår en indsats for alkoholmisbrugere, der samtidig er ydelsesmodtagere i BIF.

Derudover har vi to principielle bemærkninger til det videre arbejde som vi mener, vil styrke og forbedre strategien – ikke mindst på tværs af forvaltningerne i Københavns Kommune.

*1. Strategien for alkohol behandling bør i højere grad være kædet sammen beskæftigelsesindsatsen.*

Der mangler et overordnet jobrettet fokus i retningslinjerne for strategien således, at den beskæftigelsesmæssige indsats for eksempelvis kontanthjælpsmodtagere indarbejdes (jf. at der ifølge lovgivningen på området først og fremmest skal være et jobfokus med den beskæftigelsesmæssige indsats, herunder også BIF's strategi for alkoholbehandling.).

*2. Målsætningerne for strategien for alkoholbehandling bør afspejle konkret evidens- og effektmåling*

Der kan med fordel opstilles konkrete indsats-, effekt-, eller resultatmål for indsatsen. Disse bør dog være adskilt og udledt af indsatsens overordnede målsætninger.

Med venlig hilsen

Kaj Ove Christiansen


**KØBENHAVNS KOMMUNE**

 Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
 Folkesundhed København

NOTAT

 Socialforvaltningen  
 Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig  
 Bernstorffsgade 17  
 1592 København V

25. marts 2008

Att.: Mi Kortzau

**Sundheds- og Omsorgsforvaltningens høringssvar vedrørende  
 Københavns Kommunes "Strategi for alkoholbehandling"**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil indledningsvis anerkende, at Socialforvaltningen udvikler en strategi for alkoholbehandling i Københavns Kommune. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder, at det er vigtigt, at Københavns Kommune tilbyder alkoholbehandling af høj kvalitet, som i lighed med målsætningerne i alkoholpolitisk handlingsplan tilgodeser de forskellige behov, der er hos borgere med alkoholproblemer.

Strategien præsenterer et overordnet mål om, at alkohol ikke skal stå i vejen for borgernes muligheder for at realisere eget liv og bidrage til samfundet. Målet kan tillige være en begrænsning af skader som følge af alkoholafhængigheden, herunder menneskelige, familiemæssige, sociale eller sundhedsmæssige skader. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mener, at sidstnævnte mål bør være en del af den overordnede målsætning, da alkoholbehandlingen må forventes også at skulle bidrage til forfølgelsen af Sundhedspolitikens overordnede mål. Desuden bør strategien afspejle sammenhæng mellem alkoholbehandling og forebyggende indsatser.

Som omtalt i strategien er kun 17 % af de alkoholafhængige borgere i behandling. På den baggrund savnes det, at strategien forholder sig tydeligere til rekruttering til alkoholbehandling, som må anses for at være en central udfordring. De nuværende erfaringer viser, at selv for så vidt angår de grupper, hvis behov imødegås med de nuværende behandlingstilbud, er der kun en relativt lille andel af de alkoholafhængige i behandling.

*Integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling*

I strategien lægges op til en sammenlægning af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i, at det er væsentligt, at opmærksomheden rettes mod den risiko, der er for, at stofmisbrugsbehandlingen vil bruge alle ressourcerne. Desuden er det væsentligt i denne sammenhæng at være opmærksom på, at forekomsten af borgere med alkoholproblemer er langt større end forekomsten af stofmisbrugere.

*Alkoholbehandlingens målgrupper*

Strategien prioriterer en række særlige grupper med fokus på marginaliserede og udstødte borgere. Der er en omvendt social gradient i an-

**Folkesundhed  
 København**

 Sjællandsgade 40  
 2200 København N

 Telefon  
 35 30 35 30

 Telefax  
 35 30 35 44

 Direkte telefon  
 35 30 35 37

 E-mail  
 Met-  
 te.Riegels@suf.kk.dk

delen af københavnere, der drikker over genstandsgrænserne (Folkesundhedsrapporten for Københavns Kommune, 2005), således at andelen af borgere med et overforbrug af alkohol er størst blandt de højt uddannede. Det er således nødvendigt, at behandlingsstrategien sikrer, at der fortsat er tilbud om alkoholbehandling, som imødegår behandlingsbehovet blandt de veluddannede borgere, som ikke i øvrigt er i kontakt med Socialforvaltningen og ej heller med øvrige tilbud i kommunen.

Det stærke fokus på marginaliserede og udsatte borgere understreges af, at strategien på side 3 under *Evidens og effektstyring* afsnit 2, linie 3 står: ”Det betyder, at Socialforvaltningens brugere kan få glæde af...”. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder, at der er behov for, at alle borgere med et behandlingskrævende alkoholforbrug kan få glæde af de nyeste teknologier, og at målgruppen for behandlingen er alle borgere med alkoholproblemer uanset social status og brug af socialforvaltningens øvrige tilbud.

Strategien fremhæver gruppen af yngre alkoholmisbrugere. Det er uklart hvordan denne målgruppe afgrænses. Er det unge, som lever et ungdomsliv, eller er det unge voksne, hvoraf nogle måske har småbørn?

#### *Tidlig intervention*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i potentialet i tidlig intervention i arenaer som almen praksis, jobcentre, arbejdspladser etc. Etablering af sammenhæng mellem den tidlige indsats og alkoholbehandlingen herunder tilpassede behandlingstilbud som fx fremskudt alkoholbehandling og dagtilbud må formodes at styrke alkoholbehandlingsindsatsen i kommunen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder ligeledes potentiale i borgernære og let tilgængelige tilbud om alkoholbehandling. I forbindelse med udviklingen af disse tilbud er dialog og koordinering med øvrige forvaltninger væsentlig, for at sikre samspil mellem alkoholbehandlingen og eksisterende tilbud på tværs af forvaltninger. Derudover anbefales det at medtænke et samarbejde med hospitalerne i forhold til blandt andet den fremskudte behandling.

Sundheds – og Omsorgsforvaltningens tilbud om uddannelse af alkoholnøglepersoner på kommunens arbejdspladser har vist, at det er vigtigt med et synligt tilbud til arbejdspladserne i kommunen, således at det er klart, hvortil arbejdspladserne kan henvise medarbejdere med alkoholproblemer.

I forhold til unge savnes der i strategien opmærksomhed på potentialet i både sekundær forebyggelse og særligt primær forebyggelse. I den forbindelse har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen positive erfaringer med en sundhedsfremmende indsats målrettet de udsatte unge på

tekniske skoler og produktionsskoler. Desuden er der som led i indsatsen positivt samarbejde med U-turn, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder det derfor positivt, hvis indsatsen målrettet yngre alkoholmisbrugere kan integreres i U-turns tilbud. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har desuden en række andre tilbud om primær forebyggelse.

En stigende andel af ældre har et overforbrug af alkohol, og det må derfor forventes, at de borgernære tilbud også skal kunne håndtere denne gruppe borgere. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forbereder i 2008 at etablere opsporing af ældre med alkoholproblemer, i den forbindelse vil brobygning til alkoholbehandlingen være væsentlig. I regi af Sundhedscentre er der etableret livsstilssamtaler med brugere, hvor blandt andet alkohol indgår. I den forbindelse kunne det være en idé, at der etableres brobygning til alkoholbehandlingen med henblik på at fremme rekrutteringen af borgere med alkoholproblemer til alkoholbehandling.

#### *Familieperspektivet i alkoholbehandlingen*

I strategien omtales flere steder alkoholproblemernes betydning for omgivelserne herunder børn i hjem med alkoholproblemer. Gennem de senere år har det nationale projekt "Børn i familier med alkoholproblemer" administreret af Sundhedsstyrelsen vist resultater, som peger på at familieperspektivet bør være centralt i alkoholbehandlingen, således at der ydes støtte til partner og børn. Det er veldokumenteret, at børn der vokser op i hjem med alkoholproblemer har større risiko for selv at få alkoholproblemer og udvikle psykiske og sociale problemer. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder derfor, at strategien bør bidrage til at sikre, at der systematisk etableres støtte til børn, når deres forældre søger alkoholbehandling.

#### *Koordinerende samarbejde*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bifalder etableringen af koordinerende samarbejde på området og ser frem til at deltage.

Med venlig hilsen



Jette Jul Bruun

Folkesundhedschef



**Thomas Lund**

---

**Fra:** Ulla Ravn**Sendt:** 13. marts 2008 13:42**Til:** Mi Kortzau**Emne:** Strategi for alkoholbehandling

Kære Mi

Jeg syntes lige jeg vil kvittere for modtagelse af ovennævnte - vi har læst planen og vi har ingen kommentarer, der skal med som officielle tilkendegivelser.

Vores voksenteam syntes dog fortsat, at det er svært, at vurdere snitfladerne mellem voksenteam og rådgivningscentre . Det er jeg enig med dem i - men mener heller ikke, at snitflade betænkeligheder på detalje plan skal i det udsendte.

Med venlig hilsen

ulla ravn

**Thomas Lund**

---

**Fra:** Inger Scheibye  
**Sendt:** 28. marts 2008 13:30  
**Til:** Mi Kortzau  
**Cc:** Henrik Bastholm  
**Emne:** hørings svar til alkoholstrategi

Kære Mie

Her er et par kommentarer til alkoholstrategien. I den udsendte mail er svarfristen sat til onsdag d.28.marts, det har jeg tilladt mig til at tolke til fredag d.28.marts.

. Vedr. implementering af ambulante behandling på alkoholområdet, der er princippet at det bør implementeres i det omfang der er ressourcer til det.

Kommentar: det kan være vanskeligt at se hvorledes den ambulante behandling implementeres hvis der ikke følger flere ressourcer med, i det det vil være dyre behandlingspladser, hvis ikke der er ressourcer, kan det gå ud over borgere der har behov for netop den form for behandling.

. Vedr. medarbejderne på stofmisbrugsområdet og deres kompetencer:

Kommentar: Det er overordentligt vigtigt at man sikre at medarbejderne er fagligt kvalificeret til at varetage opgaven med behandling af alkoholmisbrugere, i det behandling af stofmisbrugere og alkoholmisbrugere ikke kan sidestilles.

.Der henvises til at man i Holland har arbejdet med sammenlægning af alkohol-og stofmisbrugsbehandling i flere år med succes:

Kommentar: Det store problem er, at de to grupper ikke er sammenlignelige, der kan være store forskelle på en stofmisbruger og en alkoholiker. Problematikken er om en yngre alkoholiker vil søge behandling, hvis vedkommende skal "gå ind af sammen dør som en stofmisbruger"? Der er fare for at skabe en barriere for mange alkoholikere, i at søge behandling.

Og så lige en kommentar vedr. motivationsarbejdet, det er meget vigtigt at det præciseres hvordan opgave skal løses, i sær da vi gerne skulle have kontakt med også de yngre alkoholmisbrugere og ligeså meget gerne have kontakt med personer der ikke er decideret misbrugere, men hvor der er et storforbrug.

Socialcentrene kan på nuværende tidspunkt sende indstilling til MR-Misbrug vedr. døgnbehandling, kan vi fortsat det eller overgår det ligeledes til modtagerenhederne ??

God weekend

Inger Scheibye  
Voksenteamchef

Dato: 25.3.2008

Sagsnr.: 2008-33515

Dok.nr.: 2008-140294

### **MR Børn høringssvar på Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling**

Med en skrivelse den 26. februar 2008 er Mål- og rammekontor for børnefamilier blevet anmodet om at give et høringssvar på udkastet til Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling.

De skriftlige høringssvar skal være Mål- og rammekontor for misbrug og bolig i hænde senest den 28. marts.

Mål- og rammekontor for børnefamilier har til udkastet følgende bemærkninger:

#### **Generelle bemærkninger**

MR Børn anerkender og ser nødvendigheden af en overordnet og samlet strategi for alkoholbehandling, der giver en række retningslinjer for den fremtidige udvikling og drift af området (s.1).

MR Børn er positivt indstillet over et fokus på evidensbaseret viden og effektstyring, men vil dog bemærke vigtigheden i, at man som udgangspunkt i indsatser bør arbejde med veldefinerede mål, præcise indikatorer for en succesfuld målopfyldelse og løbende monitorering, hvilket indebærer en bedre mulighed for dataindsamling end der de fleste steder eksisterer i Københavns Kommune (s.3).

MR Børn ser positivt på et fokus på tidlig intervention og behandling via de praktiserende læger, idet undersøgelser viser, at netop behandling hos den praktiserende læge er en af de mest effektive behandlingsformer i forhold til en forebyggende børneindsatser i familier med alkoholproblemer.

#### **Specifikke bemærkninger**

I forbindelse med "4 overordnede mål" side 1 – "Målet *kan* tillige være en begrænsning af skader som følge af alkoholafhængighed, herunder menneskelige, familiemæssige, sociale og sundhedsmæssige skader."

I og med at men gennem alkoholbehandlingsindsatsen ønsker at mindske de indirekte udgifter af alkoholmisbrug, *bør* det være et mål at mindske eks. familiemæssige skader, frem for som skrevet at det *kan* være et mål. Idet de sociale og familiemæssige omkostninger er

store for de op mod 6000 børn og unge i København, der lever i en familie, hvor der er alkoholproblemer.

I henhold til børn og unge i familier med alkoholproblemer (s.5) ser MR Børn gerne, at en vurdering af forældreevnen *bør* lægges ind som procedure ved den indledende visitation, frem for *kan*.

Alkoholenhedens projekt rette mod børn i familier med alkoholproblemer kunne med rette nævnes i forbindelse med afsnittet om "Pårørendetilbud" (s.8).

Venlig hilsen

Tobias Børner Stax

**Mål- og rammekontor  
for børnefamilier**

Bernstorffsgade 17  
1592 København V

Telefon  
33 19 36 90

Telefax  
33 17 32 36

E-mail  
[mrborn@sof.kk.dk](mailto:mrborn@sof.kk.dk)

EAN nummer  
5798009682758

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)

**ASU møde****Høringssvar fra ASU på Rådgivningscenter Nord fra ASU møde den 14. marts 2008**

ASU finder, at de overordnede mål i alkoholstrategien er gode, og at det er en god idé at opgradere alkoholbehandlingen. Dog udtrykkes der bekymring for, at det vil udhule ressourcerne til stofmisbrugerne, når alkohol og stofmisbrugsbehandling sammenkobles.

1. Gode, realistiske mål, og det er godt at få lavet nogle mål.
2. Intet at bemærke
3. Intet at bemærke

Principper for behandlingen: Overordnet set giver det mening, men der kan dukke tilstødende problemer op

- Vigtigt at understrege, at ved behandling af psykotiske alkoholmisbrugere ligger ansvaret i psykiatrien
- Vedrørende børn af misbrugere er det vigtigt at være opmærksom på at rådgivningscentret er forpligtet til at lave underretning, hvis de mener at barnets tarv er truet. Selve vurderingen af forældreevnen bør dog ikke ligge i Rådgivningscenteret, men i børnefamilieteamene evt. i samarbejde med specialambulatoriet, således som det også er i dag på voksenområdet.

Foreløbige indsatsområder:

Visitationsdelen, behandling i Modtageenheden: Ikke de store indsigelser, idet det drejer sig om at gøre de samme ting som ved visitation af stofmisbrugere

- Udgående funktion en god idé men utrolig ressourcekrævende indenfor de skitserede rammer
- Indsatsen burde måske være mere centralt koordineret, f.eks. at uddanne nogle medarbejdere til at tage ud og få fat på disse brugere samt koble socialforvaltningen på
- En udfordring i forhold til de fysiske rammer, da det kræver mere plads
- Der er konstateret flere opiatmisbrugere indenfor det seneste halve år i forhold til hashmisbrugere, 50% i forhold til de forventede 25%. Dette er en stor udfordring i fht. integration af de yngre alkoholmisbrugere, der ikke kan spejle sig i de stofmisbrugere, der pt. kommer på modtageenheden.
- Med hensyn til tilbud til udsatte grupper, bør de nuværende tilbud udbygges
- Omkring kommunale pleje- og botilbud er der for få pladser og for lang ventetid
- Hvad angår dagbehandling bør der tages hensyn til børnefamilien, som netop er en gruppe, der har brug for dagbehandling. Det ville være godt at udbygge dagbehandlingen og skabe tilbud til denne gruppe og samtidig drage familien ind i processen for at skabe bedre resultater

**Thomas Lund**

---

**Fra:** Birgitte Nystrup Lundgren  
**Sendt:** 27. februar 2008 08:53  
**Til:** Mi Kortzau; Thomas Lund; Kristian Fahnøe  
**Cc:** Gitte Bylov Larsen  
**Emne:** VS: Høring af Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling  
**Opfølgingsflag:** Opfølgning  
**Flagstatus:** Fuldført

---

**Fra:** Bjørn Bendorff  
**Sendt:** 27. februar 2008 06:31  
**Til:** Anette Laigaard  
**Emne:** RE: Høring af Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling

Tak for oplægget om strategi på alkoholområdet.

Jeg synes, at der er tale om et meget velgennemtænkt oplæg, der så vidt jeg kan se, når hele "raden rundt" på meget omhyggelig måde.

Forhåbentlig naturligt nok lander jeg straks på side 8 "Tilpassede tilbud til udsatte grupper" og glæder mig først over, at denne gruppe også er tænkt ind i planen.

Jeg ville mene, at opkvalificering af medarbejderne ville være en oplagt og særdeles god idé. Vore sygeplejersker driver på nuværende tidspunkt en vis grad af ambulant alkoholbehandling og har naturligvis en faglighed. Men tanken om at der yderligere måske kunne tænkes én eller anden form for udgående funktion ind i forhold til herbergerne er særdeles god.

Jeg har derfor kun ros og ikke flere kommentarer.

Med venlig hilsen

Bjørn Bendorff, *KIRKENS KORSAER HILFEDDING*

E-huset d. 26.3. 2008

## Høringssvar vedr. Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling.

I "Strategi for alkoholbehandling" er beskrevet, at der mangler tilbud til de mest udsatte grupper. En erfaring, vi i E-huset deler. Og behovet for pladser er stødt stigende. Enten p.g.a. stigende behov eller p.g.a. øget kendskab til muligheden for pladser.

Antallet af pladser til udsatte borgere bør ikke kun udvides. De bør også differentieres. Vi oplever en stor og varieret efterspørgsel for pladser til borgere, der p.g.a. massivt alkoholforbrug, ikke længere formår at klare sig indenfor de eksisterende tilbud. Uanset om det er i eget hjem, i en skæv bolig eller lignende. Fælles for målgruppen er, at de har meget lav egenomsorgskapacitet, og er meget dårlige til at varetage selv simple dagligdags gøremål for at få en hverdag til at hænge sammen.

Målet for tilbuddet til de udsatte borgere bør ikke være alkoholbehandling, men i stedet "Harm reduction". Altså at reducere så mange så mulig af de skader/problemer det skaber, at have et massivt langvarigt alkoholmisbrug. Socialudvalgets mission er bl.a. "At styrke borgernes ressourcer til selv at håndtere deres liv". Et mål, der i forhold til de mest udsatte borgere kun er realistisk, såfremt det sættes i relation til et mål om at styrke borgeren indenfor afgrænsede områder. Og i en ramme, der gør det muligt for borgeren at øge egenomsorgen. Det vil sige en ramme, der kompenserer på en lang række områder, så borgeren derved får øget overskud til at styrke egne ressourcer indenfor enkelte områder.

Tilbuddet til de mest udsatte borgere bør være af både socialpædagogisk og sygeplejefaglig karakter. Og med personale med særlig viden og kompetence fra området. Endvidere er det erfaringen fra E-huset, at det på ingen måde er tilrådeligt at blande alkoholmisbrugere med stofmisbrugere. Såfremt det sker på ydelsesniveauet er det vores vurdering, at alkoholikeren vil blive taber, og få langt mindre del af de ydelser, der er tilgængelige. Hvorvidt det kan gøres med fordel på det organisatoriske niveau, er svært at vurdere. Erfaringen fra Holland er også, at de sværeste af misbrugerne selv skelner meget mellem rusmidlet og ikke ønsker en integration. Og erfaringen fra E-huset er, at det lykkes os at holde institutionen fri for blandingsmisbrug. Såfremt andre rusmidler fandtes i huset, er det mest sandsynligt, at borgerne ville få yderligere et misbrug, og dermed ikke længere udelukkende have et problem med alkohol.

Tilbuddet til de mest udsatte borgere bør indeholde følgende:

- Palliative ophold af kortere og længere varighed, så borgeren får mulighed for en alkoholfri periode. Dette tilbud bør skabes indenfor kommunen i stedet for at købe pladserne udenbys.
- Et botilbud efter det palliative ophold, hvor borgeren bor i rammer, der afhjælper alle de områder, hvor egenomsorgskapaciteten er lav.

- Aflastningspladser til borgere, der fortsat klarer sig i eget hjem, men i kortere eller længere perioder har brug for mere intensiv støtte. Aflastningen kan også omhandle aflastning for en evt. samboende partner, som dermed måske får overskud til at bevare borgeren i eget hjem længere.
- Botilbud til borgere, der ikke formår at klare sig i eget hjem, på herberg eller i en skæv bolig, men som i rammer med stor støtte af forskellig art, får styrket egne ressourcer, og dermed får en mere velfungerende hverdag. Det skal være pladser, hvor der er mulighed for både socialpædagogisk og sygeplejefaglig bistand døgnet rundt, samt socialrådgiver m.m. i hverdagen, men som ikke behøver en så massiv normering, som en egentlig plejehjemsplads er. Visionen kunne være, at enkelte af borgerne måske ville formå, efter lang tid i botilbuddet, at komme ud i en skæv bolig eller anden støttet boform, hvor støtten er af mindre karakter. Eller at borgerne først noget senere i deres liv havde brug for en egentlig plejehjemsplads, end hvad det ofte er tilfældet nu, hvor der ikke er mange alternativer til E-huset.
- Plejehjemspladser for alkoholikere, differentieret i forskellige specialer. Demens-afsnit. Afsnit for terminale. Og pladser for yngre borgere for sig og ældre borgere for sig. Erfaringen med at blande alle målgrupperne i et stort speciale er ikke så gode.
- Opgangsfællesskaber rundt i byen, men tilknyttet alkoholinstitutionen og med mulighed for udkørende team fra institutionen.

Ovenstående er tænkt som en stor institution, der indeholder alle specialer og opbygget, så specialerne ligger adskilt indenfor institutionen, men med mulighed for at trække på alle de ressourcer der er til stede. Dermed opnås stordriftsfordel, samt en massiv kompetence og viden i forhold til specialet.

I forhold til evidens på området, kan det være svært med de mest udsatte borgere. Dog er der i E-huset i samarbejde med Sundhedsteamet, udarbejdet en kortlægning af de økonomiske udgifter der er forbundet med de mest udsatte borgere, før og efter indflytning i E-huset. Udgifter i forhold til indlæggelser, hjemmepleje samt skadestuebesøg. Undersøgelsen blev foretaget i forhold til 3 borgere i henholdsvis 1½ år før indflytning i E-huset og 1½ år efter. Der var valgt en "let" borger. En "middeltung" og en "tung" borger. Udgifterne før og efter indflytning var følgende:

Borger A: kr. 243.425,- på 1½ år før indflytning. Kr. 26.678,- på 1½ år efter indflytning.  
Borger B: kr. 817.679,- på 1½ år før indflytning. Kr. 12.344,- på 1½ år efter indflytning.  
Borger C: kr. 1.239.430,- på 1½ år før indflytning. Kr. 21.564,- på 1½ år efter indflytning.

Ovenstående dokumentation er ved at blive udarbejdet til en artikel til internationalt lægeskrift, da det er helt unik med en egentlig dokumenteret økonomisk redegørelse for besparelsen ved udarbejdelse af tilbud for de sværest belastede borgere med alkoholproblemer.



En anden form for evidens er, at dødeligheden i E-huset er meget lav, set i forhold til, hvor syge og ødelagte borgerne er, når de flytter ind i huset.

I "Strategi for alkoholbehandling" lægges vægt på det uhensigtsmæssige i at blande psykisk syge alkoholikere med alkoholikere med karakterafvigende træk. En holdning vi tilslutter os. Der er blandt alkoholikere en overvægt af psykisk syge og ligeledes en meget stor gruppe af karakterafvigere. Blandes de to grupper, vil det være svært at sikre et tilpas angstreducerende miljø for de psykisk syge, hvilket med stor sandsynlighed vil medføre øget misbrug m.m.

På vegne af E-huset  
Inge Fjordside Weileby  
Forstander E-huset

**Thomas Lund**

---

**Fra:** Pia Merete Korshim  
**Sendt:** 26. februar 2008 16:16  
**Til:** Mi Kortzau  
**Emne:** Svar på høring vdr. overordnede principper for alkoholbehandling  
**Opfølgningsflag:** Opfølgning  
**Flagstatus:** Rød

Fam. amb. Thoravej har følgende kommentar. Over år har vi set, at det ikke er svært at behandle alkoholikere, på stofmisbrugscentre, såfremt alkoholikerne også en i substitutionsbehandling.

Derimod er det vor opfattelse, at der kan være problemer i at blande alkoholikere uden andet misbrug med stofmisbrugere, i det de 2 misbrugskategorier har mange myter om

hinanden, og fordi man kunne være bekymret for, om nogen alkoholikere vil undlade at søge hjælp, hvis hjælpen ydes fra et sted, der er kendt for at have med stofmisbrug at gøre. Der skal i hvert fald en nøje tilrettelagt process til .

Vi ved, at på væresteder blander alkoholikere og stofmisbrugere sig nødigt med hinanden, i det de har forskellig kultur og livsstil.

Herude er vi jo begyndt at modtage lkoholikere, men vi har givet dem andre betingelser foreløbig, og forsøger at være omhyggelige med på hvvilke områder, det er o.k. at blande dem. Pia Korshin