



Til Socialudvalget

19-06-2008

Orientering vedr. Kommuneaftale 2009

Sagsnr.
2008-74976

Der er mandag d. 16. juni indgået aftale mellem KL og regeringen om kommunernes økonomi for 2009.

Dokumentnr.
2008-323458

Aftalen indebærer bl.a.:

Sagsbehandler
Peter Glud Holm

- en efterregulering af serviceudgiftsloftet på det sociale område
- at mer-refusionen ift. den sociale refusionsordning vedr. særligt dyre enkeltsager ikke vil blive forlangt tilbagebetalt.

Efterregulering af serviceudgiftsloftet

Der er aftalt en efterregulering af det serviceudgiftsloftet på det sociale område på i alt 650 mio. kr. Baggrunden herfor er, at der på basis af regnskabstal fra 2007 og forventninger til 2008, vurderes at være behov for tilførsel af 650 mio. kr. for at kommunerne kan holde et uændret serviceniveau i 2009.

Ingen modregning af mer-refusion ift. den sociale refusionsordning

Regeringen har desuden tilkendegivet, at kommunerne ikke skulle tilbagebetale den mer-refusion de har modtaget gennem den sociale refusionsordning vedr. særlige dyre enkeltsager.

Udgifterne til refusionsordningen har været betydeligt højere end oprindeligt budgetteret (1,5 mia. kr. i 2007 og forventet 1,1 mia. kr. i 2008). Refusionsindtægterne tilgår i Københavns Kommune Økonominforvaltningen, hvor 127,2 mio. kr. hidtil har været reserveret til en forventet tilbagebetaling vedr. merindtægt for 2008 (ØU 247/2008, 3.juli 2008 pkt.1).

Konklusion

Det er Socialforvaltningens opfattelse, begge de ovenfor nævnte elementer i kommuneaftalen udgør en erkendelse af, at udgifterne på det sociale område i udgangspunktet har været undervurderet, og serviceudgiftsloftet følgelig har været sat for lavt.

Kommuneaftalen bør derfor give anledning til en revurdering af såvel serviceudgiftsloft som bevillingerne til de tunge sociale områder under Socialforvaltningen. Dette er områder der er under betydeligt under pres, med stramninger i serviceniveauet til følge, både pga. serviceudgiftsloftet og pga. merforbrug i regnskab 2007.

Socialforvaltningen vil følgelig lægge op til en drøftelse med Økonomiforvaltningen om en tillægsbevilling til det sociale område. En indstilling herom vil blive forelagt Socialudvalget efter sommerferien, forventeligt sammen med augustprognosen.



Til Socialudvalget

Strategi for alkoholbehandlingen – omdelingen 25. juni 2008

Til udvalgets orientering vedlægges følgende materiale i relation til kommende indstilling om Strategi for alkoholbehandlingen:

- Strategi for alkoholbehandlingen
- Forandringsteori
- Sammenfatning af høringssvar
- Høringssvar

Socialforvaltningen har overtaget ansvaret for alkoholbehandlingen i Københavns Kommune og Socialudvalget godkendte 23. januar 2008 en strategi for området. Efter en høringsperiode er strategien justeret.

En indstilling om den justerede strategi for alkoholbehandlingen fremlægges Socialudvalget 13. august 2008 og senere Borgerrepræsentationen til oktober.

Socialforvaltningen vil til august foreslå Socialudvalget at godkende den reviderede strategi. Desuden vil forvaltningen for at inddrage de mange kompetente interessenter på alkoholområdet, foreslå at der dannes koordinerende fora for henholdsvis alkoholbehandlingen og det samlede alkoholområde i kommunen.

24-06-2008
Sagsnr.
2007-10464
Dokumentnr.
2008-332430

Sekretariatet

Rådhuset
1599 København V.

Telefax
33 66 70 75

www.kk.dk

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.

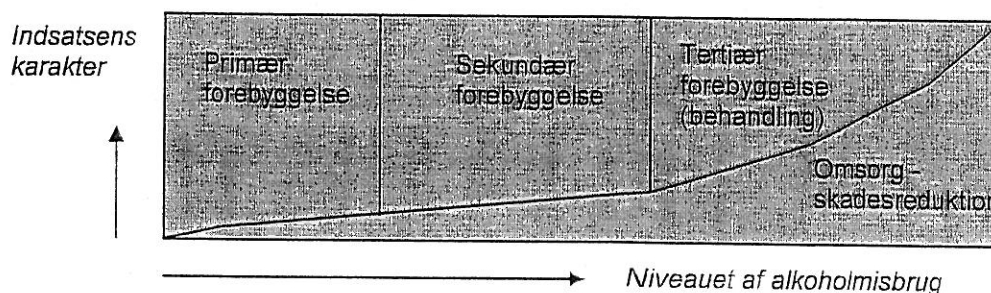
Københavns Kommune skal tilpasse indsatsen så der – ikke kun i princippet men også i realiteten – er lige adgang for alle grupper.

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, udkænkning 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 sniffladerne 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 indsatserne 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 ambulante 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 ambulante 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 konkret 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 forsorgshjemsboere 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 alkoholfafhængige (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 opspøgende indsats 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 Amdsrådsforeningen.
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

Alkoholenhedens 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 ædru 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 Forchhammersvej.

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 pege 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.

ⁱ *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.

Forandrings teori for alkoholstrategien

Indsats	Effekt - mellemlang sigt	Indikatorer	Effekt - lang sigt	Indikatorer
<p><u>Basistilbud</u> Ambulant behandling Dagbehandling Døgnbehandling</p> <p><u>Nye tilbud</u> Behandling i modtageenheder Tilbud til yngre</p> <p><u>Samarbejde</u> De praktiserende læger Sundhedsforvaltningen Beskæftigelsesforvaltningen Psykiatrien</p>	<p>Flere får kontrol med deres alkoholmisbrug</p> <p>Flere hører op med at drikke</p> <p>Brødere rekruttering til behandlingen</p> <p>Brødere rekruttering til behandlingen</p> <p>Flere beskæftigede i behandling</p> <p>Flere alkoholmisbrugere fastholdes i beskæftigelse</p> <p>Stabilisering af de mest udsatte alkoholmisbrugere</p> <p>Klienter bliver mere motiverede og fastholdes i afholdenhed</p> <p>Flere i behandling</p> <p>Stabilisering af de mest udsatte alkoholmisbrugere og behandling af akutte skader og forebyggelse af andre skader.</p>	<p>Færre "dage med alkohol" i (Nationale Alkoholbehandlingsregister - NAB)</p> <p>Indskrevne i RC med alkohol som hovedstof (Status forsknings reg.)</p> <p>Antal henvisninger til behandling fra læger m.fl. (NAB)</p> <p>Andel behandlede med beskæftigelse (NAB)</p> <p>Færre tilbagefald for brugere med aktive pårørende</p> <p>Flere hjemløse i behandling for alkoholmisbrug (klientregistrerings-systemet)</p>	<p>Færre skader og omkostninger for samfundet</p> <p>Færre skader og omkostninger for den enkelte</p> <p>Flere i behandling</p> <p>Alkoholbehandling for alle</p>	<p>Antal trafikulykker med alkohol (?)</p> <p>Antal alkoholrelaterede sygdomme (?)</p> <p>Antal alkoholrelaterede anholdelser (?)</p> <p>Dødeligheden blandt alkoholmisbrugerne i Kbh. (?)</p> <p>Antal i behandling (NAB)</p> <p>Flere hjemløse i behandling for alkoholmisbrug (klientregistrerings-systemet)</p>
<p><u>Socialpædagogiske omsorgsophold</u></p> <p><u>Pårørendetilbud</u></p> <p><u>Opsøgende indsats</u> På gaden På herberger</p>	<p>Stabilisering af de mest udsatte alkoholmisbrugere</p> <p>Klienter bliver mere motiverede og fastholdes i afholdenhed</p> <p>Flere i behandling</p> <p>Stabilisering af de mest udsatte alkoholmisbrugere og behandling af akutte skader og forebyggelse af andre skader.</p>	<p>Færre tilbagefald for brugere med aktive pårørende</p> <p>Flere hjemløse i behandling for alkoholmisbrug (klientregistrerings-systemet)</p>	<p>Alkoholbehandling for alle</p>	<p>Flere hjemløse i behandling for alkoholmisbrug (klientregistrerings-systemet)</p>



10. juni 2008

Sagsnr.
2008-28361

Dokumentnr.
2008-198691

Sammenfatning af høringssvar

Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling

I forbindelse med høringen af Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling har Socialforvaltningen modtaget svar fra følgende:

- Lænken København
- Alkoholenheden
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- LFS
- Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Socialcenter Vesterbro- Kgs. Enghave
- Socialcenter Nørrebro
- MR-børn
- Rådgivningscenter Nord
- Kirkens Korshær Hillerødgade
- E-huset
- Familieambulatoriet Thoravej

Blandt de indkomne høringssvar er der generelt enighed om, at det er positivt, at Københavns Kommune har udarbejdet en strategi for alkoholbehandling.

Lænken København:

Lænken København peger på,

- at familiebehandling bør være en integreret del af den samlede alkoholbehandling, og foreslår det inddraget i strategien.
- at de selvejende institutioner fortsat bør spille en vigtig rolle i alkoholbehandlingen

Lænken København finder det positivt,

- med de 4 overordnede mål
- at kommunen vil udbygge sin koordinerende funktion på alkoholområdet
- bygger behandlingen på princippet om trinbehandling
- etablerer tilbud til børn og pårørende

Alkoholenheden:

Alkoholenheden er grundlæggende af den opfattelse, at alkoholbehandling skal tilbydes der, hvor den har den største effekt. Det vil sige i forhold til de alkoholafhængige, der har socialt netværk, familie og arbejde.

Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig

Bernstorffsgade 17, 5
1592 København V

Telefon
3317 3368

Telefax
3317 3731

E-mail
Z434@sof.kk.dk

EAN nummer
5798009682833

www.kk.dk

Alkoholenheden peger på, i den forbindelse på, at målgruppen bør præciseres herunder,

- at målgruppen "unge" er svære at nå med behandling
- at målgruppen "udsatte" har brug for andre former for hjælp
- at en tidlig indsats overfor storforbrugende kunne være interessant

Alkoholenheden peger endvidere på,

- at alkoholfafhængighed bør defineres, hvilket ikke kan gøres alene ud fra sociale forhold
- at strategien bør tage yderligere højde for den høje comorbiditet (dobbeltdiagnoser) – både hvad angår psykiatri og somatik - hos alkoholfafhængige
- at svære lidelser i form af fx skizofreni fortsat bør behandles inden for psykiatrien
- at behandling først og fremmest kræver sundhedsfaglig og psykiatrisk ekspertise og ikke kan baseres på sociale interventioner

Alkoholenheden peger endvidere på en række punkter, som fremadrettet bør inddrages i strategien

- medicinsk behandling
- psykiatrisk behandling
- behov for uddannelse
- behov for supervision

Alkoholenheden har derudover en lang række specifikke kommentarer til strategiens punkter. Det gælder opfattelsen af de overordnede mål, tidshorizonten for målene, opgørelse af omkostninger for samfundet, trinbehandling, evidens, integration af alkohol- og stofmisbrugsbehandling, visitation, pårørendetilbud, dagbehandling og dokumentation. Kommentarer som hver især må behandles.

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS):

Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker, at der er udarbejdet en beskrivelse af organiseringen af den nuværende behandling og at der eksplicit tages stilling til den fremtidige organisering.

Dansk Psykiatrisk Selskab kritiserer, at målgruppen ikke er tydeligt præciseret. I den forbindelse mener Dansk Psykiatrisk Selskab, at det vil være rimeligt at tilbyde borgere med storforbrug rådgivning og motiverende samtaler.

Der peges på at angstlidelser og depressioner er ofte forekommende lidelse blandt de alkoholfafhængige. Dansk Psykiatrisk Selskab mener, bl.a. i forlængelse heraf, at det bør præciseres, hvordan man sikrer speciallæger i psykiatri i udredning og behandling. Ligeledes mener Dansk Psykiatrisk Selskab, at udredning og visitation bør ligge i lægeligt regi.

Dansk Psykiatrisk Selskab mener desuden, at strategien skal være mere forskningsorienteret, idet der pga. antallet af alkoholafhængige i Københavns Kommune er et potentiale i forhold til at lave forskning. Man mener derfor også, at Københavns Universitet skal nævnes som vigtig samarbejdspartner.

Dansk Psykiatrisk Selskab peger på, at behandling af unge med misbrug er vigtig og dette anbefales præciseret i dokumentet.

Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at det er relevant at integrere indsatserne over for unge alkoholafhængige og unge stofafhængige, men, at det ikke er relevant bredt at integrere behandlingen af alkoholafhængighed og stofafhængighed.

Dansk Psykiatrisk Selskab tvivler på, at et øget antal borgere i behandling bør være et mål i sig selv. Der peges på et 5. mål om at den overordnede kvalitet i behandlingen bliver forbedret primært gennem udbud af samtaleterapi samt medicinske ydelser. Der ønskes desuden præcisering af hvem der har det overordnede ansvar for alkoholbehandlingen.

Landsforening for Socialpædagoger (LFS):

LFS finder det positivt at kommunen, via udarbejdelse af en strategi, har gjort indsatsen på alkoholområdet til et kommunalt anliggende. LFS er ligeledes positive over for de overordnede visioner.

LFS er dog bekymret for, at der ikke er afsat de nødvendige ressourcer til at realisere strategien. LFS opfordrer derfor Socialudvalget til at drøfte, hvordan der kan tilvejebringes ressourcer til implementeringen af strategien.

LFS anfører, at borgerinteresser og samfundsinteresser visse steder er modsatrettede. LFS mener, at borgerens interesser bør veje tungest.

LFS mener, at det vidensbaserede arbejde beskrives for instrumentelt set fra et brugerperspektiv. LFS peger på at der er behov for at strategien tager højde for de ikke-kvantificerbare elementer i indsatsen, således at indsatsen ikke kun ses som teknologi.

Endvidere mener LFS, at en integration af stof og alkohol er uhensigtsmæssig, da de ikke mener, at de alkoholafhængige og de stofafhængige vil benytte de samme indgange. De mener i stedet, at der bør skabe én entydig indgang til alkoholbehandlingen.

LFS anfører endvidere, at kommunen ikke har de faglige forudsætninger for at varetage opgaven, og at der derfor er behov for et massivt kompetenceløft.

LFS anbefaler, at der foretages en evaluering i forbindelse med integrationen af stofmisbrugsbehandlingen og af alkoholmisbrugsbehandlingen, og at integrationen sker gradvist.

Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF):

BIF ønsker, at det bliver præciseret hvorvidt der skal udarbejdes én fælles strategi på tværs af alle forvaltninger.

BIF opfordrer til, at der i forbindelse med det videre forløb etableres et formelt og løbende samarbejde med de øvrige forvaltninger.

BIF ønsker, at strategien sætter fokus på den beskæftigelsesmæssige indsats og at BIF's strategi for alkoholbehandling indarbejdes.

BIF foreslår desuden, at der opstilles konkrete indsats-, effekt- og resultatmål, og at disse er adskilt og udledt af indsatsen overordnede målsætninger.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF):

SUF mener, at målet vedrørende reduktion af skader bør indgå tydeligt som en del af den overordnede målsætning. Det anføres, at strategien må forventes at bidrage til de overordnede mål i kommunens Sundhedspolitik

SUF ønsker ligeledes, at strategien skal tydeliggøre, hvordan der rekrutteres til behandling.

SUF peger på, at der skal sikres opmærksomhed i forhold til ressourceanvendelse fordelt på henholdsvis stofafhængige og alkoholafhængige. SUF mener at der er en risiko for at alle ressourcer vil blive brugt til behandling af stofmisbrugere.

SUF henviser til Folkesundhedsrapporten fra 2005, hvor af det fremgår at overforbrug af alkohol er størst blandt de højt uddannede. Strategien bør afspejle sammenhængen mellem alkoholbehandling og forebyggende indsatser. De ønsker derfor at strategien skal sikre at der fortsat er tilbud til veluddannede og socialt integrerede borgere.

SUF anfører, at strategien skal eksplicitere, at behandlingen er for alle borgere og ikke alene socialforvaltningens brugere.

SUF peger på, at samarbejde med andre forvaltninger og samarbejde med hospitalerne er et væsentligt element i indsatsen særligt i forhold til den fremskudte behandling. SUF mener ligeledes, at det er vigtigt at forvaltningen samarbejder i forhold til brobygning mellem opsporing og behandling, herunder i relation til ældre med et alkoholmisbrug.

SUF ønsker, at strategien forholder sig til potentialet i både sekundær og primær forebyggelse i forhold til de unge.

SUF mener yderligere, at strategien skal sikre, at der systematiske etableres støtte til børn, når deres forældre søger alkoholbehandling.

Socialcenter Vesterbro – Kgs. Enghave:

Socialcenter Vesterbro-Kgs. Enghave har ingen kommentarer til strategien.

Socialcenter Nørrebro:

Socialcenter Nørrebro mener, at det er nødvendigt, at der tilføres området flere ressourcer, samt at det skal sikres, at medarbejderne er fagligt kvalificeret til at varetage opgaven.

Socialcenteret mener, at er en fare ved at integrere stof- og alkoholbehandling, idet de to grupper ikke er sammenlignelige. Centret er således bekymret for, om yngre alkoholafhængige vil undlade at søge behandling, fordi de skal henvende sig samme sted som de stofafhængige.

Socialcenter Nørrebro ønsker, at strategien præciserer hvordan der skal arbejdes med motivationsarbejde, også i forhold til borgere med storforbrug.

Mål- og rammekontoret for børnefamilier (MR-børn):

MR-børn finder det positive, at strategien fokuserer på evidensbaseret viden og effektstyring. Samtidig bemærker MR-børn, at udgangspunktet bør være veldefinerede mål, præcise indikatorer, samt løbende monitorering. Dette forudsætter en bedre dataindsamling, end det er muligt de fleste steder i kommunen.

MR-børn er ligeledes positivt indstillet i forhold til fokus på en tidlig intervention hos de praktiserende læger, hvor disse netop er en af de mest effektive behandlingsformer i forhold til en tidlig forebyggende børneindsatser i familier med alkoholproblemer.

MR-børn anfører, at strategiens mål om at mindske de familiemæssige skader mv. bør ekspliciteres som et mål på linje med de øvrige mål.

Desuden mener MR-børn, at Alkoholensheds projekt rettet mod børn i familier med alkoholproblemer bør nævnes under pårørende tilbud.

Rådgivningscenter Nord (RCN):

RCN mener, at målene i strategien er gode og realistiske.

RCN mener, at det er vigtigt, at det understreges at ansvaret for behandling af psykotiske alkoholmisbrugere ligger hos psykiatrien.

RCN finder, at den udgående funktion, som strategien lægger op til, er god, men det understreges samtidigt, at det er en meget ressourcekrævende indsats inden for de skitserede rammer

RCN vurderer, at der ligger en stor udfordring i at integrere behandling af yngre alkoholafhængige i Modtageenheden, hvor man det seneste halve år har haft en meget stor andel af opiatbrugere på RCN.

RCN peger på, at der er for få kommunale pleje- og botilbud og at der derfor er for lang ventetid til disse tilbud.

RCN mener, at der er behov for at dagbehandlingen udbygges tilbud til børnefamilier.

Kirkens Korshærs Herberg (KKH):

KKH glæder sig over, at de udsatte grupper er tænkt ind i planen.

KKH finder, at opkvalificering af medarbejdere vil være en god ide.

Desuden mener KKH, at tanken om en form for udgående funktion i forhold til herbergerne er særdeles god.

E-huset:

E-huset er enig i, at der mangler tilbud til de mest udsatte og der peges på at der er et stigende behov. E-huset mener desuden, at der ikke kun er behov for en udvidelse af antallet af pladser, men også en øget differentiering af tilbudene til de udsatte borgere.

E-huset anfører desuden, at målet for tilbud til de udsatte grupper ikke bør være behandling men harm reduction og at tilbuddet til disse borgere bør være af både socialpædagogisk og sygeplejefaglig karakter. E-huset oplister en række forskellige tilbud som man mener, bør indgå i indsatsen over for de mest udsatte.

E-huset er betænkelige ved at integrere indsatsen over for alkoholafhængige og stofafhængige. Man frygter, at det vil betyde, at borgerne i E-huset vil få yderligere misbrug. Desuden anføres det, at erfaringer viser, at de sværest belastede misbrugere ikke ønsker en integration.

Familieambulatoriet Thoravej:

Familieambulatoriet Thoravej er betænkelige ved at integrere alkohol- og stofmisbrugsbehandling, hvis det ikke drejer sig om borgere med et blandingsmisbrug. De er bekymret for, at alkoholafhængige ikke vil søge behandling på behandlingsinstitutioner, hvor der er stofafhængige.

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