

Strategi for alkoholbehandling

Socialforvaltningen overtog pr. 1.1.2007 ansvaret for alkoholbehandlingen i Københavns Kommune. Ansvaret er indtil videre varetaget ud fra forskellige retningslinier og med løbende ad-hoc løsninger. Formålet med denne strategi er at give retning for den fremtidige udvikling og drift af alkoholbehandlingen. Strategien består af fire overordnede mål og en række principper. Afslutningsvis konkretiseres strategien med en række indsatsområder, som vil blive konkretiseret i kommende handleplaner. Det er vigtigt at understrege, at strategien alene omhandler behandling og således ikke omfatter kommunens samlede strategi i forhold til alkoholområdet. En sådan strategi skal udvikles på tværs af flere forvaltninger, hvilket der også lægges op til i overvejelserne om samarbejde og koordinering.

Eksisterende retningslinier

Der er en række eksisterende retningslinier, som denne strategi skal integrere.

Helt overordnet er Socialudvalgets mission og målsætninger retningsgivende for alkoholstrategien. I forhold til alkoholområdet er det særlig relevant,

- at tage afsæt i borgernes behov
- at styrke borgernes ressourcer til selv at håndtere deres liv
- at gøre det omkostningsbevidst
- at gøre det videns / evidensbaseret

Udover de generelle målsætninger, godkendte Socialudvalget d. 22.11.2006 et foreløbigt strategioplæg på misbrugsområdet (SUD 441/2006, J.nr. 441/2006). Oplægget peger på en integration af alkohol- og stofområdet, hvor hensynet til borgernes behov og effektiv ressourceudnyttelse opprioriteres til fordel for fokus på rusmidlets karakter. Strategioplæggets principper og fokusområder er integreret i herværende strategi.

D. 9.2.2006 vedtog Borgerrepræsentationen "Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune 2006-2009". En plan som behandlede alkoholproblematikken på tværs af forvaltningerne. Handleplanen blev alene vedtaget som principprogram uden medfølgende finansiering. De foreslåede tiltag for alkoholbehandlingen er derfor ikke implementeret, men stadig retningsgivende og derfor integreret i herværende strategi.

4 overordnede mål

Det overordnede mål for indsatsen er, at alkohol ikke står i vejen for borgernes muligheder for at realisere eget liv og bidrage til samfundet. Målet kan nås ved afholdenhed eller ved et mere kontrolleret forbrug af alkohol. Målet er tillige en begrænsning af skader som følge af alkoholafhængigheden, herunder menneskelige, familiemæssige, sociale og sundhedsmæssige skader.

1. Færre skader og omkostninger for den enkelte

Der skal opnås positive, målbare resultater af behandlingen for borgeren.

Målet for Københavns Kommune er, at behandlingen skal holde en kvalitet, så

indikatorer for behandlingseffekt er mindst lige så gode som de øvrige regioner og kommuner. Det gælder indikatorer på alkoholforbrug, gennemførte behandlingsforløb, funktionsniveau, tid mellem tilbagefald og eventuelle belastningsindikatorer (ASI). Det forudsættes her, at de "hårde mål" afspejles i bløde mål som livskvalitet for de borgere, for hvem behandlingen har effekt.

2. Færre skader og omkostninger for samfundet

Omkostningerne ved alkohol kan gøres op i direkte og indirekte omkostninger. De direkte omkostninger er udgifter til alkoholbehandling. De indirekte omkostninger er i form af alkoholbetingede sygdomme og deres behandling i sygehusvæsenet, nedsat arbejdsevne, sociale omkostninger, kriminalitet og trafikulykker.

I Københavns Kommune udgør de direkte omkostninger 26 mill. kr. Hertil kommer udgifter til pleje- og omsorgsophold på 25,2 mill.

Der er ikke aktuelle beregninger på de indirekte udgifter i Københavns Kommune, men tidligere beregninger peger på henholdsvis 1 milliard i 1994 (Københavns Kommunes Sundhedsplan 2000-2005, 2005) og 1,2-1,8 milliarder i 1999¹.

Der er – endnu ikke – registreringer, som kan dokumentere udgifterne og dermed heller ikke ændringer deri. Før disse registreringer er til stede, er det ikke meningsfuldt at sætte mål for besparelserne.

3. Flere i behandling

Aktuelt er omkring 17 % af de alkoholafhængige i Københavns Kommune i behandling (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Det er over landsgennemsnittet, men der er andre regioner (amter) der har en højere andel afhængige i behandling. Det tidligere Viborg Amt topper med en andel på 26 %.

Målet for Københavns Kommune er, at flere borgere modtager behandling. Et ambitiøst, langsigtet mål er, at 25 % af de afhængige er i behandling over et år. Forudsætningen for at nå målet er øgede ressourcer. Ressourcer som endnu ikke er tilført området, hvorfor der endnu ikke er sat en tidsramme for opnåelse af målet.

4. Alkoholbehandling for alle

Tilbudene i den nuværende indsats kan ikke tiltrække/rumme alle målgrupper. Der er således en underrepræsentation af yngre alkoholafhængige og de mest udsatte grupper som hjemløse, blandingsmisbrugere og psykisk syge i det eksisterende behandlingssystem.

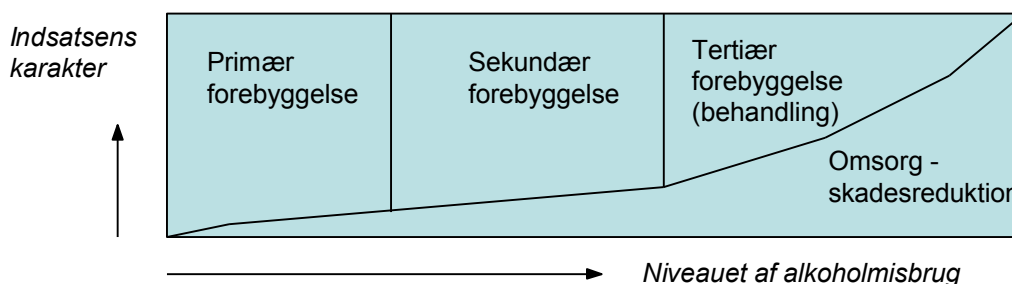
Københavns Kommune skal tilpasse indsatsen så der – ikke kun i princippet men også i realiteten – er lige adgang for alle grupper.

Målet for Københavns Kommune er, at der - i behandlingen - ikke er underrepræsentation af udsatte borgere og yngre borgere.

Målgrupper, snitflader og samarbejde

Socialforvaltningen har ansvaret for behandlingen af alle kommunens borgere, der har et misbrug af alkohol. Det er afgørende, at forvaltningen ikke fokuserer alene på sine klassiske klienter men fortsat udvikler tilbud, som kommer alle kommunens borgere – med et behandlingsbehov – til gode. Socialforvaltningens indsats kan dog ikke stå alene, hvilket fremgår af nedenstående figur.

Figur 1: Sammenhæng mellem indsats og misbrugets karakter



Primær forebyggelse er den brede indsats overfor alle borgere. Sekundær forebyggelse er den mere målrettede indsats rettet mod grupper af borgere med en risikoadfærd. Tertiær forebyggelse er individuel behandling i forhold til specifikke alkoholproblemer. Omsorg og skadesreduktion er indsatser som minimerer de lidelser, der knytter sig til alkoholmisbruget. Figur 1 illustrerer – på forsimplet vis – hvordan de forskellige indsatser skal tilpasses alkoholmisbrugets niveau hos målgruppen. Omsorg og skadesreduktion er relevant på alle niveauer. Dels for den umiddelbare mindskelse af skader (ulykker, forgiftning, leverskader...) men også for at stabilisere borgeren og dermed øge chancen for en øget kontrol med sit liv herunder alkoholmisbruget.

Den primære og sekundære forebyggelse varetages af Sundhedsforvaltningen, den tertiære (behandlingen) af Socialforvaltningen mens omsorg og skadesreduktion ydes af både Sundheds- og Socialforvaltning. De øvrige forvaltninger har også – større eller mindre – lod i indsatsen mod alkoholmisbrug. Det gælder fx trafikikkerhed, udsækning og rusmidler i skoler og klubber. Beskæftigelsesforvaltningen har særlig betydning med den omfattende kontakt til borgere med et ikke-erkendt og ikke-behandlet misbrug.

Den forvaltningsmæssige adskillelse af de forskellige indsatser skal modvirkes af koordination. Det er således vigtigt at sikre, at den forebyggende indsats har de bedst mulige henvisningsmuligheder, og behandlingen kan udvikle tilbudene i takt med forebyggelsens viden om udviklingen af brug og misbrug. Statistik bør også udveksles til brug for status og strategi.

Alkoholbehandlingen har det overordnede mål at lette borgernes muligheder for at realisere eget liv og bidrage til samfundet. I dette overordnede mål ligger ikke mindst muligheden for at være i beskæftigelse. Misbrug, behandling og beskæftigelse er i det hele taget kædet tæt sammen. Således kan behandling forebygge tab af arbejde og beskæftigelse kan skabe struktur og mening i hverdagen og dermed forebygge tilbagefald til misbrug.

Samarbejdet med Beskæftigelsesforvaltningen bør derfor koordineres tæt på både det overordnede og det praktiske plan.

Der er ofte sammenfald – comorbiditet – mellem alkoholmisbrug og psykiske og/eller somatiske lidelser. Det er på den ene side vigtigt, at der er psykiatrisk ekspertise til rådighed i behandlingen. På den anden side er det vigtigt at fastholde, at misbrugere med svære sindslidelser bedst behandles i psykiatrien. Under alle omstændigheder er et samarbejde med både hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien vigtig.

Samarbejde henover snitfladerne skal sikres med bilaterale samarbejder og

tværgående grupper. Allerede med den alkoholpolitiske handleplan vedtog Borgerrepræsentationen, at der skulle nedsættes tre grupper med ansvar for koordinering af alkoholområdet. De to af grupperne skulle Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (nu Socialforvaltningen) have ansvaret for. Der blev ikke bevilliget de ansøgte midler til arbejdet, men forvaltningen påtager sig ikke desto mindre initiativet til at samle de to grupper med ansvar for henholdsvis den behandlingsfaglige koordinering og koordinering af det samlede område. Den manglende finansiering reducerer dog gruppernes muligheder for at koordinere og følge op på beslutninger.

Principper for behandlingen

Principperne er de overordnede retningslinier for måden at organisere indsatsen med henblik på at nå målene. Principperne skal inspirere ved at give en afgrænset ramme. Principperne er forvaltningens eksplicite rationale, som skal gennemtrænge forvaltningens arbejde og initiativer på området.

Trinbehandling

I København har man - inspireret af Holland og forskning fra det danske Center for Rusmiddelforskning – indført trinbehandling i behandlingen af stofmisbrug. Trin 1 er ambulant behandling, trin 2 er dagbehandling og trin 3 er døgnbehandling. Princippet betyder, at klienter – som hovedregel - først visiteres til behandling af lav intensitet i form af ambulant behandling. Herefter kan man trække op i intensitet, hvis behandlingen ikke opnår tilstrækkelige resultater. Man undgår derved overbehandling og princippet stemmer godt overens med SUDs målsætning om at hjælpe borgerne til at udnytte egne ressourcer og med princippet om effektiv ressourceudnyttelse.

Trinene siger alene noget om intensitetsniveauet og ikke om indholdet, der kan være varieret inden for de enkelte trin.

Implementeringen af princippet må nødvendigvis have forskellige konsekvenser på de to områder. I stofmisbrugsbehandlingen er princippet med til at styrke den ambulante stoffrie behandling i forhold til døgnbehandlingen, der traditionelt har stået stærkt. På alkoholområdet derimod er den ambulante behandling langt den mest dominerende, når målet er afholdenhed. Det betyder ikke, at princippet er mindre relevant, men det betyder, at det kan blive dyrere at implementere, fordi det sandsynligvis vil pege på behov for flere behandlingspladser med en højere behandlingsintensitet, fx i dagbehandling.

Princippet om trinbehandling bør gælde på alkoholområdet såvel som stofmisbrugsområdet. Princippet bør implementeres i det omfang, der er ressourcer til det.

Evidens og effektstyring

Socialforvaltningen vil sikre en rationel tilgang og en effektiv ressourceudnyttelse gennem to overordnede principper: Evidens og effektstyring.

Evidens er den forskningsbaserede viden om behandlingsmetoders effekt. Idealet for evident viden er viden, der er kontekstuafhængigt, dvs. viden der ideelt set kan overføres på tværs af kulturelle og lokale forhold. Det betyder, at kommunens borgere kan få glæde af behandlingsteknologier fra hele verden, så længe forskningen har vist evidens for deres effektivitet.

Aktuelt er der flere sammenfatninger af evidensen for behandling på alkoholområdet, fx Sundhedsstyrelsens Medicinske Teknologi Vurdering af alkoholbehandlingen. Det meste af evidensen på området knytter sig til afgrænsede behandlingsmetoder som terapi og medicin. De mere overordnede principper for behandling og organisering af behandlingen, er der ikke den samme sikre viden om. Ligeledes kan det være svært at identificere sikker viden om behandlingstilgangen til udsatte grupper. Hvor evidensen er begrænset er det meningsfuldt at sætte anden forskning, kvalificerede erfaringsopsamlinger og professionel konsensus i stedet.

Begrænsningerne i evidens-princippet gør effektstyring aktuelt som supplerende princip. Effektstyring fokuserer på de konkrete opnåede resultater i en given kontekst. Her aflæses hvordan en behandlingsindsats virker, og efterfølgende regulerer man efter resultatet. Viden i effektstyring er ikke kontekstuafhængigt, men har netop styrken ved at udsige noget om resultaterne af en specifik indsats i en specifik situation.

For at kunne regulere indsatsen efter resultaterne, skal der etableres sammenhæng mellem indsatser og effekter. En sammenhæng, som - indenfor effektstyring - hedder forandringsteori. Forandringsteorien for alkoholstrategien er vedhæftet som bilag.

Der er store udfordringer forbundet med en stringent implementering af de to principper. Når man konsekvent skal tage afsæt i evident viden, kræver det således opgør med traditioner og behandlingskulturer på institutionsniveau. På forvaltningsniveau kræver evidensstanken, at man skal være særdeles godt klædt på fagligt. Når man konsekvent skal styre efter effekter, kræver det endvidere løbende dokumentation. Et krav der skal balancere mellem overfladiskhed og bureaukratisering af praksis.

Der er også store gevinster ved de to principper. Dokumentation af resultater giver gode vilkår for dialog mellem forvaltning og politikere og mellem politikere og borgere. Brugen af evidens gør forskningen produktiv og bryder med den traditionelle opsplitning mellem forskning og praksis. Endelig giver de to principper tilsammen betingelserne for en optimal udnyttelse af ressourcerne.

Evidens og effektstyring bør være gældende principper på alkoholområdet, så der i videst muligt omfang implementeres evidente behandlingsformer og søges dokumentation for – og styres efter - opnåede effekter.

Integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen

Med Socialforvaltningens overtagelse af alkoholbehandlingen er der mulighed for at integrere behandlingen af alkoholmisbrug med behandlingen af stofmisbrug. Der er store ligheder mellem de to behandlingsformer, så der er umiddelbart et potentiale i stordriftsfordele og fælles faglig udvikling.

I Holland har man gennem lang tid haft de to behandlingsformer integreret, endog sammen med behandling af nikotinafhængighed og ludomani. Med integrationen har andre tværgående opdelinger af målgruppen været mere produktive end opdelingen efter rusmiddel. Alder, formålet med behandlingen (afholdenhed eller skadesreduktion) og subkulturer er opdelinger. Erfaringen har været, at man først skal integrere på det organisatoriske niveau og siden på ydelsesniveau (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007).

Denne skelnen mellem organisatorisk niveau og ydelsesniveau går igen i en

undersøgelse af den ambulante alkoholbehandling i Danmark (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Undersøgelsen peger på, at der ikke er noget i vejen for at integrere på det organisatoriske niveau, men man skal være varsom med integrationen på ydelsesniveau, fordi stofmisbrugerne kan komme til at sluge alle ressourcerne.

Det skal understreges, at integrationen ikke må ske pr. automatik, men skal tage højde for borgernes præferencer og behandlingskulturelle komplikationer. Opgaven må være, at forvaltningen fordomsfrit og nøgternt afsøger mulighederne for integration af alkohol- og stofmisbrug ikke mindst i nye tiltag.

Tilstødende problematikker

Alkoholmisbrug er ofte vævet ind i personlighedsforstyrrelser, somatiske sygdomme og sociale problemer som arbejdsløshed, hjemløshed og belastninger i familien. Den hidtidige indsats er karakteriseret ved, at behandlingen hovedsaglig er sket i sundhedsfagligt regi, hvor fokus i højere grad har været på de psykiske og somatiske sygdomme end på støttende sociale foranstaltninger.

Anbefalinger fra fagkunds-kaben peger på, at man fokuserer på misbruget (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007) og på den anden side, at man integrerer behandlingen af personlighedsforstyrrelsen i behandlingen af alkoholmisbruget (Den offentlige indsats, 2002).

Et kvalificeret bud anslår, at omkring 1 ud af 3 klienter i ambulante behandling lider af en personlighedsforstyrrelse. En mindre gruppe – som regel udenfor behandlingen – lider af skizofreni i kombination med misbrug (Den offentlige indsats, 2002). Andre skønner, at tallene er højere endnu, og at problematikken også omfatter ADHD og andre psykiske lidelser end personlighedsforstyrrelser.

Princippet bør være, at behandlingen af alkoholmisbrugere med psykiske lidelser tager højde for lidelsen. Det betyder ikke nødvendigvis, at behandleren adresserer lidelsen direkte men har opmærksomhed omkring lidelsen i tilrettelæggelsen af behandlingen.

Princippet kræver, at der i alle behandlingsinstitutioner er en minimumskapacitet i forhold til psykiske lidelser. Kapacitet i form af viden og opmærksomhed (fx procedurer ved indskrivning). Behandlingsinstitutionen kan enten selv tage højde for lidelsen eller referere klienten til et mere hensigtsmæssigt behandlingssted.

Hvad angår egentlige skizofrene alkoholmisbrugere, skal ansvaret ligge i psykiatrien.

Omkring ti pct. af danske børn fra familier med alkoholproblemer har symptomer, der er så alvorlige, at de kræver behandling i børnepsykiatrisk regi. Det er kun tilfældet for fem pct. i en repræsentativ befolkningsgruppe af danske børn (Den offentlige indsats, 2002). Der er indlysende brug for et stærkt samarbejde mellem behandlingen og socialcentre, hvilket er særligt fremkommeligt i København, hvor Socialforvaltningen har både det sociale ansvar og behandlingsansvaret.

Princippet må være, at behandlingsinstitutionerne udviser ansvarlighed i forhold til børneproblematikken. Det indebærer, at institutionen vurderer forældreevnen i relation til alkoholmisbruget. I tilfælde hvor man vurderer, at der er et behov for indgreb af hensyn til børnene, samarbejder man med klienten om at henvende sig til socialforvaltningen. I de tilfælde, hvor klienten ikke ønsker at henvende sig, foretager

institutionen en underretning. Vurderingen af forældreevnen kan lægges ind som procedure ved den indledende visitation.

Der er en stor del udsatte voksne, som har et alkoholproblem, men som tilsyneladende ikke profiterer af det eksisterende behandlingssystem. For eksempel er andelen af hjemløse inklusiv forsorgshjemsbeboere ikke høj i det traditionelle ambulante behandlingssystem (Dokumentation af patientforløb, 2004; Den offentlige indsats, 2002).

Andelen af både unge og gamle alkoholmisbrugere i behandling er også lavere, end deres andel af alkoholafhængige (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004).

Tærsklerne til behandlingen kan ligge i behandlingskulturen, manglende selverkendelse, geografiske afstande eller manglende fleksibilitet i behandlingen (Den offentlige indsats, 2002).

Princippet bør være, at behandlingssystemet sænker tærsklen til behandling for de grupper, der ikke profiterer af det traditionelle behandlingssystem. Det kan ske ved at udvikle specialiserede tilbud, der tager højde for borgernes præferencer, livsstil og evne til mobilitet. Et eksempel kan være at have fremskudt alkoholbehandling i opfølgende indsatser eller på hjemløseinstitutioner.

Foreløbige indsatsområder

Der er ikke en lige vej fra mål over principper til planlægning af indsatsen. Vejen må nødvendigvis forholde sig til realiteten i form af borgernes præferencer, institutionslandskabet, behandlingskulturer og ressourcer. Men det er muligt at nå frem til nogle indsatsområder ved at sigte mod de overordnede mål, bruge de nævnte principper og tage afsæt i de eksisterende forhold.

Med indsatsområderne bliver strategien konkret.

Områderne bliver her beskrevet overordnet, men vil i senere handleplaner blive konkretiseret. Ved hver enkelt handleplan bør det overvejes, om der er behov for kompetenceudvikling af medarbejderne, så der er den nødvendige kompetence til at løfte opgaven.

Områderne er ikke prioriteret i forhold til hinanden. Som udgangspunkt er det muligt at justere på nogle af indsatsområderne inden for den eksisterende ramme. På længere sigt vil en tilførsel af midler være nødvendig, hvis området skal udvikles. Det gælder ikke mindst, hvis ambitionen om at få flere i behandling skal nås. Denne målsætning – i kombination med at nå de rimeligt socialt integrerede borgere – er den vigtigste vej til at minimere skader – og de dertil knyttede udgifter – ved alkoholmisbrug for den største gruppe borgere.

Visitation

Visitation er afgørende for behandlingstilfredshed, effekt og økonomistyring. Det er i visitationen behandlingsbehovet bliver udredt og matchet med behandling og dermed ressourcer.

Der er stor forskel på visitationen til den ambulante behandling og dag- og døgnbehandlingen. Den ambulante behandling er selvvisiterende, så enhver borger kan gå ind i et hvilket som helst ambulatorium og få behandling (evt. anonymt). Efterfølgende opkræver ambulatoriet betaling for behandlingen i kommunen. Døgnbehandling – og det gælder både socialpædagogiske omsorgsophold og behandlingsophold – kræver derimod en kommunal visitation.

Visitation til dag- og døgnbehandling

Visitationen til døgnbehandling sker aktuelt ad-hoc. I forlængelse af principperne er det oplagt at lægge visitationen til dag- og døgnbehandling ind i rådgivningscentrene. Det er integration mellem alkohol- og stofmisbrug på organisationsniveau. Det er muligheden for at trække på etableret ekspertviden i visitationen, som i forvejen har blik for trinbehandling. Det er en konstruktion, der gør det lettere med den sociale opfølgning på behandlingsforløbene.

Ud over at være i forlængelse af alle principperne, er det også en løsning, der gør det muligt at samle viden om målgruppen. Viden der kan være med til løbende at tilpasse behandlingstilbudene til målgruppen, og dermed arbejde mod målet: Alkoholbehandling for alle.

Visitation til ambulante behandling

De generelle bestemmelser i sundhedsloven giver borgeren frit valg indenfor den ambulante behandling. Det betyder, at borgeren som oftest bliver indskrevet i det ambulatorium, hvor henvendelsen sker.

Forskningen peger på, at mange indgange til behandlingen er en måde at få flere i behandling, og set i lyset af det mål, er det hensigtsmæssigt med selvvisitation (Alkoholbehandlingsindsatsen i DK, 2004).

Til gengæld er det svært at nå målet: behandling for alle, fordi det kræver specialisering af tilbudene, og så kan alle ikke møde op hvor som helst. Det kan også være svært at sikre kvaliteten i behandlingen i form af evidens, systematik og dokumentation, når alle kan slå sig op som ambulante behandlere og få refusion af kommunen. Endelig kan det være svært at sikre, at principperne om social opfølgning, trinbehandling og integration af områderne bliver forfulgt, hvis det første ambulatorium "holder på klienten".

En løsning falder i tre dele:

1. Forvaltningen samarbejder med de ambulante behandlingssteder om at tydeliggøre deres profil og målgruppe. Heri skal også ligge en generel kvalitetssikring, hvor anbefalinger fra de to mest autoritative danske undersøgelser bør inddrages: Den medicinske teknologivurdering fra Sundhedsstyrelsen og rapporten fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.
2. Forvaltningen forpligter behandlingsstederne på at referere klienter videre, som ikke matcher deres egen profil.
3. Forvaltningen orienterer borgerne - og de instanser, som henviser til behandling - om de forskellige tilbud, så den første henvendelse så vidt muligt sker det til rigtige sted. Sundhedsstyrelsens foreløbige tal peger på, at det udover borgerne især vil være familie, socialforvaltning og praktiserende læge, som skal informeres om behandlingsmulighederne (Alkoholbehandlingen i Danmark 2006, 2007).

En alternativ løsning kunne være at oprette en central modtageenhed med visitation og udredning. Det vil dog forudsætte, at grundige prognoser sandsynliggjorde, at størstedelen af alkoholmisbrugerne søgte denne indgangsdør til behandlingen.

Visitation af skizofrene alkoholmisbrugere

Psykiatrien og socialforvaltningen har en fælles visitation for stofmisbrugsområdet. Her tager man stilling til tvivlstilfælde og sikrer, at der ikke er klienterne, som "falder

mellem to stole”.

Socialforvaltningen lægger op til, at denne praksis bliver udvidet til også at omfatte alkoholområdet.

Flere i behandling

Forskningen og erfaring peger på flere måder, hvorpå man kan nå flere i behandlingen.

Tidlig intervention

Der er potentiale i fremskudt behandling hos praktiserende læger, i jobcentre og i forlængelse af alkoholpolitik på arbejdspladser. Potentialet består i reel effekt i selve den fremskudte behandling, hvis den er udført professionelt. Effekten er også, at nå ud til borgere, som har et alkoholproblem, men som ikke formår aktivt at søge behandling. En afledt effekt kan bestå i en øget tilgang til den traditionelle behandling (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). En tidlig intervention passer godt sammen med princippet om trinbehandling, hvor det fremskudte tilbud er et ganske lavt 1. trin. Princippet om integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling kan også passes ind, for i de tidlige interventioner (fx motiverende samtaler) kan man snildt arbejde med målgruppen på tværs af rusmidlets karakter.

Allerede nu er der 1700 patienter i antabusbehandling hos de praktiserende læger i Københavns Kommune (Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune, 2006). Dette tal kunne formentlig øges gennem samarbejde med lægerne. Hvis man kvalificerer behandlingen – fx ved at udvide den med motiverende samtaler – er der evidens for, at behandlingen kan have samme effekt som anden traditionel behandling. (Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering, 2006)

Derudover er der et potentiale i samarbejde med Beskæftigelsesforvaltningens jobcentre og Sundhedsforvaltningens arbejde på arbejdspladserne. Behandlingen skal ikke foregå på arbejdspladsen (det er for stigmatiserende) men et motivations- og brobygningsarbejde kunne udvikles sammen med de andre forvaltninger. Her kunne fremskudte behandlere fra ambulatorier møde borgere, som er motiveret.

Behandling i modtageenheder

Der er stærke indikationer på, at der kommer flere i behandling, når tilgængeligheden til behandling øges i form flere indgange (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Det er oplagt at udvide modtageenhedernes tilbud til stofmisbrugere med visitation og trin 1 behandling til alkoholmisbrugere. Det vil give yderligere 4 steder i byen, hvor borgere kan søge behandling for deres alkoholmisbrug. Modtageenhedernes tilpasning til de nye målgrupper indenfor stofmisbruget har givet dem en profil, der formentlig også er acceptabel for grupper af alkoholmisbrugere. Det vil her være muligt at opdele grupper ud fra subkultur, alder og mål med behandlingen i stedet for opdeling efter rusmidlet. En opdeling man har gode erfaringer med i Holland.

Pårørendetilbud

Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen er ved at oprettet to foreløbige tilbud til børn i familier med alkoholmisbrug. Derudover har alkoholenhederne gennem 3½ år haft del i Sundhedsstyrelsens alkoholprojekt med fokus på børn i familier med alkoholmisbrug. Alkoholenheden har også et åbent pårørendeprojekt, som kunne

suppleres med et yderligere tilbud til pårørende til alkoholmisbrugere. Det er direkte støtte til den pårørende, indirekte støtte til alkoholmisbrugeren og der er erfaring for, at det også øger tilstrømningen til behandlingen (hvilket blandt andet fremgik af erfaringer fra Fyn på strategiseminar i København d. 13.11.2007).

Både socialforvaltningen (stofmisbrug) og ambulatorier (alkoholmisbrug) har erfaring med pårørendearbejde. Et arbejde man ikke pr. automatik skal integrere på tværs af rusmidlerne før man har sikret sig, at grupperne ikke afspejler meget forskellige (sub)kulturer.

Tilknytning til hospitaler

Alkoholhedens ambulatorier er allerede knyttet til hospitalerne, så man kan ikke tale om et nyt indsatsområde, men man skal være opmærksom på, at denne tilknytning har betydning for antallet af klienter i behandling (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004).

Alkoholbehandling for alle

En måde at få flere i behandling er at tilbyde specialiserede tilbud, som udvider målgruppen for behandling (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004). En anden dimension er, at de specialiserede tilbud giver muligheden for at tilpasse indsatsen til grupper, der ikke har udbytte af den traditionelle behandling, som den tilbydes i de eksisterende ambulatorier.

Tilpassede tilbud til udsatte grupper

Der er en stor gruppe udsatte borgere (hjemløse, psykisk syge og stofmisbrugere), som ikke passer ind i de eksisterende behandlingstilbud for alkoholmisbrugere. Det er begrænset med evidens for effektive tilgange til alkoholbehandling af disse grupper. Dog peges der på case-management (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007) og på fremskudt behandling i målgruppens bosteder og herberg (Den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002).

Det er påkrævet med nytænkning i forhold til denne målgruppe. Nytænkning i samarbejde med ledere og professionelle på hjemløseområdet og på de psykiatriske bosteder. Helt foreløbigt kan man tænke på opkvalificering af eksisterende medarbejdere på herberger, bosteder og opsøgende indsatser. Eller man kunne forestille sig udgående medarbejdere fra behandlingssteder.

Jævnfør principperne, er det oplagt at tænke integration af alkohol og stoffer i forhold til denne målgruppe, for der er også en del, som ikke kommer i behandling for deres stofmisbrug.

Kommunale pleje- og botilbud til aktive og ældre alkoholmisbrugere

Det eksisterende princip om trinbehandling bør udvides med et "trin 4" som umiddelbart ikke har til formål at ændre misbruget, men i første omgang at stabilisere klienten og mindske skader. Aktuelt bruger Socialforvaltningen socialpædagogiske pleje og omsorgsophold på institutioner rundt omkring i landet. Derudover har forvaltningen selv E-huset og tilbud på Sundholm og Forchammersvej.

Kommunen har stor ekspertise i plejetilbud og boformer, og det er en oplagt mulighed at udvikle kommunale tilbud som alternativ til eksterne tilbud. Kommunale tilbud vil sikre en bedre social opfølgning og give mere fleksibilitet til budene imellem. Hvor vidt der skal tænkes på tværs af alkohol- og stofmisbrug må være op til en fordomsfri analyse med inddragelse af erfaringer nationalt og kommunalt.

Dagbehandling

Det kunne overvejes at udvide alkoholbehandlingen med et trin 2 i form af dagbehandling. Dagbehandlingen kunne ligge i en institution, som allerede har udviklet et lignende tilbud eller i eksisterende alkoholambulatorier. I hvilket omfang det vil være relevant at tænke på tværs af rusmidlerne i dagbehandling, må være op til en fordomsfri analyse af målgruppernes behov.

Tilbud til yngre alkoholmisbrugere

Der er enighed om, at der er mange unge, som drikker over genstandsgrænserne (*Københavnernes Sundhed 2005, 2005*). Der er også enighed om, at unge med et problematisk forhold til alkohol, som regel ikke har erkendelse af problemet. Der er derimod *ikke* konsensus, om hvor mange unge, som er egentlig afhængige af alkohol. Vurderingerne svinger fra hvad der svarer til 9.000 alene i København (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004) til "Man skal holde sig for øje, at gruppen af afhængige misbrugere blandt de unge må anses for at være ret lille" (Den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002).

Der skal søges mere sikre data på gruppen af yngre alkoholmisbrugere. Det skal dernæst overvejes, om der er behov for særlige tilbud til gruppen af yngre, eller om de eksisterende tilbud – evt. modtageenhederne - skal tilpasses gruppen. Erfaringer fra U-turn skal inddrages. Hvis der skal udvikles særlige tilbud til målgruppen af yngre misbrugere, er det oplagt at tænke i integration af alkohol- og stofområdet.

Fremadrettet

Politisk styring af området

Alkoholområdet er stadig relativt nyt i Socialforvaltningen. Med politisk godkendelse af strategien er en vigtig milepæl nået. Godkendelsen gør det muligt at påbegynde den praktiske implementering, som den er skitseret i ovenstående indsatsområder. Det er ikke realistisk at bekoste indsatsområderne, inden for rammen. På den anden side er det heller ikke muligt, på dette tidspunkt i processen, at beregne de præcise udgifter for udvikling af alle de skitserede indsatser. Socialforvaltningen foreslår, at det første år går med at tilrette området inden for den økonomiske ramme. Det gælder særligt de organisatoriske rammer for behandlingen (samarbejdsaftaler, visitation og dokumentation) og implementering af de indsatsområder, der kan udløse et umiddelbart potentiale (behandling på modtageenheder, dagbehandling, kommunale bo- og plejetilbud og eventuelt fremskudt behandling af udsatte grupper). Nogle af tiltagene vil kræve omlægning af midler og ydelser.

Når disse initiativer er implementeret, står en række initiativer tilbage, som kræver øget finansiering. Man vil kunne argumentere for, at den ekstra indsats er en investering – ikke kun i mindsket menneskelig lidelse – men også i mindskede udgifter for kommunen. Som nævnt i indledningen er der indirekte udgifter for kommunen – i dagens tal – i omegnen af årligt 2 milliarder kr. De direkte udgifter til behandling og forebyggelse er på kun godt 1 % af de indirekte udgifter. Det virker derfor rimeligt at antage, at en investering i behandlingen vil komme igen i mindskede udgifter til trafikskader, nedsat arbejdsevne, sygdomme og sociale ulykker. Argumentationen omhandler hele kommunen, og en opprioritering af området vil være en sag for Borgerrepræsentationen. Det er kun med tilførsel af ressourcer, at behandlingen for alvor kan indfri målene i strategien.

Forvaltningen foreslår, at den politiske styring af området – efter godkendelse af strategien - sker gennem

1. Løbende indstillinger i forbindelse med handleplaner, der implementerer større dele af strategien
2. Årlige redegørelser, der følger op på målene i strategien, evaluerer mål, principper og tiltag og lægger op til justeringer. I forbindelse med redegørelserne vil eventuelle oplæg til BR om opprioritering af området også indgå.

Dokumentation

For at måle fremdriften i forhold til de overordnede mål i strategien, skal der være entydige indikatorer og jævnlig og valid dokumentation. Dokumentationen af behandlingen og behandlingsresultaterne er desværre mangelfuld. Med den lovpligtige implementering af et nationalt registreringssystem (NAB), vil en del basisinformation være på plads. Der vil dog stadig være problemer med at belyse de overordnede mål herunder at få overblik over de samfundsmæssige omkostninger ved alkohol.

Socialforvaltningen vil derfor mere tilbunds gående undersøge de eksisterende muligheder for dokumentation og peger på hensigtsmæssige udvidelser.

Referencer

- *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*, 2006, Sundhedsstyrelsen.
- *Alkoholbehandlingen i Danmark 2006 (foreløbige tal)*, 2007, Sundhedsstyrelsen.
- *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark sammenlignet med Sverige*, 2004, Center for Rusmiddelforskning, Statens institut for Folkesundhed og Center for Alkoholforskning
- *Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune*, 2006
- *Den offentlige indsats på alkoholområdet*, 2002, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.
- *Dokumentation af patientforløb i Alkoholenheden Hvidovre Hospital*, 2004, Becker, Ulrik.
- *Integrating Alcohol- And Drug Treatment; Experiences from the Netherland*; Oplæg på seminar i København d. 13.11.2007 v. professor Gerard Schippers
- *Københavnernes Sundhed 2005*, 2005, Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning.

¹ *De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholbehandling*, 1999. Her opgøres udgifter på landsplan. På baggrund af ”*Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark sammenlignet med Sverige*”, kan Kbh.s kommunes andel af udgifterne skønnes til at være 17 %. Der hersker lidt tvivl om det er den korrekte procentsats, men afvigelsen er under alle omstændigheder lille.