

Strategi for alkoholbehandling

Socialforvaltningen overtog pr. 1.1.2007 ansvaret for alkoholbehandlingen. 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 uddybet i kommende handleplaner.

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 kan tillige være 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 livskvalitetsindikatorer (ASI). Det forudsættes her, at de "hårde mål" afspejles i bløde mål som livskvalitet for de borgere, der nyder godt af behandlingen.

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.

Målet for Københavns Kommune er, at behandlingen bidrager med en signifikant mindskelse - i løbet af 5 år - for de indirekte udgifter i forbindelse med alkoholmisbruget.

3. Flere i behandling

Aktuelt er omkring 17 % af de alkoholfhængige 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.

4. Alkoholbehandling for alle

Tilbudene i den nuværende indsats kan ikke tiltrække/rumme alle målgrupper. Der er således en underrepræsentation af yngre alkoholfhængige 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.

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 ambulant behandling, trin 2 er dagbehandling og trin 3 er døgnbehandling. Princippet betyder, at brugere – som hovedregel - først visiteres til behandling af lav intensitet i form af ambulant behandling. Herefter kan man trappe 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. 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 kontekstafhængigt, dvs. viden der ideelt set kan overføres på tværs af kulturelle og lokale forhold. Det betyder, at socialforvaltningens brugere kan få glæde af behandlingsteknologier fra hele verden, så længe forskningen har vist evidens for deres effektivitet.

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

Begrænsningerne i evidens-princippet gør effektstyring aktuelt som supplerende princip. Effektstyring fokuserer på de konkrete opnåede resultater i en given kontekst. Her aflæses hvordan en behandlingsindsats virker, og efterfølgende regulerer man efter resultatet. Viden i effektstyring er ikke kontekstafhængigt, 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 ydelse og virkning. En sammenhæng, som - indenfor effektstyring - hedder forandringsteori. Forandringsteorien konstrueres gennem analyse af praksis og med bidrag fra teori og praktikere. Forandringsteorien har ikke karakter af evidens, da den beskrives i den lokale, nationale kontekst.

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 opsplittning 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 stofmisbrug

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.

Princippet bør være, at integration ikke sker pr. automatik, men at forvaltningen hele tiden fordomsfrit og nøgternt afsøger mulighederne for integration af alkohol- og stofmisbrug i de konkrete tilbud.

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 fagkundskaben peger på den ene side 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 brugere 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).

Der er ikke noget sikkert grundlag i faglitteraturen for en forståelse af et muligt samspil mellem alkoholproblemer og personlighedsforstyrrelser. Det fremstår derfor som uvist,

om personlighedsforstyrrelserne har været til stede forud for – og eventuelt har været årsag til – udviklingen af alkoholproblemerne. Eller om personlighedsforstyrrelserne er kommet efter – og som et resultat af udviklingen af alkoholafhængigheden (Den offentlige indsats, 2002).

Princippet bør være, at behandlingen af alkoholmisbrugere med personlighedsforstyrrelser altid tager højde for personlighedsforstyrrelsen. Det betyder ikke nødvendigvis, at behandleren adresserer forstyrrelsen direkte men har opmærksomhed omkring forstyrrelsen i tilrettelæggelsen af behandlingen.

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

Hvad angår skizofrene alkoholmisbrugere, bør 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 socialcentrene, hvilket er særligt fremkommeligt i København, hvor Socialforvaltningen har både det sociale ansvar og behandlingsansvaret.

På den anden side møder borgeren op til behandling med muligheden for anonymitet, og med frygten for at få frataget forældreretten til sine børn.

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, der er et behov for indgreb af hensyn til børnene, samarbejder man med brugeren om at henvende sig til socialforvaltningen. I de tilfælde, hvor brugeren ikke ønsker at henvende sig, foretager institutionen en underretning. Vurderingen af forældreevnen kan lægges ind som procedure ved den indledende visitation.

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

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

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

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

Foreløbige indsatsområder

Der er ikke en lige vej fra mål over principper til planlægning af indsatsen. Vejen må nødvendigvis forholde sig til realiteten i form af brugernes 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.

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.

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 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 døgnbehandling

Visitationen til døgnbehandling sker aktuelt ad-hoc. I forlængelse af principperne er det oplagt at lægge visitationen til døgnbehandling ind i rådgivningscentre.

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. Der sker dog i et vist omfang viderehenvisning fra fx alkoholenheden til afholdsambulatoriet, som er bedre gearret til borgere med personlighedsforstyrrelser.

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 brugeren"

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 Amdtsrådsforeningen.
2. Forvaltningen forpligter behandlingsstederne på at referere brugere videre, som ikke matcher deres egen profil. Her bruges som minimum det lovpligtige udredningsredskab NAB.
3. Forvaltningen orienterer borgerne - og de instanser, som henviser til behandling - om de forskellige tilbud, så den første henvendelse så vidt muligt sker det 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 borgere, som "falder mellem to stole".

Socialforvaltningen lægger op til, at denne praksis bliver udvidet til 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 stofmisbrug 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 brugergrupper 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 oprette to tilbud til børn i familier med alkoholmisbrug. Man kan supplere med tilbud til alle 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

Alkoholens 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 borgere 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 ambulatorierne.

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 brugeren 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 målgruppens 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 der er 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 af indsatsområderne, 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 BR.

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, og eventuelt lægger op til justeringer af strategien. I forbindelse med redegørelserne vil eventuelle oplæg til BR om opprioritering af området også indgå.

Dokumentation

Dokumentationen af behandlingen og behandlingsresultaterne er mangelfulde. Med den lovpligtige implementering af et nationalt registreringssystem (NAB), vil en stor del basisinformation være på plads.

Der vil dog stadig være problemer med at få overblik over de samfundsmæssige omkostninger ved alkohol. De eksisterende undersøgelser er af ældre dato og på nationalt plan. Det foreslås, at der udvikles et monitoreringssystem, der kan måle udviklingen i omkostninger i Københavns Kommune i forbindelse med alkohol. Det er et vigtigt parameter at måle på, alene fordi det er et af de overordnede mål i strategien, men også hvis man skal argumentere for en opprioritering af området.

Samarbejde

Alkoholbehandlingen har snitflader til et væld af områder internt i forvaltningen men også til de øvrige forvaltninger. Allerede med den alkoholpolitiske handleplan vedtog BR, at der skulle nedsættes tre grupper med ansvar for koordinering af alkoholområdet. De to af grupperne skulle FAF (nu SOF) have ansvaret for. Der blev ikke bevilliget de ansøgte midler til arbejdet, men forvaltningen foreslår, at SOF ikke desto mindre tager initiativ til at samle de to grupper med ansvar for henholdsvis den behandlingsfaglige koordinering og koordinering af det samlede område.

Den eksisterende alkoholbehandling skal også knyttes tættere på Socialforvaltningen. Det kan ske gennem et mere formaliseret samarbejde med alkoholenheden og ambulatorierne, eller det kan ske gennem en hjemtagelse af behandlingen til kommunalt regi. Forhandlinger må afgøre, hvilken model, der bedst imødekommer intentionerne i strategien, kvalitet i behandlingen og en hensigtsmæssig økonomistyring.

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 Amdsrådsforeningen.
- *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.