

## **Målsætningsnotat (revideret) vedrørende ALKOHOLBEHANDLINGEN'S BEHANDLINGSINDSATS**

På en temadag i november 2005 gennemgik personalet i Alkoholbehandlingen det eksisterende målsætningsnotat, og besluttede sig på enkelte områder for en justering.

Disse justeringer er skrevet ind i målsætningsnotatet, og dernæst diskuteret på Audit, personalemøder, ledermøder og Medudvalgsmøder. Dette notat er udarbejdet på baggrund af de disse diskussioner og skal betragtes som Alkoholbehandlingsens fremtidige overordnede koncept. Det er udarbejdet i november 2005.

### **IDÉGRUNDLAG**

#### **Synet på alkoholmisbrug i et historisk perspektiv**

Når man taler om holdninger, menneskesyn, etik og moral i forbindelse med alkoholrelaterede problemer, er det en god idé at se på udviklingen indenfor området i et historisk perspektiv, da disse forhold altid har været under stærk indflydelse af tidens kulturelle og politiske virkelighed. Dertil kommer, at man stadigvæk i dag kan finde reminiscenser af tidligere tiders holdninger i dele af alkoholområdet.

1930'erne - 1940'erne og i mindre udstrækning 1950'erne var præget af et moralsk syn på alkoholmisbrug. Berusede personer blev betragtet som karaktersvage mennesker, som ikke kunne afholde sig fra at misbruge alkohol. "Fejlen" lå altså hos individet, og samfundets løsning på problemet var at holde den pågældende fra flasken. Det blev gjort ved korporligt at afskære vedkommende fra alkohol, f.eks. ved indlæggelse på afvænningshjem, arbejdsanstalt eller lignende. En overtrædelse af forbudet mod at drikke blev straffet, eksempelvis ved fratagelse af borgerlige rettigheder. Desuden var belæring og optræning i regelmæssigt arbejde accepterede midler.

1950'erne var præget af, at det moralske syn og karakterbristopfattelsen langsomt veg til fordel for sygdomsopfattelsen. Dette nye paradigme fik ganske vist ikke sin officielle blåstempling før i en betænkning fra 1958, men især opdagelsen af antabus i 1948 havde banet vejen for denne opfattelse allerede 10 år inden. I disse 10 år vandt sygdomsforståelsen langsomt indpas i videnskabelige tidsskrifter; tydeligvis med inspiration fra officielle dokumenter fra bl.a. WHO. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at der ikke lå nogen egentlige videnskabelige gennembrud til grund for den nye opfattelse.

Ifølge sygdomsopfattelsen var det afgørende karakteristika ved alkoholisme kontroltabet - det forhold, at alkoholikeren ikke med viljens magt kunne standse en drikkeperiode, når først den var begyndt, og i øvrigt drak alkoholikeren ofte og meget. Udviklingen af afhængighed nævntes som et andet særtræk. Om ætiologien hed det, at den var undefinerbar, men at der hos alkoholikeren var en medfødt eller erhvervet disposition til alkoholisme. Dispositionen mentes almindeligvis at få konkret udtryk, efter at personen havde udviklet et højt alkoholforbrug. Da et sådant forbrug på den ene side ofte fremmedes af omgivelsernes alkoholvaner, af behovet for at dulme et dårligt liv m.v., anbefalede lægerne, at man ved siden af den rent medicinske behandling (behandling af fysiske komplikationer og abstinenssymptomer samt tildeling af antabus) også inddrog socialrådgiverbistand og i nogle tilfælde psykologhjælp.

Først fra 1960 fik den medicinske overskrift på alkoholspørgsmålet førsterang. Mens 1950'erne var nytænkningens periode, hvor det moralske syn langsomt fortonede sig til fordel for en sygdomsopfattelse, blev perioden 1960 - 1975 den nye opfattelses glansperiode. Det var først og fremmest her, at de sidste rester af karaktersvaghedstænkningen og de disciplinerende foranstaltninger overfor berusede og alkoholiserede forsvandt.

Samfundets primære indsats overfor alkoholproblemer var i denne periode (1960 - 1975) en opprioritering af behandlingstilbudene til mennesker med et destruktivt drikkemønster. Tidligere havde det offentlige sygehusvæsen kun i begrænset omfang været indstillet på at yde behandling af alkoholister. I det store og hele var det kun sindssygehospitalerne og de psykiatriske afdelinger, der tog opgaven op. Der skete en stærk stigning i det antal pladser, som det offentlige stillede til rådighed for alkoholistbehandling, både på alkoholambulatorier, behandlingshjem og psykiatriske afdelinger. Man holdt fast i, at nok var alkoholisme en sygdom, men en god prognose forudsatte, at man holdt sig alkoholikerens sociale, psykiske og økonomiske forhold for øje og forsøgte at rydde så mange af disse problemer af vejen som muligt, for dermed at lette patientens tilbagevenden til en hverdag uden alkohol.

I tiden efter 1975 skrantede sygdomsopfattelsen, uden at den dog afgik ved døden.

Symptomopfattelsen pressede sig på som den herskende forståelsesform. Mens man indenfor lovgivningen, i betænkninger og bekendtgørelser fra slutningen af 1950'erne havde interesseret sig for alkoholspørgsmålet under overskriften SYGDOM, kom der nu en anden overskrift.

Sygdomsopfattelsen ses ikke længere fremført i officielle dokumenter, hvor man i stedet finder henvisninger til, at alkoholmisbrug må betragtes som et symptom på mistriivsel, som det formuleres i en betænkning fra 1978. (Begrebet alkoholmisbrug blev mere og mere almindeligt i begyndelsen af denne periode og afløste den tidligere periodes alkoholisme, som igen havde afløst drikfældighed, som var den gængse betegnelse for et umådeholdent og problemskabende alkoholforbrug i karakterbristtænkningens periode).

Ligesom der ikke havde ligget videnskabeligt gennembrud til grund, da sygdomsmodellen i 1958 fik det offentliges blå stempel, fremsattes også den nye symptomopfattelse udokumenteret og endda uden yderligere kommentarer. Da alkoholmisbruget nu primært opfattedes som et symptom på mistriivsel, skulle forebyggelse af misbrug derfor i princippet være den samme som forebyggelse af andre mistriivselssymptomer. I en behandlingsbetænkning fra alkohol- og narkotikarådet i 1981 betragtede man den såkaldte psykosociale forståelsesmodel som den mest frugtbare. Denne ser misbruget som et problem, der opstår i samspillet mellem mennesker, stof og samfund. I øvrigt fandt udvalget, at andre forståelses- og forklaringsmodeller sideløbende med den psykosociale kunne have deres berettigelse og nytteværdi.

Fra anden side blev symptomopfattelsen dog fra midten af 1980'erne forfægtet af de Minnesota-inspirerede behandlingshjem. Her blev alkoholmisbrug betragtet som en fysisk allergi og en mental besættelse, og alkoholafhængighed udvikler sig ifølge denne opfattelse gradvis som følge af alkoholindtagelse hos i forvejen disponerede individer. Dispositionen eksisterer uafhængigt af individets psykosociale forhold. Selv om den alkoholbetingede psykiske destruktion og uundgåelige ydre problemer vedligeholder drikkeriet, advares der således i Minnesota-modellens selvforståelse mod at betragte disse ydre og indre symptomer som årsag til drikkeriet. I en præsentationsbrochure for et behandlingshjem hedder det, at "alkoholisme er en sygdom i sig selv og ikke symptom på noget bagvedliggende socialt eller psykologisk".

Som anført i indledningen findes der således stadigvæk reminiscenser af sygdomsmodellen. Ud over Minnesota-modellen findes en "nymoralisme" flere steder, specielt omkring behandling af de tungere grupper af alkoholmisbrugere.

### **Nutidigt syn på alkoholmisbrug**

Alkoholmisbrugere er lige så forskellige som ikke misbrugere, dvs. at der ikke findes en "Universal alkoholisk betinget personlighedstype". Alle kan i princippet udvikle afhængighed af alkohol, men udviklingen af tilstanden er alt andet lige påvirkelig af sociale, psykiske, kulturelle og genetiske faktorer. Alkoholrelaterede problemer betragtes i dag primært i et livsstilsperspektiv; alkoholproblemer ses som en indlært adfærd, der i princippet kan aflæres igen.

Motivation blev tidligere betragtet som et stabilt karaktertræk hos misbrugeren. Når behandlingen ikke lykkedes, så man det udelukkende som udtryk for manglende motivation hos patienten.

Undersøgelser i forhold til motivationstænkning fremhæver imidlertid, at motivation er en dynamisk proces, der ændrer sig over tid, og som er påvirkelig for en terapeutisk indsats.

I dag er diagnoserne i henhold til ICD-10 fænomenologisk begrundede uden værdigrundlag af den ene eller anden slags, og giver derfor mulighed for at tale om misbrugsproblemer på tværs af faggrænserne uden at skulle forholde sig til forskellige værdiopfattelser.

Alkoholbehandlingens opfattelse kan kort udtrykkes således:

Patienterne skal betragtes fra et individuelt perspektiv, og alkoholrelaterede problemer er multifaktorielt betinget og udvikler sig dynamisk over tid. Det betyder, at behandling planlægges individuelt ud fra en aktuel udredning og en dynamisk forståelse af patientens samlede livssituation.

### **MÅLGRUPPE**

Alkoholbehandlingens kerneydelse er behandling af alkoholmisbrug.

Den primære målgruppe er alle med et problematisk alkoholforbrug, dog ikke alkoholmisbrugere med vidtgående psykiske handicaps eller andet gennemgribende misbrug. Disse behandles i stedet af primærsystemet, som Alkoholbehandlingens evt. kan rådgive, vejlede eller bistå med afgrænsede ydelser i forhold til alkoholmisbruget.

Sekundært yder Alkoholbehandlingens vejledning, rådgivning og støtte til pårørende til alkoholmisbrugere.

Endvidere tilbyder Alkoholbehandlingens konsulentfunktion information, rådgivning, vejledning og brobygning til samarbejdspartnere, især kommuner, sociale institutioner og sundhedsvæsenet.

Sluttelig leverer Alkoholbehandlingens AT-kurser til mennesker, der ønsker et generhverve kørekort efter at have mistet det på grund af spirituskørsel.

### **MÅLSÆTNING**

## **Overordnet målsætning for Alkoholbehandlingen**

"At patienten bliver afholdende eller reducerer sit alkoholforbrug til at være under de grænser, sundhedsstyrelsen anbefaler; øger sin evne til mestring af alkoholrelaterede problemstillinger og opnår en bedre livskvalitet".

Målsætningen hviler på følgende arbejdsgrundlag:

- Grundlaget for behandling er, at patienten føler sig informeret om tilbuddet, og personligt beslutter sig for at indgå heri. Det prioriteres derfor at give den nødvendig tid til information og dialog om selve det at gå i behandling, og patientens valg respekteres fuldt ud
- Alle behandlings-, samarbejds- og informationstiltag iværksættes i tæt samarbejde med patienten
- Behandlingstilbudene tilrettelægges individuelt og tager udgangspunkt i et empatisk respektfuldt møde, som højner patientens oplevelse af selvværd
- Både de akutte og de rehabiliterende behandlingstilbud planlægges ud fra et helhedssyn på alkoholmisbrugeren
- Behandlingen er specialiseret og evidensbaseret
- Behandlingen koordineres og samordnes i samarbejde med patienten, så den står i forhold til patientens ressourcer, viften af tilbud samt andre samarbejdspartnere
- Information, vejledning og behandling tilrettelægges, så patientens evne til at tage ansvar for sit eget liv bevares og styrkes
- Behandlingen indebærer særlig øget opmærksomhed på omsorgssvigt i forhold til børn og unge, der påvirkes af misbruget
- Der sikres relevant støtte, vejledning og rådgivning til pårørende til alkoholmisbrugere
- Kendskabet til Alkoholbehandlingen udbredes, så samarbejdspartnere får viden om mulighederne for behandling, og hjælp til at få etableret behandling for relevante borgere
- Kendskabet til Alkoholbehandlingen udbredes, så borgerne får viden om mulighederne for behandling
- Alkoholbehandlingen er løbende involveret i forskning og kvalitetsudvikling med henblik på kontinuerlig forbedring af behandlingen, så den altid forgår på det bedst kvalificerede grundlag
- Organisationen er bevidst om eget ansvars- og kompetenceområde - herunder forholder sig kritisk til, om de fornødne ressourcer i forhold til målsætningen er til stede, samt bidrager til at skabe betingelser for justering af behandlingen i forhold til fremtidens krav

## **BEHANDLINGSFORMER**

Samtlige Alkoholbehandlingsens afdelinger tilbyder en evidensbaseret og kvalitetsovervåget indsats indenfor områderne:

Afrusning, motivationsforstærkende samtaler, kortlægning/udredning og efterfølgende visitation til planlagt behandling. De psykosociale behandlingstilbud omfatter i 2006: Kognitiv terapi, Støttende samtaler, Kontraktbehandling, Medicinsk behandling, Familieterapi, Netværksforstærkende behandling og visitation til døgnbehandling i andet regi.

Såfremt afrusning ikke kan gennemføres forsvarligt i eget ambulante regi, henviser Alkoholbehandlingen til afrusning under indlæggelse på en af de 3 psykiatriske sygehusafdelinger

på Fyn. Alkoholbehandlingen kan desuden henvises til korterevarende rekreationsophold ved behov for aflastning og omsorg.

Alkoholbehandlingen samarbejder med en vifte af institutioner og instanser, men altid i samarbejde med patienten selv og efter konkret aftale med patienten. Undtaget herfra er underretning om bekymring for børn, jfr. den skærpede underretningspligt.

Samarbejdet med andre instanser og institutioner er især en vigtig del af arbejdet, når alkoholmisbrugerens har børn, der har behov for støtte, og når alkoholmisbrugerens er socialt udsat og har brug for koordinerede indsatser. For andre grupper kan samarbejde med arbejdspladser, pårørende, praktiserende læge etc. være relevant.

Konsulenterne i Alkoholbehandlingsregi har til opgave at bidrage til Alkoholbehandlingsregis synlighed blandt samarbejdspartnerne, samt bidrage til koordinerede indsatser.

## **FORSKNING OG UDVIKLING**

Alkoholbehandlingen har siden 1992 været kendetegnet ved en løbende udvikling i nært samarbejde med Enheden for Klinisk Alkoholforskning. Der har været tale om et samspil mellem forskning og klinik, der har mundet ud i afprøvningen af forskellige behandlingstilbud, evaluering og effektmålinger samt udviklingen af en stringent visitationsmodel til brug ved visitation til den etablerede brede vifte af behandlingsformer.

Mens forskningstiltag bliver etableret og pågår, øges effektiviteten i en organisation. Det er imidlertid kendt, at effektiviteten og engagementet daler igen, når der er gået en tid. Derfor er det nødvendigt med kvalitetssikring, så man løbende monitorerer arbejdet og effekten.

Alkoholbehandlingen har derfor indledt og gennemført et kvalitetsudviklingsprojekt, omfattende alle afdelinger af Alkoholbehandlingen. Projektet er i dag overgået fra projektstatus til daglig drift, og udgør fundamentet under eksisterende og fremtidige implementeringstiltag i institutionen.

Når man indgår i forskning og udvikling, følger der samtidig en formidlingsforpligtelse med. Dels en formidlingsforpligtelse rettet ind mod organisationen selv, dvs. en forpligtelse til at gennemføre forskningen og omsætningen af denne i praksis i tæt dialog med medarbejderne; dels en forpligtelse rettet ud fra organisationen, så andre uden for organisationen også kan drage nytte af de indhøstede erfaringer. Forsknings-, udviklings- og formidlingsaspektet fremhæves i organisationens målsætning, hvor det forudsættes, at forskningen pågår løbende, men også at viden herom udbredes til det omkringliggende samfund via konsulenter, uddannelse, rådgivning og PR.

## **DOKUMENTATION OG EVALUERING**

Dokumentation er et centralt element i behandlingsarbejde og kvalitetsudvikling. Ydelserne i behandlingsforløbene skal derfor dokumenteres i patientens journal, ligesom der udfyldes tjeklister over, at alle relevante ydelser gives til patienten.

Audit, der består af ledelse og medarbejderrepræsentanter, overvåger kvaliteten af behandlingen. Kvaliteten af behandlingen overvåges dels gennem statusmålinger i forhold til den enkelte patient, dels gennem gennemgange af stikprøver af journaler.

To gange årligt gennemføres patienttilfredshedsundersøgelser, og en gang årligt er der tilsyn.