

Årsrapport2004 – Alkoholbehandlingen

2004 i overskrifter:

- I år 2004 blev kvalitetsudviklingsprojektet afsluttet og overgik til daglig drift. Projektet blev udført i samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning. Personalet udviklede som følge af projektet standarder for god behandling, som blev implementeret i daglig praksis i alle afdelinger, og målinger blev gennemført med henblik på at vurdere, om kvaliteten af kerneydelserne i den forbindelse er blevet øget. Der har været gennemført patient-tilfredshedsundersøgelser.
- Det fynske modelprojekt for Børn i Misbrugsfamilier's gode resultater gav anledning til, at Sundhedsstyrelsen gav mulighed for, at alle landets amter fik bevilget børnefamilie-sagkyndige i alkoholsektorerne med henblik på at skabe samme samarbejdsrelationer mellem amt og kommunen, som modelprojektet på Fyn havde haft stort succes med. På Fyn betød det tilførsel af yderligere ressourcer samt en ændring af projektets navn til 'Børn i Alkohol Familier' (BiFA). Projektet er blevet udbredt til nu 30 ud af de 32 fynske kommuner.
- AlkoholBehandlingsCentret har, finansieret af SATS-puljemidler, oprettet en tidsbegrænset alkoholkonsulentfunktion på Odense Universitetshospital. På grund af succes med funktionen blev denne forlænget til at omfatte 2004.
- I 2004 har ABC stort set været forskånet for ventelister på grund af den opnormering, man fik bevilget året før. Behandlingskapaciteten var imidlertid udnyttet maksimalt ved årets udgang.
- ABC har valgt et elektronisk patientjournal-system, som blev forberedt til implementering ved årsskiftet 2004-05.
- Alkohol- og Trafik-kurserne kom godt i drift i løbet af 2004.
- ABC igangsatte forsøg med telebehandling på de sydfynske øer, men tilbuddet var i 2004 fortsat plaget af tekniske problemer. Erfaringer er trods dette lovende.

1. Målsætning

1.1 Opgaver

Fyns Amt skal tilbyde behandling og rådgivning til enkeltpersoner og konsulentbistand til kommuner mv.

Målgrupper:

Voksne misbrugere af alkohol.

Kommunerne og andre samarbejdspartnere.

1.2 Målet for politikområdet

Indsatsen skal samlet tilstræbe, at misbrugerne reducerer alkoholforbruget væsentligt, øger deres evne til mestring af alkoholrelaterede problemstillinger og opnår en bedre livskvalitet. Tilbudene på alkoholområdet skal være så synlige og tilgængelige, at ingen behøver stå alene med dette problem.

Den politiske målsætning på området er

- bedre samordning af kommunernes og amtets behandlingstilbud ved oprettelse af stillinger som alkoholkonsulent, udgående fra alkoholambulatorierne.
- faglig udvikling og kvalitetsudvikling af behandlingsindsatsen med vægt på en fælles opfattelse af problemer og behandlingsmetoder på tværs af sektorerne.
- en større vifte af behandlingstilbud og mulighed for afprøvning af alternative og ambulante behandlingstilbud - herunder Minnesota-modellen.
- geografisk omfordeling af amtets behandlingstilbud i forbindelse med en delvis omlægning fra døgnbehandling til ambulante behandling.
- forebyggelse og tidlig opsporing af alkoholproblemer i forhold til børn og unge, herunder øget opmærksomhed på omsorgssvigt som følge af alkoholproblemer i familien.
- samarbejde med frivillige sociale organisationer.

Som det fremgik allerede af årsrapporten for 2001, er der gennemført en geografisk omfordeling af amtets behandlingstilbud for at sikre ensartede behandlingsmuligheder for hele Fyn. Der sker fortsat løbende en faglig udvikling af behandlingsindsatsen, der er etableret en vifte af evidensbaseret behandlingstilbud i AlkoholBehandlingsBehandlingsCentrets regi samt skabt mulighed for visitation til behandling efter Minnesota-modellen. Der er skabt et øget fokus på børn af alkoholmisbrugere, og alkoholkonsulenterne samarbejder med kommuner og andre samarbejdspartnere, herunder frivillige sociale organisationer. Fokus i 2004 har derfor været på fortsat dokumentation og videreudvikling af kerneydelsernes effektivitet, på at bedre samarbejdsfladerne og kendskabet til ABC blandt relevante institutioner etc., på indførelse af elektronisk patient-journal, samt på at udvikle nye tiltag og indsatser på områder, hvor der er alkoholproblemer, der hidtil er blevet negligeret.

1.3 Indholdet i årsrapporten

Udviklingen på området i løbet af 2004 vil blive gennemgået i det følgende. I kapitel 2 vil det først blive beskrevet, hvordan udviklingen af Fyns Amts eget ambulante behandlingstilbud er forløbet. Der vil især blive lagt vægt på kvalitetsudviklingsprojektet og etablering af elektronisk patientjournal. Dernæst vil udviklingen i forbruget af døgn- og dagbehandling, samt rekreationstilbud blive vist. Herefter vil alkoholkonsulentfunktionens arbejde i årets løb, samt økonomien blive beskrevet.

Kapitel 3 vil koncentrere sig om de projekter, som AlkoholBehandlingsCentret deltager i. Her vil især blive fokuseret på Enheden for Klinisk Alkoholforsknings randomiserede undersøgelse af Minnesotabehandling og den offentlige behandling, leveret af AlkoholBehandlingsCentret, som vi

forventer at få megen viden af. Der vil desuden blive knyttet kommentarer til de resultater, vi har opnået gennem projekt 'Børn i Alkoholfamilier'. Dette projekt baserer sig på erfaringer fra Modelprojektet 'Børn i Misbrugsfamilier', som AlkoholBehandlingsCentret og Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed for nogle år siden etablerede sammen med 10 fynske kommuner. Erfaringerne fra projektet 'Alkoholkonsulent på Odense Universitetshospital' vil derefter blive beskrevet, og der vil blive givet en kort orientering om modelprojekt 'Udviklingshæmmede med misbrug' og Telebehandlingsprojektet.

Kapitel 4 vil koncentrere sig om de opgaver, som AlkoholBehandlingsCentret har foran sig. Der vil først blive orienteret om aktivitetsniveauet. Herefter følger orientering om igangsættelse af en undersøgelse af behandlingsbehovet og -mulighederne for den tunge gruppe af de patienter, vi ser i dagligdagen, men som vi i dag har svært ved at fastholde i ambulant behandling. Til sidst afsluttes med en orientering om udviklingen i Alkohol- og Trafikkurserne.

2. Behandling for alkoholmisbrug

Alkoholbehandlingen i Fyns Amt består primært af ambulant behandling i AlkoholBehandlingsCentret, hvor man desuden kan visitere til døgnbehandling. Døgnbehandling varetages overvejende af behandlingshjemmet Ringgården, samt i mindre omfang forskellige Minnesotabehandlingssteder. Minnesotabehandlingen finansieres over Sats-puljen.

2.1 Den ambulante behandling i Fyns Amt

Sammen med Enheden for Klinisk Alkoholforskning har AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt koncentreret sig om at udvælge behandlingstilbud og udvikle visitationsprocedurer indenfor den ambulante behandling. Den internationale forskning viser entydigt, at der generelt ikke er større effekt af alkoholmisbrugsbehandling under indlæggelse sammenlignet med ambulant behandling. Særligt for patienter med svære alkoholrelaterede hjerneskader, samt for patienter med gentagne tilbagefald til drikkeriet, eller hvor der ikke er noget socialt netværk, kan døgnbehandling dog være en hensigtsmæssig behandlingsstrategi, og ind i mellem endog den eneste mulige.

2.1.2 Behandling i praksis

Alle afdelinger af AlkoholBehandlingsCentret arbejder i dag efter det, vi hidtil har kaldt 'Odensemodellen', og fordi behandlingsmodellen er udbredt til hele øen, har vi nu valgt at ændre navnet til 'Fyns-modellen'. Fyns-modellen beskriver en behandlingsplanlægning, som 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.

Selve behandlingen begynder ofte med en afrusning, som foregår i AlkoholBehandlingsCentrets akutte åbningstid. På baggrund af en kort samtale, undersøgelse og klinisk vurdering, foretaget af en erfaren sygeplejerske, konfereres med AlkoholBehandlingsCentrets læge 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 AlkoholBehandlingsCentret.

Herefter får patienten en tid til en såkaldt 'kortlægnings samtale', som 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 behandlingstilbuddet foretages på baggrund af denne kortlægnings samtale. I det omfang, patienten har en profil, der tyder på god effekt af de tilbud, AlkoholBehandlingsCentret selv råder over, vil patienten blive visiteret hertil. Har patienten derimod en profil, der tyder på manglende effekt af AlkoholBehandlingsCentrets ambulante tilbud vil patienten blive visiteret til anden form for behandling, fx. Ringgården eller Minnesota.

Konkret betyder det, at alkoholbehandlingen i Fyns Amt har følgende tilbud:

- Akut hjælp til behandling af abstinenser
- Informationssamtaler om behandlingsmuligheder
- Kortlægning med henblik på valg af den mest effektive behandling for den enkelte alkoholmisbruger.
- Motivationsskabende samtaler
- Familierapi, kognitiv terapi, støttende samtaler, kontraktbehandling og medicinsk behandling.
- Rådgivning og støtte til pårørende (også selvom misbrugerens endnu ikke selv er i behandling).
- Visitation til behandling på Behandlingshjemmet Ringgården, samt behandling efter Minnesota-modellen.
- Visitation til rekreationsophold (2 ugers varighed), hvor der er behov for omsorg og pleje, fx som basis for at et behandlingsforløb efterfølgende kan komme i stand.

I løbet af 2004 havde AlkoholBehandlingsCentret ialt 2240 patienter i behandling. Dette er en stigning på 17 % i forhold til 2001, og en stigning på 7 % i forhold til 2003. Der blev i 2004 afsluttet 1585 patienter, og der var 1515, der påbegyndte behandling i løbet af året. D. 31. december 2004 var der 655 patienter i behandling.

Hertil skal lægges et ukendt antal pårørende, som har søgt rådgivning, vejledning og behandling på eget initiativ. Disse er hidtil ikke blevet registreret.

2.1.3 Kvalitetsudvikling

AlkoholBehandlingsCentret indledte i efteråret 2000 et samarbejde med overlæge Bent Nielsen fra Enheden for Klinisk Alkoholforskning omkring et kvalitetsudviklingsprojekt i sektoren.

Som en del af projektet afsluttede AlkoholBehandlingsCentret i sommeren 2002 en systematisk måling af det aktuelle kvalitetsniveau i behandlingen i alle afdelingerne (den såkaldte 'før-måling'). Før-målingen viste, at kvaliteten af behandlingen endnu ikke var på højde med den, som man mente, at det var muligt at skabe. Problemet var især, at en for stor del af patienterne faldt fra på stadiet mellem 'akutbehandling for abstinenser' og kortlægnings samtalen.

Disse resultater blev fremlagt for personalet, og man lagde strategier for indsatser, der kan lede til kvalitetsbedring. Fokus blev lagt på henholdsvis den akutte fase af behandling, overgangen til

planlagt behandling, sikring af compliance (dvs. at patienten overholder behandlingsplanen) i selve behandlingsforløbet, samt afslutningen af behandlingsforløbet.

Der blev nedsat fire kvalitetscirkler blandt personalet, som skulle udvikle standarder med henblik på at øge effekten af behandlingen. Standarder er retningslinjer, der beskriver såvel det ønskelige kvalitetsmål, strukturen for gennemførelse af de enkelte tiltag, processen i tiltaget, samt det forventede resultat. Personalet udviklede herefter standarder, der beskrev god praksis ved

- modtagelsen af patienten
- akut behandling af patienten
- informationssamtaler
- selve behandlingen
- behandlingskonferencer
- afslutning af behandling

De sidste standarder blev implementeret i december 2002, hvor en ny måling af niveauet i behandlingen samtidig påbegyndtes, den såkaldte 'efter-måling'. Efter-målingen omfatter alle patienter, der påbegyndte behandling i perioden 1. december 2002 til 30. juni 2003. Disse patienter følges gennem løbende interview-evalueringer og på baggrund af journaldata i et år fra behandlingsstart. Afslutningen af eftermålingsperioden i projektperioden var således i sommeren 2004. Der skal imidlertid nævnes, at målingerne herefter er overgået til almindelig drift og fremover løbende pågår som følge af denne.

Overvågningen af kvaliteten i arbejdet sker i den såkaldte auditgruppe. Audit består af ledelsen og samt medarbejderrepræsentanter.

I både 2003 og 2004 (og fremover som del af løbende drift) foretog Audit kvartårligt vurderinger af kvaliteten i behandlingen med udgangspunkt i følgende data og information:

- stikprøver af tilfældigt udvalgte patientforløb med henblik på at identificere eventuelle kvalitetsbrist, og på den baggrund vurdere, hvorvidt standarderne bliver ordentligt fulgt og/eller bør justeres
- indkomne resultater af den løbende eftermåling af patienterne og deres behandlingsforløb, efterhånden som disse delresultater begyndte at foreligge.
- patienttilfredshedsundersøgelser i ugerne 10 og 40.

Resultaterne af patienttilfredsundersøgelsen i førmålingsperioden 2001-2002 byggede på anonyme besvarelser af spørgeskemaet, hvilket svarer til en svarprocent på 57 %. Andelen af patienter, der i førmålingsperioden udtrykte tilfredshed med de forskellige områder af behandlingen er vist ovenfor.

Andelen af tilfredse patienter steg som følge af kvalitetsudviklingsprojektet. Som det ses nedenfor, var der i eftermålingsperioden en svarprocent på 79 %, og især på områderne 'selv behandlingen', samt informationsniveauet, var der tale om en signifikant stigning i patienttilfredsheden.

Patienttilfredshedsundersøgelser giver imidlertid ikke tilstrækkelig information til at kunne vurdere kvaliteten af behandling. Den tilfredshed, patienterne giver udtryk for, omfatter nemlig kun de patienter, der er tilfredse nok til overhovedet at blive i behandlingen. Det er derfor nok så væsentligt også at undersøge, hvor mange patienter, der ophører med behandlingen i utide – enten fordi de er utilfredse eller fordi behandlingen ikke i tilstrækkelig grad medvirker til, at de kan magte den adfærdsændring, som ændring af alkoholvaner er.

Man skal derfor også vurdere den samlede eftermåling i projektperioden for at kunne vurdere, om der har været udbytte af indsatsen. Data fra eftermålingen blev derfor i efteråret 2004 sammenlignet med den førmåling, der var blevet gennemført før implementeringen af kvalitetsstandarderne. Vi kunne således sammenligne data vedrørende samtlige patienter, der havde påbegyndt behandling i 1. december 2000 til 30. juni 2001 med data vedrørende samtlige patienter, der havde påbegyndt behandling i perioden 1. december 2003 til 30. juni 2003. Førmålingerne omfattede således 571 patienter og eftermålingerne 597 patienter.

Ambulant afrusning

I førmålingsperioden påbegyndte 52 % samtlige patienter en ambulant afrusning med henblik på behandling af abstinenser; og 68% af disse patienter fuldførte den. I eftermålingsperioden påbegyndte 63 % af samtlige patienter en afrusning og der var stadig 68% af disse, der fuldførte. Relativt flere patienter begyndte at tage antabus i afrusningsfasen, og flere fik vitaminer. Begge aspekter er udtryk for bedret kvalitet i afrusningsfasen.

Tilbuddet om afrusning i ambulant regi er et tilbud, som kun de færreste amter har. I de fleste andre amter afruses patienterne i hospitals-regi, og først derefter henvises patienten til alkoholbehandling. Dette er en langt dyrere løsning, som dels er mere indgribende for patienten, dels indebærer, at kun meget få patienter møder op i alkoholbehandlingens regi efter endt hospitalsbehandling. Blandt de patienter, der i AlkoholBehandlingsCentret mødte op til ambulant afrusning, var der kun 10 %, vi behøvede at henvise til indlæggelse i afrusningsfasen, fordi deres abstinenser var så svære, at der var risiko for kramper eller delirium.

Den psykosociale behandling

Blandt førmålingens patienter, var der 274 patienter, der ikke blot blev akut-behandlet, men som også blev kortlagt med henblik på behandling. I eftermålingen var dette antal steget til 357 patienter. Der var således 30 % flere patienter, der blev kortlagt med henblik på deltagelse et egentligt psykosocialt behandlingsforløb, dvs. indgik i det, man i andre amter vil definere som alkoholbehandling.

I AlkoholBehandlingsCentret har de seneste års fokus på udvikling af kvaliteten af behandlingen medført god effekt af selve den psykosociale del af denne. Blandt de patienter, der blev kortlagt med henblik på egentlig behandling for alkoholmisbruget, var udbyttet allerede i førmålingsperioden, at 71 % af patienterne ved afslutning eller ét år efter behandlingsstart havde et drikkemønster, hvor der maksimalt blev drukket 21 genstande ugentligt. I efterbehandlingsperioden var resultatet det samme *på trods af, at 30 % flere patienter påbegyndte det egentlige behandlingsforløb*. Dette er glædeligt, idet selve gruppen af patienter var noget tungere i eftermålingerne, fordi det som følge af kvalitetsudviklingsprojektet var lykkedes at få flere patienter i egentlig behandling. Vi kan samtidig se, at 90 % af de, der *fuldfører behandlingen*, har god effekt ved afslutningen af behandlingen.

På en temadag i november 2004, hvor alle resultaterne af kvalitetsudviklingsprojektet blev gennemgået, identificere vi områder, hvor kvaliteten kan forbedres yderligere.

Personalet havde især fokus på:

- yderligere at øge andelen af patienter, der akutbehandles, i forhold til at påbegynde egentlig behandling for misbruget efterfølgende.
- effekten af selve behandlingen kan næppe blive bedre. Fokus er derfor ikke på udvikling af selve behandlingen, men snarere på strategier til at fastholde patienten, så han fuldfører behandlingen.
- det er især vigtigt at fokusere på fastholdelse i de første tre måneder af behandlingsforløbet, som har vist sig at være en central betydning for det samlede udbytte af behandlingen.

Personalet konkluderede i fællesskab, at strategierne til dette er:

- fortsat udvikling, fastholdelse og systematisk efterlevelse af de udviklede kvalitetsstandarder
- endnu bedre information til patienterne forud for kortlægningerne, herunder en forøget indsats i forhold til at gøre de afklarende informationssamtaler forud for behandling og indsatsen i den akutte fase (abstinensbehandlingen) endnu mere motivationsøgende, dvs. fokusere yderligere på selve beslutningen om at gå i behandling.
- at inddrage pårørende i behandlingen med henblik på at styrke såvel deltagelse i behandlingen som stabiliteten af udbyttet af behandlingen

Hele processen med kvalitetsudvikling har betydet, at personalet løbende har fået tilbagemeldinger om kvaliteten i behandlingen. Disse tilbagemeldinger er givet af Audit, som dels har analyseret på data efterhånden som data har været tilgængeligt, dels har foretaget kvartalsvise kvalitative analyser af stikprøver af journaler. Her har Audit ud fra de enkelte patientforløbs journaler vurderet, hvorvidt

standarderne var blevet udført, dokumentationen var i orden og patienten generelt havde fået den optimale behandling på alle niveauer af forløbet.

Resultaterne af såvel de kvalitative og kvantitative vurderinger blev meldt tilbage til personalet via nyhedsbreve og personalemøder, ligesom vurderingerne gav anledning til justeringer af standarderne. Denne praksis er nu overgået til almindelig drift i AlkoholBehandlingsCentret. Implementeringen af elektronisk patient journal (se senere) vil gøre dette arbejde langt nemmere end det har været i projektperioden.

AlkoholBehandlingsCentret fik januar 2005 Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren's Kvalitetspris 2005 for sit arbejde med at udvikle kvaliteten. I den anledning blev projektet fremhævet for sin solide kvalitet og for de dokumenterede resultater. Prisoverrækkelse på Nyborg Strand.

2.2 Døgnbehandling i Fyns Amt

Koordineringen mellem behandlingstilbuddet på Ringgården og behandlingen i AlkoholBehandlingsCentret bliver hele tiden udviklet. På kvartalsvise møder mellem ledelsen på henholdsvis Ringgården og AlkoholBehandlingsCentret drøftes samarbejdsfladerne, ligesom der er konkret samarbejde om de enkelte behandlingsforløb, hvor patienten kortlægges i AlkoholBehandlingsCentret, visiteres til Ringgården og efterfølgende vender tilbage til den ambulante behandling. I samarbejdet mellem Ringgården og AlkoholBehandlingsCentret lægges stor vægt på, at de to institutioner 'trækker på fælles hammel', så patienten oplever, at de to behandlingstilbud spiller sammen hen imod patientens eget langsigtede mål.

Forbruget af døgnpladser lå i 2004 under 10 pladser på Ringgården. Hertil kommer et antal enkeltforløb på andre døgnbehandlingsinstitutioner, finansieret af Sats-puljen. Satspulje-pladserne har AlkoholBehandlingsCentret anvendt til de patienter, der i følge visitationsmodellen har dårlig prognose i det ambulante system, men hvor Ringgården enten allerede har været forsøgt eller hvor patienten har et ønske om Minnesota-døgnbehandling. Det er usikkert, hvorvidt vi kan forvente, at der stilles gratis Satspuljepladser til rådighed, da dette fra statsligt hold er præsenteret som en midlertidig ordning.

2.3 Minnesotabehandling

Siden lukningen af Sydfyns Minnesota-center har AlkoholBehandlingsCentret visiteret et mindre antal patienter til Minnesota døgnbehandling. Der har været tale om patienter, der dels ikke havde en god prognose i AlkoholBehandlingsCentrets ambulante system, dels selv ønskede Minnesota-behandling og som var indstillet på at stræbe mod total afholdenhed som behandlingsmål. Denne Minnesotabehandling har været finansieret af Satspuljemidler.

Vi afventer stadig resultatet af den iværksatte undersøgelse af Minnesotabehandlingen sammenlignet med den offentlige behandling (se senere).

2.4 Rekreationshjem

En mindre gruppe patienter har brug for korterevarende rekreationsoophold med henblik på at komme så meget til hægterne, at de kan indgå i ambulante behandling, uden at det skønnes, at der er

behov for egentlig døgnbehandling. Muligheden for at henvise til et sådan rekreationsophold blev benyttet en del, men dog ikke så meget, som vi havde forestillet os. Det skyldes formentlig at behovet generelt ikke var helt så stort, som vi oprindeligt havde troet.

2.5 Alkoholkonsulenterne

De fire alkoholkonsulenternes funktion er bl.a.:

- at sikre koordination mellem behandlingssektor og kommunerne
- at være konsulent i forhold til kommunale sagsbehandlere
- at opruste kommunerne fagligt ved bl.a. undervisning
- at overtage særligt vanskelige sager
- at etablere et samspil med de praktiserende læger
- at sikre samspil med andre behandlingstilbud

Konsulenternes fokus er fortsat primært kommunerne. Konsulenterne har i årets løb afholdt flere temadage lokalt i kommunerne og i institutioner (ofte i samarbejde med Modelprojekt vedr. Børn i Misbrugsfamilier, se senere). I mange 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.

Kommunerne anvender desuden konsulenterne som sparringspartnere i forhold til komplicerede samtaler med borgere, hvor der er alkohol involveret. Oftest ender disse samtaler med, at borgeren henvender sig i AlkoholbehandlingsCentret med henblik på behandling.

Konsulenterne stiller sig også til rådighed for praktiserende læger, sygehuse, A-kasser, arbejdspladser etc. med råd og vejledning i forhold til alkoholmisbrug og behandling. Konsulenterne samarbejder desuden med andre afdelinger i amtet, fx AFS og institutioner under de øvrige afdelinger, ligesom konsulenterne giver undervisning, vejledning og sparring om håndtering af alkoholmisbrugende borgere til fx 'Natteravnene', arbejdspladser, kriminalforsorgen og en vifte af både offentlige og private institutioner.

Som i de tidligere år har Alkoholkonsulenterne også i 2004 arbejdet aktivt på at skabe fokus på alkoholproblemer og synliggørelse af AlkoholBehandlingsCentret i den fynske befolkning. Konsulentteamet har således atter haft stor succes med at komme ud på gader og stræder i forbindelse med den såkaldte uge 40-kampagne (i samarbejde med Afdelingen for Forebyggelse og Sundhed), etablere konkurrencer på viden om alkohol, samt optræde på forskellige arrangementer som 'Patientens dag', borgermøder etc. Disse arrangementer har ligesom tidligere haft stor mediebevågenhed.

Konsulenterne på gågaden i Odense i forbindelse med uge 40-kampagne....

2.6 Medudvalg og udvikling af personalepolitikker

Med henblik på at udmønte Fyns Amts overordnede personalepolitikker, har man i MED-udvalget nedsat udvalg, der har udarbejdet personalepolitikker. MED-udvalget har i 2004 arbejdet med udarbejde en lokal voldsforebyggelsespolitik, politik for perifere ydelser (personalemøder, supervision og personaletræning) og alkoholpolitik, samt planlagt at udarbejde en egentlig forskningspolitik til supplement af det allerede udarbejdede katalog, bestående af sygepolitik, seniorpolitik, kursuspolitik, lønpolitik, samt medarbejderudviklingssamtalepolitik. AlkoholBehandlingsCentret har desuden indført rygepolitikken for Fyns Amt, dvs. indført rygeforbud i alle centrets afdelinger. Politikkerne er blevet godt modtaget i institutionen.

2.7 Økonomien

Økonomien har i 2003 været præget af dels større indtægter end budgetteret, samt et mindreforbrug. Indtægterne har relateret sig til de forskellige projekter (se senere), til sats-puljemidler fra staten samt til en kraftig stigning i indtægter fra AT-kurserne, som også fik stærkt øget tilstrømning i slutningen af året.

Den del af økonomien, som relaterer sig til den ambulante behandling, inkl. Alkohol- og Trafikkurserne, havde i 2004 budgetteret med udgifter for kr. 18.969.000,-. Det endelige regnskabet viste et mindre-forbrug på kr. 428.437,-, som primært skyldes at AlkoholBehandlingsCentret også i 2004 har haft problemer med at få besat en læge stilling. Først efter gentagne stillingsopslag i 2003 lykkedes det at få besat stillingen med tiltrædelse medio 2004. En mindre del af mindreforbruget skyldtes forskydninger i planlagte indkøb og vedligeholdelsesopgaver frem til ultimo 2004, fordi vi var usikre på, om vi fik overført mindreforbruget fra 2003, og derfor var yderst tilbageholdende indtil det stod klart, at vi havde økonomien på plads.

Den del af økonomien, der relaterer sig til projekt Børn i Misbrugsfamilier (og som i løbet af 2004 blev omdøbt til BiFA), havde et mindreforbrug i 2004 på kr XXXX. Mindreforbruget skyldes tidsforskydninger i forbindelse med projekts BIM's overgåelse til projekt BiFA.

I forhold til døgnbehandling, havde alkoholområdet i 2004 et budget på kr. 3.932.000,- og regnskabet viste et forbrug på kr. 3.775.991,-. Der var således tale om et mindreforbrug på kr. 156.000,-.

Det samme billede gjorde sig gældende for budget og regnskab med hensyn til rekonvalescenthjem, hvor alkoholområdet havde et budget på kr. 239.000,- og et regnskab på kr. 90.585,-. Der var således tale om et mindreforbrug på kr. 148.415,-. Det lave forbrug skyldes som nævnt i afsnit 2.4, at der formentlig ikke er så stort behov som forventet.

Mindreforbruget og de øgede indtægter er ansøgt overført til 2005 med henblik på at gennemføre indkøb, dækning øget vikarforbrug på grund af flere barselsvikariater, vedligeholdelse, samt for projekt BiFA's vedkommende gennemførelse af projekter, som pengene er bevilget til.

3. Projekter af betydning for området i 2004

3.1 Kvalitetsudviklingsprojektet

Kvalitetsudviklingsprojektet er blevet omtalt i kapitel 2, fordi det - selvom det i perioden 2001-2003 har status af at være et eksternt støttet projekt - er centreret omkring driften af vores kerneydelse. Det er således i løbet af 2004 overgået til almindelig drift med henblik på at sikre, at behandling altid tilbydes på baggrund af den mest kvalificerede viden på området. Samarbejdet med Enheden for Klinisk Alkoholforskning er en væsentlig forudsætning for dette.

Kvalitetsudviklingsprojektet er vor strategi til at forankre den viden, vi får gennem de nedenfor nævnte projekter. Den løbende kvalitetskontrol, som foregår via kvalitetsudviklingsprojektet, skal således sikre, at vi i praksis ikke glemmer at anvende den viden, vi oparbejder gennem projekterne.

3.2 Undersøgelse af Minnesotabehandlingen i relation til den offentlige behandling

Enheden for Klinisk Alkoholforskning ved Odense Universitetshospital påbegyndte i efteråret 2001 en uafhængig randomiseret undersøgelse af den behandling, der tilbydes på Sydfyns Minnesota center og i AlkoholBehandlingsCentrets afdelinger i Svendborg og Odense. Undersøgelsen indebar et års opfølgning af såvel de patienter, der behandlede i AlkoholBehandlingsCentret og Minnesota Centret. Målet er dels at få oplysninger om effekten af de to behandlingstilbud, dels at skabe et bedre grundlag at visitere til Minnesotabehandlingen på.

Opfølgningen af de deltagende patienter blev afsluttet i december 2003. I alt kunne projektmedarbejderen fra Enheden for Klinisk Alkoholforskning gennemføre follow-up-interviews med 87% af de deltagende patienter. Analysen af data gennemføres i foråret 2004.

AlkoholBehandlingsCentret forventer på baggrund af undersøgelsen at få mere viden om, hvilke patienter, der med fordel bør behandles inden for rammerne af Minnesota-behandling og hvilke, der med fordel bør behandles indenfor rammerne af den offentlige ambulante behandling vifte af tilbud.

Allerede nu ved vi imidlertid, at over halvdelen af de patienter, der henvendte sig i AlkoholBehandlingsCentret sagde nej til at deltage i undersøgelsen. Grundene til dette var overvejende, at patienterne ikke ville risikere at trække Minnesotabehandling, der ville indebære, at patienten skulle sygemeldes fra arbejde i 6-8 uger. Disse patienter ville være sikre på at kunne gå i behandling ambulant, sideløbende med at de passede deres arbejde.

En anden, men ikke helt så stor, del af patienterne sagde nej til at deltage i undersøgelsen, fordi de ikke ville behandles i Minnesotabehandling som sådan, men ville være sikre på at modtage offentlig behandling.

Den gruppe patienter, som undersøgelsen omfatter, består derfor overvejende af patienter, der er udenfor arbejdsmarkedet og som ikke på forhånd har modstand mod Minnesotabehandling. Analyserne af data forventes at være færdige og blive publiceret i foråret 2005. Analyserne foretages af overlæge Bent Nielsen, Enheden for Klinisk Alkoholforskning samt professor Morten Grønbæk, center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed.

3.3 Børn af alkoholmisbrugere

Grundtankegangen i det oprindelige Modelprojekt Børn i Misbrugsfamilier (BIM) her på Fyn, 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 medføre, at der både sker en indsats overfor forældrenes misbrug samt 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 taler med de misbrugende forældre og motiverer dem til nedsat alkoholforbrug, evt. behandling i AlkoholBehandlingsCentret, samt at de professionelle konkret og aktivt taler med børnene og støtter dem i dagligdagen, herunder bidrager til at normalisere dagligdagen for børnene.

AlkoholBehandlingsCentrets alkoholkonsulenter står som nævnt ovenfor til rådighed for frontpersonalet i kommunerne (lærere, sundhedsplejersker, pædagoger, dagplejemødre, sagsbehandlere) med hensyn til viden, erfaring og vejledning i, hvordan man kan tale med forældrene og motivere disse til behandling. Alkoholkonsulenterne optræde som rollemodeller og *sammen* med frontpersonalet i kommunerne tale med forældrene for dels at øge sandsynligheden for at forældrene går i behandling, dels i praksis vise frontpersonalet hvorledes samtalerne kan gribes an.

De børne-familiesagkyndige, som er ansat i forbindelse med BIM-projektet (også kaldet børnekonsulenterne) står ligeledes til rådighed for kommunens professionelle med viden, erfaring 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 vise, hvordan man kan lave støttende indsats overfor børnene.

Alkoholkonsulenterne og de børne-familie-sagkyndige skal samtidig skabe fokus på børn i misbrugsfamilier både i kommunerne og i AlkoholBehandlingsCentret, samt at stimulere kommunerne/Alkoholbehandlingscentret til at udvikle handlingsvejledninger i forhold til, hvordan frontpersonalet støtter børn i misbrugsfamilier. I handlingsvejledningerne beskrives hvordan bekymringen tages op med forældrene, inddragelse af alkohol- og børnekonsulenter, samt støtten til børnene.

Den fynske projektmodel omfatter som nævnt også AlkoholBehandlingscentrets egen praksis. Som følge af projektet har personalet i AlkoholBehandlingsCentret udviklet rutiner (handlevejledninger) for systematisk fokus på, om børn af de misbrugende forældre får den nødvendige støtte. Eftersom alkoholbehandlingscentrets kerneopgave er behandling af forældrenes misbrug, anses alkoholbehandlingscentrets primære opgave i forhold til børnene at være koordinering, således at det sikres, at frontpersonalet i børnenes dagligdag støtter børnene, evt. gennem inddragelse af børnekonsulenterne. AlkoholBehandlingsCentrets personale arbejder desuden som en del af behandlingsarbejdet med at styrke forældrekompetencerne.

Grundtanken i BIM-projektet er løbende øget faglig indsats i dagligdagen i forhold til børn i misbrugsfamilier snarere end afgrænsede korte indsatser. Målet er, at alle professionelle på hvert sit niveau som en naturlig del af sit arbejde har øje for børnene og de drikkende forældre – og som en naturlig del både taler med børnene og støtter dem, og motiverer forældrene til ændring af alkoholvanerne. Jo længere, projektet har forløbet, jo mere 'selvkørende' er det målet, at de professionelle bliver og jo mindre bør de have brug for at trække alkohol- og børne-konsulenterne ind i sagerne, simpelthen fordi de selv får de kompetencer og handlevejledninger, der er

nødvendige. Der er imidlertid tale om en langvarig proces, hvor alkohol- og børne-konsulenterne har en central rolle med hensyn til at vedligeholde opmærksomheden på opgaven.

BIM-Projektet påbegyndtes i 10 projektkommuner i 2000. I 2003 var implementeret handlevejledninger i store områder af disse kommuner. I 2004 tilsluttede yderligere 20 fynske kommuner sig projektet, som herefter blev omdøbt til 'Børn i familier med Alkoholmisbrug' (BiFA).

Den fynske model for styrkelse af indsatsen overfor børn i alkoholmisbrugsfamilier var da så stor en succes, at Sundhedsstyrelsen besluttede at udbrede den til hele landet gennem et landsdækkende projekt 'Børnefamiliesagkyndige i alkoholbehandlingen'. Som følge heraf fik Fyns Amt midler til yderligere en børnekonsulent, så der fra slutningen af 2004 på Fyn var ansat to børnekonsulenter. Med den store tilslutning af nye kommuner, var dette i allerhøjeste grad tiltrængt. Statens midler til de to børnekonsulenter tilføres AlkoholBehandlingsCentret i en projektperiode på 4 år.

Hvis vi vil forsøge at skabe overblik over, hvor mange børn, der i løbet af 2004 har modtaget konkret støtte som følge af BiFA-projektet, er dette en vanskelig opgave. I mange fynske daginstitutioner, på fynske skoler, forvaltninger og i hele AlkoholBehandlingsCentret, er det øgede fokus på børn blevet en rutine, hvor den enkelte fagperson i højere grad end tidligere 'gør sit arbejde', dvs. på egen hånd støtter og etablerer relevant samarbejde med andre fagpersoner vedrørende børnene. Disse øgede kompetencer har vi ikke mulighed for at give konkrete tal på, udover at vi kan vælge at stole på fagpersonernes beskrivelse af, at de oplever at have fået flere handlemuligheder og at de i dag er trygge ved at gå ind og handle i de konkrete sager, hvor børn lever med forældrenes misbrug.

Vi kan imidlertid give et overblik over, hvor ofte fagpersonerne har inddraget alkohol- og børnekonsulenterne i konkrete sager i 2004.

AlkoholBehandlingsCentret: AlkoholbehandlingsCentrets behandlere sikrer, at samtlige patienter spørges om eventuelle børn og spørges om disses trivsel, både ved behandlingsstart og løbende undervejs i behandlingsforløbet. Hvis der er behov for det, etablerer behandlerne i samarbejde med forældrene selv kontakt med det kommunale niveau, evt. som underretning til forvaltningen, hvis forældrene ikke kan motiveres. I mange tilfælde sker dette som et led i behandlernes daglige rutine, men hvis behandleren ønsker sparring eller sagen er kompliceret, inddrages børnekonsulenten. En rundspørge blandt AlkoholBehandlingsCentrets behandleren viser, at i 2004 har behandlerne inddraget børnekonsulenterne i ca. 90 sager, hvor konsulenten enten har givet sparring vedrørende sagen eller direkte har talt med forældrene/barnet og etableret kontakt til de professionelle (lærere og pædagoger) med henblik på at få etableret støtte til barnet. Der er udtrykt stor tilfredshed med muligheden for inddragelsen af børnekonsulenten både fra behandlere og fra patienter.

Børnekonsulenterne har i 2004 sammen med professionelle (skolelærere/pædagoger etc.) talt med 41 børn ude i kommunerne (på skoler, i institutioner eller hjemme). Han har talt med 43 forældre/forældrepar, samt mødtes med ca. 120 kommunale professionelle vedr. konkrete børnesager, hvor de har spurgt ham til råds. Hertil kommer så de sager, hvor han har deltaget i tværfaglige grupper i kommunerne og de sager, hvor han har rådgivet telefonisk.

Alkoholkonsulenterne: De fire alkoholkonsulenter har været involveret i ca. 300 konkrete sager, hvor de har rådgivet om børn og om hvorledes forældrene kunne komme i behandling. I mange af disse tilfælde har de talt ikke blot med de kommunale professionelle, men også med familien.

Kommunale støttetilbud og indsatser i 2004 - som følge af projektet. Vi har spurgt et par af projektkommunerne og bedt dem redegøre for konkrete indsatser i forhold til konkrete børn i 2004 som følge af projektet. Begge kommuner oplyser, at der er etableret faste rutiner og støttetilbud som følge af projektet og at disse bliver brugt. Kommunerne oplever en klart øget og udbygget systematisk indsats som følge af projektet, og fremhæver især udvikling af handlevejledninger, øgningen af frontpersonalets handlemuligheder og den løbende inddragelse af alkoholkonsulenterne/børnekonsulenterne i sagerne. En kommune giver følgende eksempel på, hvordan de i kommunen har flyttet sig som følge af projektet:

Situationen før projektet illustreres af et eksempel fra 2002, hvor forvaltningen indkaldte til tværfagligt møde med forældre og personale. En pige havde til børn og ungelæge givet udtryk for, at hun var bekymret for primært hendes lillesøster, da mor drak. Efter indkaldelsen spørger læreren forvaltningen, hvorfor vi dog skal til tværfagligt møde omkring denne pige, hun klarer sig ganske udmærket. Da han bliver oplyst at hendes mor drikker, siger han blot. Nåh...men det vidste han godt. Han har dog aldrig talt med hverken mor eller den store pige om det.

Situationen efter projektet illustreres ved følgende eksempel fra 2004, hvor forvaltningen oplevede, at en lærer- og pædagogkreds omkring et barn søgte råd og vejledning direkte hos alkoholkonsulenten. De ville gerne have hjælp til at få snakket med barnets forældre om deres bekymring for barnet og forældrenes alkohol forbrug.

Det er vores oplevelse, at de adspurgte kommuner er repræsentative for alle de 'gamle' projektkommuner – og vi forventer samme billede for de 'nye' 22 kommuner i projektet.

Vi vil også gerne nævne, at et af de støttetilbud, som er blevet udviklet som følge af projektet, nemlig 'skolefeen' på Longelse Skole, fik Børns Vilårs & TDC's børnepris 2004. Med prisen fulgte kr. 25.000,-, som skolefeen kan anvende til ekstraordinære oplevelser for børn. I dette tilfælde bliver det en skiferie til børn, der ellers kun sjældent kommer på ferie.

Skolefeen på Longelse Skole

3.4 Sygehusene, især Odense Universitetshospital

På sygehusområdet bør det være nærliggende, at der er tale om et snævert samarbejde mellem især visse afdelinger og AlkoholBehandlingsCentret. Op mod 20 % af alle indlæggelser på sygehusene er alkoholrelaterede, men alt for ofte tales der ikke med patienten om mulighederne for behandling for misbruget.

Med henblik på at sikre en bedre koordination mellem Odense Universitetshospital og AlkoholBehandlingsCentret oprettede ABC derfor på projektbasis en ny funktion som alkoholkonsulent på hospitalet pr. 1.8.02. Denne funktion blev i første omgang planlagt til at forløbe i to år, men er for Sats-puljemidler blevet forlænget frem til medio 2005.

OUH-alkoholkonsulenten har fortsat i 2004 tilbudt afdelingerne undervisning i signalerne på alkoholmisbrug, rådgivning i forhold til, hvordan man mest hensigtsmæssigt kan tage misbruget op med patienten gennem de såkaldte livsstilssamtaler eller motiverende samtaler, samt tilbyder supervision. Konsulenten, der selv er uddannet sygeplejerske og en erfaren alkoholbehandler, kan desuden tilbyde samtaler med patienterne og evt. foretage kortlægningsinterviews med henblik på kortlægning af behandlingsbehov allerede under indlæggelsen. Efterfølgende behandling smidiggøres dermed og kan iværksættes tidligere.

Alkoholkonsulenten er blevet modtaget med meget stor interesse på OUH. Hun har været med til at sætte alkohol på dagsorden på alle niveauer ved at deltage i arrangementer både på patientniveau, medarbejderniveau og ledelsesniveau. Alkoholkonsulenten har desuden fået skabt kontakt til et stort antal afdelinger, har skabt fokus på alkohol og på mulighederne for behandling, ligesom hun i samarbejde med Kvalitets- og planlægningsafdelingen på OUH har været med til at gøre alkohol til et tema for netværket af forebyggende sygehuse.

Alkoholkonsulenten på OUH præsenterede i foråret 2004 sit arbejde på OUH på en poster på the 12th International Conference on Health Promoting Hospitals i Moskva. Posteren blev belønnet med en pris for bedste poster.

Der har i 2004 været stor mediebevågenhed om OUH-alkoholkonsulentens funktion.

3.5 Projekt Udviklingshæmmede med misbrug

En af AlkoholBehandlingsCentrets konsulenter er tovholder i et modelprojekt i forhold til udviklingshæmmede og misbrug, hvor samarbejde mellem konsulenten og ansatte på bo-institutioner i Odense Kommune gerne skulle medføre en forbedret indsats overfor udviklingshæmmede, der drikker for meget. I lighed med modelprojekt 'Børn i misbrugsfamilier' er det tanken at udvikle handlevejledninger for det socialpædagogiske personale, som sætter dem i stand til – i samarbejde med alkoholkonsulenten – at mindske alkoholmisbrug blandt udviklingshæmmede.

Generelt har forløbet i det første og andet projektår været positivt i forhold til samarbejdsfladerne og erfaringsopsamling til brug for udvikling af indsatsmodeller i forhold til udviklingshæmmede med misbrug. Projektet afsluttes i 2005.

4. Hvad vi forventer i det kommende år

4.1 Aktivitetsniveauet

Når det gælder den fremtidige udvikling, bør man være meget opmærksom på ressourcebehovet i behandlingen, hvis man fortsat vil bevare behandling af god kvalitet. Gør man ikke det, bliver personalet udbrændte i forsøget på at nå at behandle flere patienter, end de reelt har mulig for og tid til. Man bør således være yderst opmærksom på den hårfine balancegang mellem, hvornår personalet har meget at lave, hvilket er godt - og hvornår personalet har travlt i betydning 'fortravlet', dvs. begynder at miste overblik og ikke mere kan engagere sig tilstrækkeligt.

I 2005 skal vi endvidere være opmærksomme på, at der indføres behandlingsgaranti på alkoholområdet.

I 2001 henvendte der sig 1907 patienter, hvortil kom et ukendt antal anonyme patienter, samt pårørende. I løbet af 2002 henvendte der sig 2008 patienter, i 2003 steg dette tal til 2084 patienter og i 2004 henvendte der sig 2240 patienter. Samtidig er andelen af patienter, der ikke tidligere har haft kontakt med alkoholbehandlingssystemet, steget fra at udgøre lidt mere end en tredjedel til at udgøre over halvdelen. Der er altså ikke tale om de samme patienter, der blot kommer igen og igen, men om at aktuelle patienter i højere grad færdigbehandles og afsluttes, samtidig med at helt nye patienter henvender sig.

Som beskrevet i kapitel 2, er aktivitetsniveauet vedr. det enkelte patientforløb samtidig steget, idet andelen af de patienter, der ikke blot bliver afruset (behandlet for abstinenser), men også rent faktisk går videre i egentlig behandling, er i perioden 2002 frem til 2004 steget med 25 % som følge af vort kvalitetsudviklingsprojekt.

En del af denne aktivitetsstigning gjorde ABC allerede opmærksom på ved årsrapporteringen i 2003 og det medførte, at der i løbet af sommeren 2003 blev ansat yderligere personale: En afdelingsleder, en behandler og en kvalitetsudviklingsmedarbejder.

Ressourcetilførslen har betydet, at efterspørgslen i slutningen af 2004 stadig stod i rimeligt forhold til ressourcerne, og det var stort set muligt at undgå, at patienter skulle vente uacceptabelt længe på behandling.

Vi er imidlertid meget opmærksomme på, at der ikke er mulighed for yderligere aktivitetsudvidelse indenfor de givne ressourcer, og med den stigende tilstrømning af patienter samtidig med de kvalitativt bedre tilbud (der medfører, at patienterne i højere grad vælger behandlingen til i stedet for at holde op for tidligt), kan vi frygte at blive kvalt i vores egen succes.

En fuldtidsbehandler ved AlkoholBehandlingsCentret i Fyns Amt fungerede ved udgangen af 2003 som behandler for 30-35 patienter (individuelle patientforløb), samt laver kortlægningssamtaler (1-2 per uge á tre timers varighed) og varetager andre opgaver alt efter faggruppe, som fx sygeplejerskerne, der har vagter i åbningstiden med henblik på akut behandling af abstinenser. I individuelle behandlingsforløb bør patienten møde til en samtale ugentligt i begyndelsen, hvorefter man kan gå over til at se patienten hver 14. dag og senere en gang månedligt indtil forløbet afsluttes efter i gennemsnit 7 måneder. De fleste behandlere er behandlere for omkring 70 patienter årligt. Hvis udviklingen fortsætter på samme måde, kan vi forvente et stort arbejdspress i løbet af 2005.

Vi forventer ikke umiddelbart, at indførelse af behandlingsgaranti i 2005 kommer til at medføre et øget pres på behandlingen, idet vi i 2004 allerede levede op til kravene for garantien. Men det er selvfølgelig muligt, at selve indførelsen af garantien vil få flere borgere til at søge behandling, for behandlingsgarantien kan medvirke til at synliggøre behandlingssystemet for borgeren.

4.2 Elektronisk journal og kommunikation

Der er siden 2003 blevet arbejdet ihærdigt på at etablere elektronisk journalfællesskab mellem de forskellige afdelinger. Sektoren har nedsat en projektarbejdsgruppe, der har udarbejdet

arbejdsgangsanalyser, samt undersøgt de typer af elektroniske journal-systemer, der findes på markedet. Målet har været at finde et system, der kan anvendes såvel til journalføring, booking og til klinisk database med henblik på kvalitetsudvikling og dokumentation.

Ved udgangen af 2003 valgte vi et system, som vi forventede blev etableret i første halvår af 2004. Det viste sig imidlertid, at andre amter havde dårlige erfaringer med servicering i forhold til det system, vi havde valgt, og med udgangspunkt i dette, valgte vi i stedet et andet system, som bl.a. Sønderjyllands Amt, Vejle Amt, Københavns Amt og Ringkøbing Amt benytter. Denne ændring medførte en forsinkelse i forhold til implementeringstidspunktet, men til gengæld håber vi at det er med til at sikre en fornuftig drift. Implementeringen af systemet er gået i gang ved årsskiftet 2004-05.

4.3 Telebehandling

I efteråret 2003 planlagde ABC i samarbejde med MedCom, AFS og sygehus Fyn et forsøgsprojekt med telebehandling på Ærø og Langeland. Forsøget med telebehandling blev påbegyndt i oktober 2004, men på grund af tekniske problemer er vi stadig på forsøgsplanet.

Projektets mål er at tilbyde borgere på øerne behandling via internettet (web-kameraer monteret på pc'er henholdsvis på Ærøskøbing sygehus og forebyggelsescentret i Rudkøbing), enten som et fuldgyldigt behandlingstilbud eller i kombination med fremmøde i afdelingen i Svendborg. Indtil videre har 10 patienter prøvet dette, og erfaringerne er lovende, om end de tekniske problemer har været et irritationsmoment. Disse forventes dog endelig løst primo 2005.

Forsøget vil blive fulgt nøje, og det vil blive undersøgt om telebehandling for alkoholmisbrug er af kvalitativ anderledes kvalitet end almindelig ambulant behandling, om et tilbud om telebehandling vil skabe kontakt til andre patientprofiler end de, der almindeligvis søger behandling i det offentlige system, samt hvorvidt telebehandling i fremtiden hensigtsmæssigt kan indgå i viften af behandlingstilbud, som AlkoholBehandlingsCentret bør råde over.

Projektet ligger i tråd med både AlkoholBehandlingsCentrets grundtanke om at råde over en nuanceret vifte af behandlingstilbud og i tråd med Fyns Amts visioner om det digitale amt.

4.4 Alkohol- og Trafikkurser

Færdselslovens § 60, stk. 2 blev med virkning fra 1. marts 2002 ændret, så borgere, der har fået frataget kørekortet på grund af spirituskørsel, skal gennemføre et 10 timers kursusforløb (4 x 2,5 time) om alkohol og færdsel for at kunne generhverve kørekortet. Kurserne skal varetages af personer med stor indsigt i alkoholspørgsmål. I Fyns Amt besluttede Social- og Psykiatriudvalget i efteråret 2002, at disse kurser skal varetages af AlkoholBehandlingsCentret. I henhold til loven er der brugerbetaling på disse kurser og det er tanken bag loven, at kurserne er udgiftsneutrale for udbyderen.

I første halvår af 2003 var der kun ringe søgning til kurserne, der knapt var fyldt op. Dette ændrede sig i slutningen af sidste halvår af 2003, hvor der kom markant øget søgning. Tendensen fortsatte i 2004, således at vi i 2004 begyndte at afholde kurser hver måned i Odense-afdelingen og hver anden måned i Middelfart og Svendborg.

På grund af usikkerheden om, hvornår lovændringen for alvor ville medføre stor søgning til kurserne, valgte AlkoholBehandlingsCentret i 2003 at afholde kurserne indenfor den eksisterende personalenormering. På baggrund af den øgede søgning til kurserne, der medfører, at der skal afholdes flere kurser, er vi i 2004 begyndt at tilføre personalegruppen ressourcer til at varetage opgaven gennem en mindre udvidelse af normeringen. Denne udvidelse finansieres af brugerbetalingen til kurserne.