



Alkoholbehandlingen

Årsrapport for 2008
Alkoholbehandlingen i Odense
med tilhørende afdelinger i Assens og Nyborg.



1. Indledning.

Årsrapporten for Alkoholbehandlingen i Odense beskriver udviklingen i institutionen i løbet af 2008.

Først henvises til lovgrundlaget for institutionens arbejde. Dernæst gennemgås praktiske aspekter som geografi, personale og lignende, hvorefter der er en kort gennemgang af den måde, Alkoholbehandlingen arbejder på og en beskrivelse af indholdet i behandlingen, samt tilknyttede funktioner.

Herefter følger en gennemgang af særlige aspekter, der har gjort sig gældende for 2008, før der slutes af med perspektiverne for 2009.

Anette Søgaard Nielsen
Centerleder.

2. Lovgrundlag.

Lovgrundlaget for alkoholbehandlingen i Danmark er beskrevet i Sundhedsloven:

Behandling for alkoholmisbrug (Kapitel 40, Sundhedsloven)

§ 141

Stk. 1. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere.

Stk. 2. Alkoholbehandling skal iværksættes senest 14 dage efter, at alkoholmisbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om alkoholbehandling i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd, jf. stk. 4, eller private institutioner.

Stk. 4. Regionsrådet stiller efter aftale med de enkelte kommunalbestyrelser i regionen behandlingspladser m.v., jf. stk. 1, til rådighed for kommunerne og yder faglig bistand og rådgivning.

3. Geografi

Før kommunalreformen blev den ambulante alkoholbehandling i Fyns Amt leveret af Alkoholbehandlingscentret, som havde afdelinger i Odense, Middelfart, Svendborg, Nyborg, en lille satellit i Assens, samt tilbud om telebehandling på Ærø og Langeland. I forbindelse med kommunalreformen valgte de ti fynske kommuner at bede Odense og Svendborg fungere som entreprenører på alkoholbehandlingsområdet. Forudsætningen herfor var, at alkoholbehandlingen i 2007 skal fortsætte som hidtil, dvs. levere samme kvalitet og med samme grad af tilgængelighed for borgerne.

Efter kommunalreformen drev Odense Kommune derfor Alkoholhandlingen i Odense med de tilhørende afdelinger i Middelfart, Nyborg og Assens, mens Svendborg overtog driften af afdelingen i Svendborg med tilhørende servicering af Sydfyn og øerne. Middelfart Kommune valgte at udtræde af dette samarbejde fra 1. januar 2008, og Odense Kommune lukkede derfor sin afdeling i Middelfart, og øgede i stedet volumen i afdelingen i Assens.

Alkoholbehandlingen i Svendborg og Alkoholbehandlingen i Odense med tilhørende lokale afdelinger arbejder stadig tæt sammen i et fagligt fællesskab og deles om varetagelse af visse behandlingstilbud og faglige ydelser.

4. Antal pladser.

Alkoholbehandlingen i Odense er en institution, der tilbyder ambulante alkoholbehandling. Der er ikke et bestemt antal normerede pladser.

5. Antal personaler.

I Alkoholbehandlingen i Odense var der ansat 45 medarbejdere i 2008, hvoraf nogen er på deltid. Personalet er fordelt på læger, sygeplejersker, socialrådgivere, plejer, lægesekretærer, en enkelt socialpædagog, en administrativ medarbejder, en AC'er, en kvalitetsudviklings- og it-medarbejder, centerlederen, samt en husassistent,

6. Indholdet i behandlingen

Alle afdelinger af Alkoholbehandlingen i Odense arbejder efter samme behandlingsstrategi. Strategien bygger på en grundig udredning, dvs. kortlægning af patientens behov forud for behandlingsstart. På baggrund af denne kortlægning visiteres patienten til de såkaldt evidensbaserede behandlingsmetoder, dvs. behandlingsmetoder, hvor der er dokumentation for effekten af dem.

Selve behandlingen begynder ofte med en afrusning, som foregår i afdelingernes akutte åbningstid. På baggrund af en kort samtale, undersøgelse og klinisk vurdering, foretaget af en erfaren sygeplejerske, konfereres med en af Alkoholbehandlingsens læger om udlevering af abstinensmedicin, b-vitaminer og evt. antabus. Antabus betragtes ikke i sig selv som behandling og bruges kun i kombination med anden behandling i Alkoholbehandlingen. Under afrusningen og når denne er afsluttet, arbejdes målrettet med patientens motivation til at indgå i et længerevarende behandlingsforløb med henblik på ændring af misbrugsmønstret og ophør af drikkeriet. Patienter, der ikke har behov for akut behandling af abstinenser, påbegynder deres behandlingsforløb med samtaler, der fokuserer direkte på motivation og øgning af denne.

Når patienten føler sig velinformeret om, hvad behandling indebærer og er parat til at gå videre i behandlingsforløbet, får patienten en tid til en såkaldt 'kortlægningssamtale'. Denne samtale omfatter især 7 hovedområder: Fysisk helbred, arbejdsmæssig fungeren, alkoholmisbrug, stofmisbrug, kriminalitet, social/familiemæssig fungeren og psykisk helbred. På hvert af disse områder screenes der for problemer, og såfremt der er problemer, vurderes alvorlighedsgraden og behandlingsbehovet for disse problemer af både patienten selv og den behandler, der interviewer patienten.

Visitationen til det efterfølgende samtalebehandlingstilbud foretages på baggrund af denne kortlægningssamtale. I det omfang patienten har en profil, der tyder på god effekt af de tilbud, Alkoholbehandlingen selv råder over, vil patienten blive visiteret hertil. Har patienten derimod en profil, der tyder på manglende effekt af Alkoholbehandlingsens ambulante tilbud, vil patienten blive henvist til anden form for behandling, oftest Ringgården eller i sjældnere tilfælde Minnesotabehandling. Før kommunalreformen havde Alkoholbehandlingen selv visitationsretten til døgnbehandling. Efter kommunalreformen har kommunerne visitationsretten, så fremover er Alkoholbehandlingen borgeren behjælpelig med at søge hjemkommunen om døgnbehandling, hvis Alkoholbehandlingen skønner, at borgeren har behov for dette.

Konkret betyder det, at Alkoholbehandlingen i Odense i 2008 havde følgende tilbud:

I modtagelsesfasen (fase 1):

- Akut hjælp til behandling af abstinenser
- Afklarende information om behandlingsmuligheder og patientens parathed til at indgå i disse

- Kortlægning med henblik på valg af den mest effektive behandling for den enkelte alkoholmisbruger
- Motivationsskabende samtaler

I den efterfølgende fase (fase 2):

- Forskellige former for individuel behandling, heriblandt kognitiv terapi, støttende samtaler eller kontraktbehandling, evt. i kombination med farmakologisk behandling, og med inddragelse af pårørende efter behov og hvor det er relevant.
- Egentlig familiebehandling, evt. i kombination med medicinsk behandling, hvor dette skønnes det mest hensigtsmæssige.
- Hjælp til henvisning til behandling på Behandlingshjemmet Ringgården, samt behandling efter Minnesota-modellen på forskellige behandlingshjem. Ydelsen skal bevilges af hjemkommunens visitationsenhed.
- Hjælp til henvisning til aktiveringstilbud kombineret med intensiv, ambulant, vedholdende alkoholbehandling (for kontanthjælpsmodtagere). Ydelsen skal bevilges hjemkommunens jobcenter.

Booster-samtaler (fase 3):

- Efter endt behandling kan patienten henvende sig indenfor et år og få to-tre samtaler 'som forlængelse' af det oprindelige forløb. Har han brug for mere end disse få samtaler, genoptages han i et nyt behandlingsforløb, dvs. at der gennemføres en kortlægning mv. med henblik på at sikre bedst mulig tilrettelæggelse af yderligere et behandlingsforløb..

I alle faser:

- Rådgivning og støtte til pårørende (også selvom misbrugerer endnu ikke selv er i behandling)

Behandlingstilbuddene i Alkoholbehandlingen er alle individuelle, evt. sammen med patientens familie. Alkoholbehandlingen tilbyder med andre ord ikke gruppebehandling, men tilbyder al sin behandling fleksibelt i tæt samarbejde med den enkelte patient. Typisk vil ambulant behandling indebære relativt hyppige samtaler i begyndelsen af forløbet (1-3 gange ugentligt), der efter et stykke tid vil falde i intensitet, og efter nogle måneder foregå hver anden uge og til sidst en gang månedligt. Samtalerne varer typisk ½ time og der vil være hjemmearbejde mellem samtalerne. Samtalerne kan suppleres med indtagelse af antabus, enten administreret af patienten selv, dennes familie eller arbejdsplads, eller udleveret regelmæssigt i Alkoholbehandlingen, alt efter hvad der er mest hensigtsmæssigt for den enkelte patient. Samtalebehandlingen kan desuden være suppleret med farmakologisk behandling med de nye anti-craving-præparater, som den seneste forskning har vist, kan øge effekten af behandling for de patienter, der slider meget med drikketrang.

7. Konsulentfunktion

Udover behandling tilbyder Alkoholbehandlingen konsulentbistand til samarbejdspartnere. Konsulenternes funktion er:

- at sikre koordination mellem alkoholbehandlingen og andre kommunale indsatser
- at være konsulent i forhold til kommunale sagsbehandlere med henblik på at øge sandsynligheden for, at drikkende klienter kommer i behandling for deres misbrug
- at opruste kommunerne fagligt ved bl.a. undervisning

- at etablere et samspil med de praktiserende læger
- at sikre samspil med andre behandlingstilbud
- undervisning på nationale kurser, arrangeret af Sundhedsstyrelsen og KL, målrettet kommunerne.

Konsulenterne har i 2008 afholdt flere temadage lokalt i kommunerne og i institutioner (ofte i samarbejde med projekt Børn i Familier med Alkoholproblemer, se senere). I flere fynske kommuner kommer alkoholkonsulenten fast i forvaltningen en gang om måneden med et tilbud om hjælp og støtte til personalet i forvaltningen til arbejdet med de pågældende sager.

De forskellige afdelinger og teams i kommunerne anvender løbende konsulenterne som sparringspartnere i forhold til komplicerede samtaler med borgere, hvor der er alkohol involveret. Det gælder fx hjemmeplejen, sagsbehandlerne, daginstitutionerne og lignende. Oftest ender disse samtaler med, at borgeren henvender sig i Alkoholbehandlingen med henblik på behandling.

Konsulenterne har oplevet et stigende behov for kompetenceudvikling og sparring i relation til alkohol især indenfor plejesektoren og på arbejdsmarkedsområdet. Konsulentteamet tilbyder derfor tovholderfunktion i forhold til dannelse af faglige netværk for lokale nøglepersoner indenfor dels plejesektoren og job-og-arbejdsmarkedsområdet, som derefter fungerer som ressourcepersoner for kollegerne i forhold til særlig viden på alkoholområdet. Ved årsskiftet 2008-09 var flere sådanne netværk blevet etableret på tværs af kommunegrænserne.

Som i de tidligere år har Alkoholkonsulenterne også i 2008 arbejdet aktivt på at skabe fokus på alkoholproblemer og synliggørelse af Alkoholbehandlingen i den fynske befolkning. Sammen med forebyggelses-medarbejdere fra de fynske kommuner har konsulentteamet haft succes med at komme ud på gader og stræder i forbindelse med den såkaldte uge 40-kampagne, hvor konsulenterne sammen med forebyggelsesmedarbejdere har tilbudt borgerne gratis og uforpligtende eftersyn af alkoholvanerne og afholde konkurrencer på viden om alkohol.

Børnekonsulentfunktion

Alkoholbehandlingen har ansat to børnekonsulenter, finansieret af Sundhedsstyrelsen som led i et større, nationalt projekt med henblik på at sikre støtte til børn af alkoholmisbrugere. Den fynske del af projektet hedder "Børn i Familier med Alkoholproblemer" (Bifa). Grundtankegangen i Bifa er, at de professionelle på alle niveauer skal give den støtte til børnene, som de kan, på et så tidligt tidspunkt som muligt. Det er ligeledes en grundtanke, at støtten skal gives i dagligdagen og medfører, at der både sker en indsats overfor forældrenes misbrug, og at barnet støttes i oplevelsen af, at det ikke er barnets ansvar, at forældrene drikker/har drukket, og ikke mindst at barnet støttes i, at det har 'lov til at være barn'.

Rent praktisk sker dette ved, de professionelle omkring børnene (pædagoger, skolelærere, dagplejer, sundhedsplejersker etc.) taler med de misbrugende forældre og motiverer dem til nedsat alkoholforbrug, evt. behandling i Alkoholbehandlingen, samt at de professionelle konkret og aktivt taler med børnene og støtter dem i dagligdagen, herunder bidrager til at normalisere dagligdagen for børnene.

Alkoholbehandlings alkoholkonsulenter (se ovenfor) står her til rådighed for de professionelle omkring børnene med hensyn til viden, erfaring og vejledning i, hvordan man kan tale med forældrene og motivere disse til behandling. Alkoholkonsulenterne kan optræde som rollemodeller

og *sammen* med frontpersonalet i kommunerne, taler de med forældrene for dels at øge sandsynligheden for at forældrene går i behandling, dels for i praksis at vise frontpersonalet, hvorledes samtalerne kan gribes an.

De to børnekonsulenter, som er ansat i forbindelse med Bifa står ligeledes til rådighed for kommunens professionelle med viden, erfaring, rådgivning og vejledning i, hvorledes den konkrete støtte til børnene kan etableres i dagligdagen som et led i det pædagogiske arbejde. Også børnekonsulenterne kan optræde som rollemodeller *sammen* med frontpersonalet og konkret vise, hvordan man kan medvirke til en støttende indsats overfor børnene.

I 2008 var alle 10 fynske kommuner involveret i Bifa, og der er nedsat en central styregruppe, der bidrager til at holde projektet på sporet. Projektet indebærer megen efteruddannelse af de professionelle i kommunerne, og i 2008 indebar det ud over mange foredrag og mindre arbejdspladskurser i daginstitutioner etc., at Børne- og alkoholkonsulenterne i Alkoholbehandlingen desuden afholdt flere tværfaglige kursusforløb for primært ansatte i Assens og Odense Kommune, som var dette års fokus-kommuner. Tilsvarende kurser for professionelle fra de resterende kommuner blev afholdt de tidligere år. Kurserne finansieres af midler fra Sundhedsstyrelsen. I 2008 var børnekonsulenterne desuden involveret i 252 konkrete sager, hvor konsulenterne bidrog til at sikre støtte til børn i familier med alkoholmisbrug. Herudover gav børnekonsulenterne støtte og sparring til frontpersonale vedr. ca. 200 sager.

Bifa-projektet bliver mere og mere kendt, og bidrager til at give Alkoholbehandlingen et godt omdømme i kommunerne. At øge kendskabet til Bifa – og Alkoholbehandlingen i bred almindelighed – kræver en konstant og vedholdende indsats fra (både) Børne- og Alkoholkonsulenterne. Til gengæld bidrager indsatsen til, at Alkoholbehandlingen opleves som helhedsorienteret, seriøs og samarbejdsorienteret.

Særligt for 2008

8. Ny behandlingstilrettelæggelse.

I foråret 2008 ændrede Alkoholbehandlingen på behandlingstilrettelæggelsen, så behandlingen varetages af teams i stedet for af enkelt-personer blandt personalet. I Odense-afdelingen, som er den største afdeling, og hvor team-inddelingen er mest udpræget, er der således ét team, der varetager modtagelsen af patienten (afrusning og motivationsarbejde), mens andre teams varetager henholdsvis den planlagte, individuelle behandling længere henne i forløbet eller familiebehandlingen, hvis patienten og hans familie visiteres til dette.

Overgangen til teambaseret behandlingen sker parallelt med en opprioritering af intensiteten i behandlingen, hvor det prioriteres, at der er hyppige, kontinuerlige og relativt korte samtaler (15-30 minutters varighed) med patienten, snarere end længerevarende, få samtaler (1 times varighed). Det har nemlig vist sig, at patienten har vanskeligt ved at holde koncentrationen i længere tid af gangen det første lange stykke tid efter en periode med stort alkoholforbrug.

Den teambaserede tilrettelæggelse indebærer, at patienten i den periode, han er tilknyttet det enkelte team, møder de 3-5 medlemmer, som teamet omfatter, og de lærer alle ham at kende. Ved sygdom, ferie og lignende sker der ikke afbrydelse af behandlingen, idet alle i teamet trækker på fælles hammel, og derfor umiddelbart kan træde til. Teams'ene er samtidig tværfagligt sammensat, og sikrer et solidt fagligt fokus i behandlingen. Efterårets patienttilfredshedsundersøgelse viste, at patienterne har taget god imod denne ændring i tilrettelæggelsen af behandlingen (se nedenfor).

9. Udarbejdelse af en 'kanon' på alkoholbehandlingsområdet

I forlængelse af omlægningen af behandlingstilrettelæggelsen til teambaseret behandling, udarbejdede personalet i Alkoholbehandlingen i Odense og Svendborg en 'kanon' på alkoholområdet. Kanon'en omfatter dels 10 principielle forudsætninger for den gode alkoholbehandling, som drives af Odense og Svendborg Kommune, dels 10 principper for den gode udmøntning af behandlingen. De principielle forudsætninger er:

1. **Det behandlende personale skal have en lægelig, social- eller sundhedsfaglig uddannelse eller lignende grunduddannelse.**

God alkoholbehandling kræver professionelt personale. Alkoholmisbrug er multifaktorielt betinget og påvirker mange områder af patientens liv. Personalet skal derfor repræsentere professionsuddannelser på de mest relevante lægelige, sociale og sundhedsfaglige områder.

2. **Der skal være et tværfagligt personale, som repræsenterer erfaringer fra andre sektorer, fx det sociale område eller psykiatrien**

Et tværfagligt personale med erfaringer fra andre relevante områder bidrager til sikring af en helhedstænkning i behandlingsindsatsen, herunder samarbejde med andre relevante aktører.

3. **Behandlerne skal have relevant efteruddannelse mht til viden om alkoholmisbrug og alkoholbehandlingsmetoder.**

En grunduddannelse i sig selv indeholder ikke de nødvendige færdigheder for at blive en god alkoholbehandler. Behandlingsindsatsen kræver indsigt i alkoholmisbrug som fænomen, opmærksomhed på afledte problemstillinger og uddannelse i og træning i evidensbaserede behandlingsmetoder.

4. **Der skal være en form for kontinuerlig supervision på behandlingsindsatsen.**

For at bevare professionalismen og ikke forfalde til personlige dogmer, blive vævet følelsesmæssigt ind i behandlingsforløbet eller lignende, er løbende dialog med andre om egen behandlingspraksis en forudsætning.

5. **Behandlingen skal kontinuerligt journalføres, dokumenteres og kvalitetssikres**

Behandlingen skal dokumenteres, så andre på baggrund af journalen kan overtage behandlingsforløbet ved behov, og så det er muligt at få overblik over indsatsen og resultatet heraf. Løbende relevant dataindsamling er en væsentlig del

af behandlingsindsatsen, som bidrager til at sikre, at man kan vurdere om kvaliteten af behandlingen ændrer sig.

6. De valgte behandlingsmetoder skal være evidensbaserede og beskrevne.

Behandling skal altid være tilrettelagt på baggrund af den nyeste, tilgængelige viden på området. Behandling skal således ikke være baseret på, hvad man tror virker, men på hvad man ved, dvs på den forskning, der er bedrevet på området. Behandlingsmetoderne skal være velbeskrevne og beskrivelserne her af (fx manualer, standarder, bøger og artikler) skal være tilgængelige for behandlerne, som på sin side kontinuerligt skal læse og genlæse disse.

7. Farmakologisk behandling er en del af alkoholbehandlingen, hvor det er relevant.

Evidensbaserede behandlingsmetoder omfatter ikke blot psykosociale behandlingsmetoder, men også farmakologiske behandlingsmetoder.

8. Behandlingen af alkoholmisbrugerne prioriteres frem for tilbuddet til pårørende

Alkoholbehandlingens kerneydelse er behandling af alkoholmisbrugerne. Pårørende tilbydes råd, vejledning og støtte, - dels som et tilbud til den pårørende selv, dels fordi støtten til de pårørende øger sandsynligheden for at alkoholmisbrugeren søger behandling. Støtten til de pårørende kan imidlertid ikke ske på bekostning af behandlingsindsatsen i relation til alkoholmisbrugeren.

9. Alkoholbehandling handler om faglighed og professionalisme

Alkoholbehandling er en professionel behandlingsindsats på højt fagligt niveau. Behandling af alkoholmisbrug er dermed mere end blot støtte og omsorg.

10. Alkoholbehandling er et håndværk

Alkoholbehandling handler om fremadrettet behandling, fokuseret på alkoholmisbruget og målrettet at hjælpe patienten til at erhverve sig redskaber til at håndtere kommende risikosituationer og i det hele taget gebærde sig som ædru i et samfund, hvor alkohol er en del af kulturen. God alkoholbehandling er ikke en terapeutisering over bagvedliggende barndomsoplevelser, som måske kan give patienten indsigt, men ikke færdigheder til at klare sig fremadrettet

Helt konkret indebærer dette nedenstående 10 centrale principper for det daglige behandlingsarbejde, som bedrives af Odense og Svendborg Kommune:

1. Alkoholbehandling skal vise respekt for patienten

De ansatte optræder altid høfligt, venligt og respekterende. Ingen patient vil blive udsat for overgreb eller nedladende adfærd i alkoholbehandling, og for patienten vil der altid være åbenhed om, hvad der sker i behandlingen.

2. Alkoholbehandling bør tilrettelægges fleksibelt, nuanceret og i dialog med patienten

Alkoholbehandling består ikke af pakked løsninger. Tempoet og indsatsen i behandlingen aftales altid individuelt med patienten. Behandleren skal tilbyde sin faglige viden, og i dialog med patienten nå frem til en konkret behandlingstilrettelæggelse, som patienten kan identificere sig med

3. Det er et centralt princip, at kontakten til patienten bør være præget af hyppige, kortvarige kontakter til patienten, især (men ikke kun) i begyndelsen af behandlingsforløbet

Ophør af mange eller få års alkoholmisbrug er for de fleste mennesker en stor ændring. Tæt kontakt med mulighed for sparring, hjælp og støtte er væsentligt i behandlingen, især i starten, men for mange patienter også senere hen. Hvis man har udviklet en alkoholafhængighed, vil man op til det første halve år, hvor man er ædru, stadig have svært ved at koncentrere sig i længere tid. Behandlingssamtalernes længde bør således tilpasses patientens behov og snarere være korte, konkrete og hyppige, snarere end sjældne og lange.

4. Alkoholbehandleren skal være opsøgende, hvis patienten udebliver

Tilbagefald og usikkerhed på om det er muligt at ændre på misbruget, er hyppigt forekommende og en naturlig del af ændringsprocessen. Tilbagefald og usikkerhed på egen formåen er samtidig ofte omgærdet med en oplevelse af skam. Alkoholbehandleren skal derfor hjælpe mest muligt med at afkorte tilbagefald og bidrage bedst muligt til at behandlingsforløbet genoptages.

5. Et behandlingsforløb indebærer principielt 3-6 måneders afholdenhed, - og det skal patienten forholde sig til inden kortlægning.

Fokuseret samtalebehandling kræver, at patienten er ædru, hvis det skal nytte noget. Vores anbefaling er mindst 3-6 måneders afholdenhed undervejs i behandlingsforløbet. Det kan selvsagt tage sin tid at nå frem til den beslutning, så i den første periode er det vigtigste, at patienten møder frem og måske blot er ædru fra dag til dag. Det er samtidig bestemt heller ikke sådan, at patienten afvises i behandlingen, fordi han – på trods af et oprindeligt ønske om afholdenhed – får et eller flere tilbagefald. Men ved gentagne tilbagefald et stykke ind i behandlingsforløbet, bør behandleren parkere det redskabsorienterede behandlingsarbejde og i stedet atter arbejde på at øge patientens motivation.

6. Behandlingsforløbet skal være fokuseret på alkohol og alkoholbehandleren skal henviser til andre, når det gælder andre problemstillinger.

God alkoholbehandling er fokuseret på alkohol, og det er det, som alkoholbehandleren kan. Andre problemstillinger

skal ikke overses, men snarere indebære, at andre relevante instanser involveres, så indsatserne koordineres og understøtter hinanden.

7. Alkoholbehandleren skal kontinuerligt have fokus på fokus på patientens børn.

Alkoholbehandleren skal vedvarende være opmærksom på, hvorvidt patienten har børn og være opmærksom på, om disse børns trivsel er truet. Hvis alkoholbehandleren skønner at trivslen er truet, skal behandleren reagere på dette, - så vidt muligt i samarbejde med patienten

8. Alkoholbehandleren skal så vidt muligt inddrage de pårørende i behandlingsforløbet.

Det er altid hensigtsmæssigt, at de pårørende understøtter behandlingen snarere end modarbejder den, og de pårørende vil da oftest gerne bidrage med hjælp og støtte. Mange alkoholmisbrugere har slidt på deres relationer til pårørende, så det kan også være relevant som en del af behandlingen at bidrage til reetablering af relevante relationer.

9. Der skal være regelmæssige behandlingskonferencer

Regelmæssige behandlingskonferencer sikrer kontinuitet og kvalitet i behandlingen, og bidrager til at holde fokus på alkoholproblemstillingen. Deltagelse i behandlingskonferencerne prioriteres derfor.

10. Journalnotater skal være korte, operationelle og beskrive status og konkrete aftaler.

En forudsætning for en velfungerende teambaseret behandlingsindsats er, at der sker en løbende, kortfattet, operationel dokumentation i journalen, så alle i et team kan se, hvad der er aftalt med patienten og hvad der er aftalt som dagsorden for næste samtalen. Det er en kunst at skrive kortfattede, præcise journalnotater. Det er en pligt at læse det seneste notat og i det hele taget orientere sig i journalen, før man går i gang med en samtale med en patient.

Udarbejdelsen af denne kanon skal bidrage til at sikre, at vi vedvarende har fokus på det, der er fundamentalt for god alkoholbehandling.

10. Telebehandling

Alkoholbehandlingen på Fyn har de senere år udviklet telebehandlingstilbud til interesserede kommuner. På forsøgsbasis lagde Alkoholbehandlingen i Svendborg ud med at tilbyde borgere fra Ærø og Langeland samtalebehandling fra Forebyggelsescentret i Rudkøbing og sygehuset i Ærøskøbing. Tilbuddet indebærer, at man kunne tale med sin behandler i Svendborg-afdelingen via kamera og tv-skærm i uforstyrrede omgivelser. Den mulighed blev særdeles godt modtaget, og medførte, at borgere fra Ærø og Langeland i højere grad fuldførte deres behandlingsforløb.

Disse gode erfaringer ledte til, at alle Alkoholbehandlingen i Odense's afdelinger i 2008 fik etableret videokonference-udstyr. Udstyret er foreløbigt blevet brugt til at fremme arbejdsgangene internt i Alkoholbehandlingen, fx gennem afholdelse af behandlingskonference mellem behandlere og læge ved hjælp af udstyret, så kørsel mellem afdelingerne er blevet minimeret. Samtidig er telebehandling blevet et tilbud til køberkommunerne som supplement til den ambulante behandling baseret på fremmøde i Odense, Nyborg og Assens, såfremt køberkommunerne køber videokonferenceudstyr til 'deres ende' og stiller det op på et velegnet sted i kommunen. Kerteminde Kommune har ved årsskiftet indkøbt videokonferenceudstyr, ligesom der er opsat videokonferenceudstyr på sygehuset i Ringe. Det er vores forventning, at vi i løbet af 2009 vil se udstyret taget i brug til alkoholbehandlingssamtaler.

Når vi er i dialog med kommunerne om mulighederne for telebehandling ved hjælp af videokonferenceudstyr, gør vi altid opmærksom på, at etablering af udstyret indebærer flere mulige synergieffekter, fx udnyttelse af udstyret til udskrivningsmøder mellem hospitalsafdelingerne og hjemmepleje, når fx ældre borgere skal udskrives fra sygehus. Eller til videokonferencer internt i kommunen. Eller – som Odense Universitetshospital netop har vist – til effektiv udnyttelse af tolkning, når der er brug for hjælp til at tale med en fremmedsproget borger.

11. De opnåede behandlingsresultater i 2008

Kvalitetsudviklingen generelt

Alkoholbehandlingen fik i 2005 kvalitetsprisen fra Selskabet for Kvalitet i Sundhedssektoren for sit kvalitetsudviklingsarbejde. Dette arbejde er siden fortsat og er udførligt beskrevet i bogen "Kvalitetsudvikling i ambulant alkoholbehandling" af Bent Nielsen & Anette Søgaard Nielsen, som udkom ved årsskiftet 2006-7. Bogen ligger på Alkoholbehandlingens hjemmeside <http://www.alkoholbehandlingen.dk/for%20fagpersoner/forskning/kvalitet.aspx>. Som følge af kvalitetsudviklingsstrategien har alkoholbehandlingen fokus på dokumentation af ydelserne, regelmæssige patienttilfredshedsundersøgelser og løbende vurderinger af kvaliteten af behandlingen.

Alkoholbehandlingens kvalitet vurderes løbende på Audit-møder. Audit består af ledelsen og medarbejderrepræsentanter. Audit mødes to gange årligt og bruger da en hel dag på at gennemgå statistik, patienttilfredsundersøgelser og stikprøver af journaler med henblik på at undersøge, hvorledes det aktuelt står til med kvaliteten af behandlingen. Personalet får derefter tilbagemeldinger om kvaliteten i behandlingen.

På Auditmøderne i 2008 så vi en stigning i andelen af patienter, der gennemførte de første 3 måneder af behandlingen, og parallelt hermed, så vi en stigning i andelen af patienter, der opnåede et positivt drikkemønster (dvs. enten blev afholdende, eller kun drak under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser). Vi har senest kunne vurdere data fra kortlagt patienter (dvs. patienter, der har overstået den første, akutte fase og som går videre i behandling) i perioden 2003-2007, og omfattende både Alkoholbehandlingen i Odense, Nyborg og Svendborg. Når vi ser på disse data over tid, er der en uændret andel af patienterne, der er i arbejde, og der er stadig knap 10 procent af patienterne, der indtager flere stoffer end alkohol. Der kommer relativt flere nye patienter i behandling, så i slutningen af 2007 er vi oppe på, at det for 64 % vedkommende er første gang, de er i behandling. Patienternes gennemsnitsalder er den samme alle årene, men der er tilsyneladende kommet en større spredning på aldersgrupperne, så især de +60-årige nu udgør en relativt større gruppe og er oppe på at udgøre 10 % af patienterne..

I perioden 2003 til 2007 var i gennemsnit 67 % af de kortlagte patienter fortsat i behandling efter 3 måneder. I perioden 2005-2006 var der en nedadgående trend, men i 2006 – 2007 fik vi ved hjælp af en systematisk indsats vendt billedet, så vi ved udgangen af 2007 var oppe på, at 74 % af de kortlagte patienter i behandling efter 3 måneder. Dette systematiske arbejde er fortsat i 2008.

Der går desværre altid går et stykke tid, før vi kan vurdere kvaliteten i behandlingen. Men det handler om, at vi kontinuerligt samler data på et halvt års patienter, som derefter skal have mulighed for at være i behandling mindst 3 måneder – og så skal data analyseres. Vi kan derfor løbende vurdere data med ét års forskydning.

Resultaterne fra patienttilfredshedsundersøgelserne i uge 10 og uge 40 2008 viste fortsat stor tilfredshed med behandlingen blandt patienterne, se www.alkoholbehandlingen.dk, hvor resultaterne er tilgængelige.

12. Aktivering i kombination med alkoholbehandling.

I 2008 oprettede Alkoholbehandlingen under aktiveringsloven et intensivt, ambulant behandlingstilbud i erkendelse af, at en mindre gruppe socialt meget udsatte borgere kun vanskeligt kunne profitere af almindelig ambulant behandling, fordi borgerne var så medtagne eller havde så ringe struktur på deres liv, at de ikke kunne fastholdes i ambulant behandling. Tilbuddet, der hedder 'Intens', bygger på projekterfaringer fra 2006-07, og er forbeholdt kontanthjælpsmodtagere med

svært misbrug og uden netværk, som (oftest) har været forsøgt behandlet med traditionel behandling, men uden succes. Normeringen i Intens er højere, og personalet har derfor tid til at bruge flere kræfter på at engagere patienten i behandling, se patienten dagligt i perioder samt tage hjem til patienten, hvis denne udebliver fra behandling. Behandlerne har også tid til i højere grad at hjælpe patienten med at skabe sig et indhold i den ofte tomme hverdag, der viser sig, når alkohol og det 'våde netværk' ikke mere fylder dagen ud. Dette forudsætter, at behandlerne samarbejder tæt med Jobcentret. Tilbuddet kræver visitation fra Jobcentret og er takstfinansieret.

I løbet af 2008 påbegyndte 56 personer et aktiveringstilbud i Intens, heraf 13 kvinder. Gennemsnitsalderen var ca. 44 år, de havde i snit drukket i 18 år, og været 9 år på kontanthjælp. Ved årsskiftet 2008-09 var status, at 3 var blevet afsluttet før tid på grund af manglende kontakt til patienten, 4 var blevet afsluttet, fordi der ikke skete nogen ændring i patientens drikkemønster, samtidig med at mulighederne til sidst var udtømte, mens yderligere 4 blev afsluttet efter endt, vellykket behandling og aktivering (1 blev afsluttet til ordinært arbejde, 2 til anden form for aktivering og 1 til arbejdsprøvning). Resten af patienterne er fortsat i behandling.

Knap 75 % af de patienter, der ved udgangen af 2008 fortsat var i behandling, var ved årsskiftet helt afholdende (nogle tog antabus, andre ikke), en mindre del havde nedsat sit forbrug og ca. 20% havde stadig et uændret forbrug. Disse var typisk blandt de sidst indskrevne og havde derfor ikke været i behandling så lang tid endnu.

13. Motivationsarbejde i Arresthuse

Efter ønske fra Kriminalforsorgen begyndte Alkoholbehandlingen i efteråret 2008 at tilbyde motivationsarbejde til indsatte i de fynske arresthuse. Motivationsarbejdet er et tilbud til indsatte med alkoholproblemer, og målet med arbejdet er, at den indsatte vælger af afsonen en efterfølgende dom i et fængsel, hvor der er en behandlingsafdeling. Motivationsarbejdet i Arresthusene er i første omgang et projekt-tilbud, og finansieres af Kriminalforsorgen.

14. Belægningsprocent i 2008.

Man kan ikke tale om egentlig belægningsprocent i Alkoholbehandlingen. Kun Aktiveringstilbuddet Intens har et egentligt antal normerede pladser, idet vi skønner, at tilbuddet med den nuværende personalenormering har plads til 50 borgere. Ved årsskiftet 2008-09 var der indskrevet 45 borgere i aktiveringstilbuddet, og hvis tilstrømningen fortsætter, udvides tilbuddet.

I 2008 behandlede Alkoholbehandlingen i alt 2246 patienter i samarbejde med Alkoholbehandlingen i Svendborg. Heraf varetog Alkoholbehandlingen i Odense behandlingen af 1656 patienter, som blev behandlet enten i Odense, Assens eller Nyborg. Patienterne var i behandling i gennemsnit 144 dage. I Odense fordeler patienter og konsulentydelse sig således på følgende kommuner:

	Ambulant behandling (antal patienter indskrevet i 2008 i Odense, (herunder Assens og Nyborg afdelingen), samt i procent af alle)	Alkoholkonsulent-ydelser fra Alkoholbehandlingen i Odense leveret til (1):	Direkte støtte til børnesager i familier med alkoholmisbrug, antal sager og procent af alle. Børnekonsulenterne fra Alkoholbehandlingen i
--	--	--	---

			Odense servicerer hele Fyn. (2)
Samlet normering	Ikke fast antal pladser		
Assens	164 (10 %)	Jobcentret, hjemmeplejen, plejecentre, Psykiatri og Handicap, gadeplansmøder, Familiehuset, skoler, børnehaver	13 (5 %)
Faaborg-Midtfyn	66 (4 %)	Jobcentret, Børn- og Ungeforvaltning	91 (36 %)
Kerteminde	98 (6 %)	Jobcentret, aktiveringstilbud, Sundhedspleje, familiehuset, udviklingsafdeling	18 (7 %)
Langeland	0 (0 %)		5 (2 %)
Nordfyn	88 (5 %)	Jobcentret, Sundhedsafdelingen, skoler, børnehaver, bo-tilbud, sundhedscafeen, Psykiatri- og Handicap, forebyggelseskonsulenterne	7 (3 %)
Nyborg	164 (10 %)	Jobcentret, Jobhuset, Socialafdelingen, Plejecentre	30 (12 %)
Odense	1030 (61 %)	Jobcentret, Aktiveringstilbud, Sundhedscentret, Psykiatri- og handicapforvaltningen, plejecentre, hjemmeplejen, skoler, børnehaver, familiehuset, Børn- og Ungeforvaltning.	46 (18 %)
Svendborg	16 (1 %)		24 (10 %)
Ærø	0 (0 %)		16 (6 %)
Andre kommuner	53 (3 %)	Ingen	2 (1 %)
Samlet belægning	1652 (100 %)		252 (100 %)

15. Regnskab 2008.

<u>Alkoholbehandlingen i Odense 2008</u>			
<u>Primær drift:</u>			
Udgifter	Budget	Regnskab	Difference
Løn	13.174.000	13.603.913	429.913
Drift	4.127.000	4.367.526	240.526
Indtægter	Budget	Regnskab	Difference
Entreprenøraftale	17.301.000	17.379.708	78.708
Salg til eksterne kommuner	0	778.625	778.625
Balance, mindreforbrug			186.894

16. Kursusvirksomhed

Mange samarbejdspartnere har gennem tiden efterlyst kompetenceudvikling på alkoholområdet. Alkoholbehandlingens alkoholkonsulenter har her været én måde at sikre denne på, men det har været en indsats, der har været forbeholdt de kommuner, vi samarbejder med. Vi etablerede derfor i

2008 en kursusafdeling, som udvikler og udbyder kurser til samarbejdspartnere, fx basale kurser, der tilbyder viden om alkoholmisbrug og behandlingsmuligheder, kurser om metoder til tidlig intervention overfor misbrug, samt kurser om motiverende samtaleteknikker (Motivational Interviewing). Kurserne er finansieret ved deltagerbetaling, dog således at ansatte i kommuner, der har en entreprenøraftale med Alkoholbehandlingen (det drejer sig om Assens, Faaborg-Midtfyn, Nyborg, Nordfyn, Svendborg, Langeland, Ærø og Kerteminde) kan deltage for en markant reduceret pris.

Som led i kursusvirksomheden har Alkoholbehandlingen i Odense desuden sammen med Alkoholenhederne i København samt Alkoholbehandlingen i Århus indgået en aftale med Sundhedsstyrelsen om varetagelsen af det faglige indhold på Grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling. Grunduddannelsen er gratis for kommunerne, men forbeholdt personer, der arbejder decideret med ambulant behandling for alkoholmisbrug. Grunduddannelsen varetages i samarbejde med COK og annonceres via COK's hjemmeside (www.cok.dk)

Det kommende år.

17. De største udfordringer for 2009.

De største udfordringer i 2009 og årene fremover koncentrerer sig om to indsatsområder samt om et enkelt praktisk område:

For det første er der fortsat en udfordring i at udvikle behandlingstilbud, der fleksibelt kan samtænkes med aktivering og jobtræning. Der tænkes her især på aktivering af matchgruppe 4-5, hvor en stor del af gruppen skønnes at have problemer med alkoholafhængighed, og hvor motivering og fastholdelse vil være i fokus, sammenholdt med samspil med støtte og aktivering, og som en del af et længere forløb. Erfaringerne fra Intens er lovende.

For det andet er der en udfordring i ikke at glemme den største gruppe af alkoholafhængige, fordi fokus rettes mod Matchgruppe 4-5. I dag er over halvdelen af patienterne i Alkoholbehandlingen borgere, der ikke er sociale klienter. Det er borgere som går på arbejde og ikke har brug for støtte i socialt regi. For denne gruppe er synlighed af behandlingstilbuddet, undgåelse af stigmatisering, samt effektivitet og kvalitet i selve behandlingen det helt centrale. Der er stadig alt for mange borgere, der afholder sig fra at gå i behandling, fordi de tror, at behandling er forbeholdt de socialt udsatte (som borgeren ikke kan identificere sig med), og fordi de ikke tror, at behandlingstilbuddene er gode nok. På dette område er der med andre ord en stor markedsføringsopgave, som det er værd at tage alvorligt. SuffICIENT alkoholbehandling kan forebygge mange alkoholrelaterede indlæggelser, fyringer og skader på tredjemand (børn, pårørende, arbejdspladser, trafikdrab etc) og bidrage aktivt til at forebygge, at borgeren på et senere tidspunkt for behov for sociale ydelser og overførselsindkomster. Der vil således fortsat være behov for en systematisk synliggørelse af behandlingsmuligheder og viden om effekt af behandling gennem annoncering, konsulentbistand, fokus på arbejdspladser, uge 40 arrangementer, udvikling af alkoholpolitikker og alkoholhandleplaner. Desuden er telebehandlingsadgang formentlig én af de strategier, der med fordel kan sættes på.

For det tredje skal der i 2009 arbejdes for den fortsatte finansiering af projekt Børn i Familier med Alkoholproblemer. Projektet er indtil udgangen af 2009 finansieret af Sundhedsstyrelsen, og indsatsens videre fremtid er derfor afhængig af, at de fynske kommuner tænker indsatsen ind i sine budgetter for 2010 og frem.

18. Status på kommunalreformen og entreprenøraftalerne på alkoholmisbrugsområdet.

Entrepreneuraftalerne på Alkoholbehandlingsområdet tager udgangspunkt i en abonnementsmodel. Odense og Svendborg stiller ambulans alkoholbehandling til rådighed for 7 fynske kommuner, som betaler til denne via en abonnementsordning. Alle kommunerne betaler således lige meget per indbygger for at sikre, at alle borgere kan gå i behandling, hvor de vil (som de har et lovkrav på at kunne), og anonymt, hvis de ønsker det. Denne betalingsordning er langt den enkleste rent administrativt og løser problemerne med afregning for borgere, der ikke ønsker at opgive navn og CPR-nummer til hjemkommunen, fx fordi de selv er kommunalt ansatte.

Netop aspektet med, at over halvdelen af patienterne i Alkoholbehandlingen ikke er sociale klienter, men derimod borgere, der går på arbejde og i øvrigt klarer sig selv uden kommunal støtte, er i denne sammenhæng en udfordring. Der ligger således en stor opgave for udbyder-kommunerne og

Alkoholbehandlingen i Odense og i Svendborg når det handler om at anskueliggøre, hvad køberkommunerne egentlig får for deres entreprenørkroner:

- Tilbuddet anvendes af mange andre borgere end dem, kommunerne kender fra de sociale forvaltninger
- Alkoholbehandlingen er et kvalitetstilbud med høj effekt
- Alkoholbehandlingen har både en akutfunktion og en konsulentfunktion. Akutfunktionen tilbyder ambulante behandling af abstinenser, der sparer hospitalsindlæggelser i forbindelse med afrusningen af borgerne. Konsulentfunktionen er kommunerne behjælpelig med at motivere relevante borgere til behandling.

Af de 160.000 borgere i Danmark, der er afhængige af alkohol, er kun 10-15 % i behandling. Det er samtidig værd at være opmærksom på, at flere undersøgelser viser, at 20 % af alle hospitalsindlæggelser i Danmark er alkoholrelaterede.

Den fremtidige finansiering af Projekt børn i Familier med Alkoholproblemer søges indregnet i entreprenøraftalerne mellem kommunerne fra 2010.



Alkoholbehandlingen

- » Behandling til borgere, der oplever problemer med alkohol.
- » Rådgivning til pårørende.
- » Konsulenttjeneste til fagpersoner – både i forhold til voksen- og børnesager.
- » Kurser for fagpersoner og virksomheder.

www.alkoholbehandlingen.dk