

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

Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Afsnit 161

Telefon 3632-2827
Direkte +45 36 32 22 89
Fax 3632-3790
Mail alkoenheden@hvh.regionh.dk

Web www.hvidovrehospital.dk/hhalkoenhed.nsf

Dato: 25. marts 2008

Høringssvar vedrørende Københavns Kommunes "Strategi for Alkoholbehandling"

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

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

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

Generelle bemærkninger til strategien

1. Målgruppen

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

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

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

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

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

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

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

2. Definition af alkoholfafhængighed

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

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

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

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

3. Psykiatrisk co-morbiditet

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

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

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

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

4. Somatisk co-morbiditet

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

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

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

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

5. Hvori består alkoholbehandling?

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

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

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

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

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

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

6. Områder der slet ikke er behandlet i strategiplanen

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

Specifikke kommentarer

Side 1, nederst. Færre skader for den enkelte.

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

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

indikatorer – dette er ikke tilfældet.

Side 2, Færre skader og omkostninger for samfundet

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

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

Side 2, Flere i behandling

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

Side 2, Alkoholbehandling for alle

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

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

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

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

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

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

Side 2, Trinbehandling

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

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

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

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

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

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

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

Side 3, Evidens og effektstyring

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

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

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

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

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

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

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

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

Side 4, Integration af alkohol og stofmisbrug

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

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

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

Side 4 og 5, Tilstødende problematikker

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

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

Side 5, 5. og 6. afsnit

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

Side 6, Visitation til døgnbehandling

Der skal også foregå en visitation til dagbehandling.

Side 6, Visitation til ambulans behandling

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

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

Side 7, 1. afsnit, punkt 1

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

Side 7, 1. afsnit, punkt 2

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

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

Side 8, Behandling i modtageenheder

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

Side 8, Pårørendetilbud

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

Der er allerede etableret åbent tilbud til pårørende i Alkoholenheden.

Side 8, Tilpassede tilbud til udsatte grupper.

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

Side 9, Dagbehandling

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

Side 10, Dokumentation

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

Side 10, sidste afsnit

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

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

Med venlig hilsen

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

ulrik.becker@hvh.regionh.dk

Jesper Weismann
Ledende oversygeplejerske
Alkoholenheden
Hvidovre Hospital
2650 Hvidovre

Jesper.Weismann@hvh.regionh.dk

Udkast fra Robert Elbrønd og

DANSK PSYKIATRISK SELSKAB

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

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

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

1. Generelt om dokumentet.

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

A. Eksisterende retningslinier.

B. 4 overordnede mål

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

C. Principper for behandlingen

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

D. Foreløbige indsatsområder

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

E. Fremadrettet

- politisk styring af området
- dokumentation
- samarbejde.

2. Den nuværende organisation

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

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

3. Målgrupper

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

4. Comorbiditet

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

5. Behandling

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

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

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

6. Forskning

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

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

7. Unge og alkohol

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

8. Integration mellem alkoholist og stofmisbrugsbehandling

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

9. De overordnede mål

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

10. Ansvar for behandlingen

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

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