



KVALITET I ALKOHOLBEHANDLING
- et rådgivningsmateriale

2008

Kvalitet i alkoholbehandling

- et rådgivningsmateriale

Manuskript: Ulrik Becker, Helene Bygholm, Kit Broholm, Anette Søegaard Nielsen, Per Nielsen

Journalistisk gennemskrivning: Andreas Christensen, Line-by-Line

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Rådgivning
Emneord: Kvalitet; Alkohol; Misbrug; Afhængighed; Alkoholbehandling
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: 30. september 2008
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-529-3

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, september 2008

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Rådgivningsmaterialet er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen med deltagelse af:
Centerleder Anette Søgaard Nielsen, Alkoholbehandlingscentret, Odense Kommune
Centerleder, cand. psyk. Helene Bygholm Risager, Aarhus alkoholrådgivning, Aarhus kommune
Ledende overlæge, dr. med. Ulrik Becker, Alkoholenheden Hvidovre Hospital
Forskningsleder, psykolog Per Nielsen, Ringgården
Specialkonsulent Kit Broholm Sundhedsstyrelsen

KL og Indenrigs- og sundhedsministeriet har også deltaget i arbejdsgruppen

Forord

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 "Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering" med henblik på at skabe et evidensbaseret fagligt fundament for alkoholbehandlingen i Danmark. Sundhedsstyrelsen har nu udarbejdet dette rådgivningsmateriale baseret på denne MTV for at give kommunale planlæggere og beslutningstagere samt ledere og medarbejdere i alkoholbehandlingssektoren et nemt tilgængeligt materiale, der skaber et overblik over den faglige evidens, der foreligger vedrørende tilrettelæggelsen af en effektiv alkoholbehandling.

Alkoholafhængighed er en meget kompleks lidelse, der ofte indeholder psykiske komponenter, ofte bevirker somatiske følgetilstande og som altid er en stor belastning for familien navnlig for børnene, der er i risiko for selv at udvikle psykiske lidelser eller misbrug. Undersøgelser har tidligere peget på, at der er store forskelle på, i hvilket omfang alkoholbehandlingsinstitutionerne anvender den eksisterende viden om effektiv alkoholbehandling.

Efter kommunalreformen har kommunerne fået ansvaret for såvel alkoholforbyggelse som alkoholbehandling. Kommunerne har dermed fået de bedste muligheder for at organisere og anvende alkoholbehandlingen til løsning af de mange sociale problemer, som omfatter et alkoholproblem i familien. Det kræver stor viden at kunne tilrettelægge en effektiv alkoholbehandling. Hovedformålet med rådgivningsmaterialet er at sammenfatte og stille den faglige viden/evidens til rådighed for kommunerne og alkoholbehandlingsinstitutionerne. Rådgivningsmaterialet indeholder således væsentlige sigtpejlinger for den fortsatte udvikling og implementering af alkoholbehandling i kommunerne.

For at støtte kvalitetsudviklingen i alkoholbehandlingen har Sundhedsstyrelsen udover dette rådgivningsmateriale sammen med alkoholbehandlingen i København, Odense og Århus og i samarbejde med COK udviklet et grundkursus for alkoholbehandlere. Der er videre i samarbejde med Ringgården og 5 andre behandlingsenheder igangsat et 4årigt udviklingsprojekt der sigter mod at udvikle metoder til behandling af mennesker, der udover deres alkoholafhængighed har psykiske vanskeligheder.

Dette rådgivningsmateriale er blevet udarbejdet af en arbejdsgruppe, som Sundhedsstyrelsen hermed gerne vil takke for sin store indsats.

Sundhedsstyrelsen, september 2008

*Else Smith
Centerchef*

Indhold

1	Behov for fokus på alkoholbehandling	5
1.1	Forebyggelse og tidlig indsats på alkoholområdet	7
1.2	Alkoholbehandling	8
1.3	Hvorfor skal der fokuseres på kvalitet i alkoholbehandling?	8
2	Modtagelse af akut patient	10
2.1	Akut alkoholbehandling	11
3	Modtagelse af ikke-akut patient	13
4	Kortlægning	15
4.1	Comorbiditet	17
4.1.1	Psykiatrisk comorbiditet	17
4.1.2	Somatisk comorbiditet	21
5	Visitation til behandling	23
5.1	Opsøgende og udadgående funktioner	24
6	Behandling	27
6.1	Farmakologisk behandling	27
6.2	Psykosocial behandling	28
6.2.1	Kontakt mellem patient og behandler	29
6.2.2	Målrettet behandlingsarbejde	29
6.2.3	Familiebehandling	30
6.2.4	Organiseringen af behandlingen	30
6.2.5	Behandlerkompetencer	30
7	Samspejlet mellem døgnbehandling, dagbehandling og ambulant behandling	32
8	Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling	34

1 Behov for fokus på alkoholbehandling

Befolkningsundersøgelser har dokumenteret, at 15 % af de danske mænd og 9 % af kvinderne drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser¹.

De seneste beregninger tyder på, at ca. 140.000 er alkoholafhængige, og det skønnes, 585.000 har et skadeligt alkoholforbrug². Minimum 860.000 danskere over 16 år er storforbrugere - dvs. de drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser på maksimum 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd.

Af de alkoholafhængige udgør de psykiatrisk og socialt meget belastede og udstødte kun en mindre del, højst 15.000. Med hensyn til de hjemløse er der talmæssigt tale om en meget lille gruppe, idet cirka 2.800 hjemløse på landsplan har et alkoholmisbrug i henhold til undersøgelsen af hjemløshed i Danmark fra 2007. Herudover peger data på, at effekten af behandling, som primært er målrettet alkoholproblemet, formentlig er lille. Denne gruppe har derfor vanskeligt ved at profitere af alkoholbehandling og vil ofte være i behandling inden for det psykiatriske system og i forsorgsområdet.

Ud af de resterende 125.000 alkoholafhængige er cirka 6000 under 25 år, og for denne aldersgruppe er det mere usikkert hvem der har et forbigående eller selvlimiterende problem. Mange undersøgelser tyder på, at det er særdeles svært at få motiveret denne gruppe til at søge hjælp, og det er andre strategier end egentlig alkoholbehandling, der skal iværksættes.

Tilbage er der cirka 119.000 alkoholafhængige over 25 år, som er den primære målgruppe for de eksisterende alkoholbehandlingsinstitutioner.

¹ Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY). København: Statens Institut for Folkesundhed; 2001.

² Alkoholforbrug i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, maj 2008.

Hovedparten af de alkoholafhængige, behandlingssystemet i dag ikke er i kontakt med, er relativt socialt veltilpassede borgere. De vil ofte fortsat have tilknytning til arbejdsmarkedet, en rimelig økonomi og bevaret socialt netværk. Det er i denne gruppe af borgere hvor effekten af behandling og dermed den økonomiske gevinst vil være størst. Jo tidligere man kommer ind i forløbet jo større gevinst vil man opnå.

Alkoholafhængighed, skadeligt forbrug af alkohol og alkoholstorforbrug har en række konsekvenser som helbredsskader, psykiatriske følger tilstande og sociale konsekvenser. Der er imidlertid ingen dokumentation for at alkoholproblematik udløses af sociale problemer i sig selv, og der er ingen dokumentation for at social intervention/socialt arbejde alene kan bedre/helbrede patienter med alkoholproblemer. Derimod fører en behandling, der målrettes selve alkoholproblemet, til bedring af de sociale konsekvenser.

Alkoholafhængighed dækker over komplekse problemstillinger, som man ikke tidligere har haft fokus på. Alkoholbehandling er derfor en specialiseret, målrettet, videnbaseret, og tidsmæssigt afgrænset behandling fokuseret mod alkoholproblemet og dets komplikationer.

Fra 2007 har kommunerne overtaget ansvaret for både forebyggelsen og behandlingen på alkoholområdet. Dette kan give nye muligheder for at skabe den sammenhæng mellem forebyggelse, tidlig indsats og behandling, som er forudsætningen for at kunne reducere sociale problemer, sygdomme og andre skader i forbindelse med alkoholproblemer.

1.1 Forebyggelse og tidlig indsats på alkoholområdet

Ifølge sundhedslovens § 119 har kommunalbestyrelsen ansvaret for at skabe rammer for sund levevis ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne. På alkoholområdet kan udmøntningen af dette krav bl.a. indebære, at kommunen gennemfører alkoholpolitikker på institutioner og arbejdspladser, i foreninger mv., og at kommunen har fokus på bevillingspolitik og håndhævelse af lovgivningen vedrørende salg og udskænkning af alkohol.

Sunde rammer på alkoholområdet betyder også, at de professionelle, der er knyttet til institutioner, myndigheder og arbejdspladser, skal være opmærksomme på, at et for stort forbrug af alkohol kan være baggrunden for, at mennesker har svært ved at udfylde deres funktioner som medarbejdere, forældre, kolleger o.l. Det vil derfor være en del af en alkoholpolitik at fastlægge, hvem der har ansvaret for at handle, hvordan man skal tale om alkoholproblemet, og hvilke rådgivnings- eller behandlingstilbud man skal henvise til.

Kommunalbestyrelsen har også ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. På alkoholområdet vil det være relevant at overveje, hvordan der kan etableres et let og frit tilgængeligt rådgivningstilbud i tilknytning til rådgivningen på de øvrige livsstilsområder. Det vil fx kunne være i et sundhedscenter, hvis kommunen har etableret et sådan center. Et af de største problemer i alkoholbehandlingen er, at den kun når ud til mellem 6.000 - 18.000 mennesker om året, hvilket er en lille andel af de ca. 140.000 personer, der er afhængige. Der er derfor behov for at gøre det lettere og mindre stigmatiserende at søge rådgivning om alkohol.

Regionsrådet har i henhold til sundhedsloven ansvaret for at tilbyde patienttreet forebyggelse. Det er derfor sundhedsvæsnets – såvel hospitalernes som almen praksis' – opgave at tale med patienterne om deres alkoholvaner, at vurdere behovet for alkoholrådgivning eller alkoholbehandling og at henvise til relevante tilbud.

1.2 Alkoholbehandling

Ifølge sundhedslovens § 141 skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri alkoholbehandling. Borgeren har ret til frit at vælge alkoholambulatorium og er således ikke bundet til kommunens ambulatorietilbud. Omvendt har borgeren ikke ret til at vælge mellem et ambulante behandlingstilbud og et dag- eller døgntilbud. Det kræver faglig visitation at vurdere, hvem der har behov for dag- eller døgnbehandling.

Behandlingen skal iværksættes, senest 14 dage efter at borgeren har henvendt sig med ønske om behandling. Behandlingen skal – hvis det ønskes – gennemføres anonymt. Behandlingsstedet bør medvirke til at nedbryde det tabu, der findes på alkoholområdet, således at det ikke føles mere skamfuldt at drikke for meget end at ryge eller spise for meget. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, hvis behandlingsstedet ikke lægger op til, at der er behov for anonymitet.

Kommunalbestyrelsen står frit i forhold til at etablere sit eget behandlingstilbud eller samarbejde med andre kommuner, regionen eller private aktører. Denne bestemmelse åbner for den mulighed, at flere kommuner samarbejder om at etablere en alkoholbehandlingsenhed af en størrelse, der gør det muligt at gennemføre kvalificeret alkoholbehandling.

1.3 Hvorfor skal der fokuseres på kvalitet i alkoholbehandlingen?

En undersøgelse fra 2004 af alkoholbehandlingen i Danmark³ dokumenterer, at der er meget stor forskel på kvaliteten af indsatsen, og at store dele af alkoholbehandlingen ikke foregår på et evidensbaseret grundlag. Det betyder, at behandlingen ikke er så effektiv, som den kunne være.

Manglende kvalitet i alkoholbehandlingen er et stort problem for de mennesker og familier, der har alkoholproblemer, da afhængigheden i høj grad styrer deres hverdag. Men det er også et problem for kom-

³ Milter MC, Nielsen B, Becker U, Pedersen MU, Grønbæk M. Offentlig ambulante alkoholbehandling anno 2002. Ugeskr. Læger. 2004;166(32):2664-8.S

munerne, da en lang række udgifter i sundhedssektoren og i socialsektoren hænger sammen med alkoholforbruget.

Alkohol er årligt relateret til 28.000 hospitalsbesøg, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg. De, der drikker over genstandsgrænsen, har hvert år mere end 150.000 ekstra kontakter til almen praksis og 325.000 ekstra sygefraværsdage, og de dør i gennemsnit 4-5 år for tidligt. 500 førtidspensioner årligt er relateret til alkohol.

Alkoholbehandling er et meget billigt tilbud sammenlignet med både sociale ydelser og hospitalsbehandling. Selv billige tilbud kan imidlertid være for dyre, hvis de ikke har nogen effekt. Derfor er det afgørende, at alkoholbehandlingen gennemføres på baggrund af opdateret viden om behandlingens effektivitet.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens MTV-rapport fra 2006 om alkoholbehandling⁴ og litteraturstudiet fra 2006 om familiebehandling⁵ vil der i det følgende blive redegjort for nogle vigtige elementer i evidensbaseret alkoholbehandling.

⁴ Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.

⁵ Lindgaard, H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.

2 Modtagelse af akut patient

En akut patient bør modtages i neutrale omgivelser, som ikke bidrager til at stigmatisere den pågældende – dvs. i et miljø, der kan sammenlignes med andre steder, hvor borgerne er i kontakt med offentlige myndigheder. Et vigtigt led i den videre behandling er, at behandlingsstedet etablerer og vedligeholder en terapeutisk alliance. Behandleren skal med indføling sikre sig de nødvendige diagnostiske og behandlingsrelaterede oplysninger og etablere et tillidsforhold til patienten og personer, der er vigtige for patienten. Behandleren bør også stå til rådighed, hvis der senere opstår kriser.

Mange patienter, der henvender sig i det akutte forløb, er enten berusede eller har abstinenssymptomer. For at kunne etablere en behandlingsalliance er det vigtigt, at behandlingsorganisationen kan håndtere disse symptomer. Heri indgår også det at have en holdning til og en plan for behandling af berusede patienter.

Også i det akutte forløb er det vigtigt at lægge en behandlingsplan, der kan sikre opfølgning i forhold til de behandlingsmæssige målsætninger.

Vigtige elementer i modtagelse af akut patient:

- Let tilgængelighed
- Vurdering af behandlingsbehov
- Iværksættelse af akut behandling
- Hurtig udfærdigelse af behandlingsplan
- Hurtig tildeling af kontaktperson/hovedbehandler
- Mulighed for observation
- Aftaler med samarbejdspartnere om eventuel indlæggelse
- Patientinformation
 - Behandlingstilbud
 - Patientrettigheder
- Informeret samtykke
 - Accept af behandlingsplan
 - Videregivelse af informationer
- Plan for tværfaglig konferering
- Personaleuddannelse

2.1 Akut alkoholbehandling

I afrusningen skal den alkoholfafhængige informeres om abstinenssymptomer, og hvordan de behandles. Ubehandlede abstinenssymptomer øger risikoen for forværring af fremtidige abstinenssymptomer og for kramper og delirium. Desuden tyder forskning på, at ubehandlede abstinenssymptomer forstærker patientens afhængighed. En optimal behandling er vigtig, fordi en forværring af fremtidige abstinensreaktioner vil afholde patienten fra drikkeophør. Derved forlænges tilbagefaldet, hvilket er yderligere demotiverende for drikkeophør og fortsat alkoholbehandling.

Den akut berusede patient kræver beroligelse og pasning i trygge og overvågede omgivelser sammen med indsatsen for at formindske den eksterne stimulation og test af orientering og virkelighedssans. Det er også vigtigt, at patienten får tilstrækkeligt med væske og næring.

Samtidig har det betydning, at man i den akutte fase på hensigtsmæssig vis kan indgå i en motiverende dialog med patienten, efterhånden som vedkommende bliver klar til det. Ideelt set skal personalet hjælpe patienten til at deltage i en planlagt, ikke-akut psykosocial behandling, som kan skabe varige ændringer af alkoholproblemet.

Der er en overvældende videnskabelig dokumentation for effekten af ”stesolid”-præparater (benzodiazepiner) og for nytten af systematisk at vurdere abstinenssymptomernes udvikling. Selvom der ikke er nogen videnskabelig dokumentation for effekten af B-vitaminer, bør man give patienten disse i den første måned. Patienten bør ikke udsættes for en ”kold tyrker”, hvor vedkommende gennemlever ubehandlede abstinenser.

Behandlingen af abstinenssymptomer er en sundhedsfaglig opgave og kan i de fleste tilfælde gennemføres ambulantly med kontrol dagligt eller med få dages interval. En mindre del af patienterne kræver indlæggelse⁶.

⁶ Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2004;18:293-335.

Vigtige elementer i akut alkoholbehandling:

- Information
- Systematik
 - Observation ud fra nedskrevne retningslinjer og/eller symptomscoring
 - Comorbiditet og komplikationer
 - Dosering af medicin (rammeordination eller efter symptomscoring)
 - Monitorering (aftaler om kontrolhyppighed, symptomvurdering/symptomscoring)
- Medicinudlevering
- Patientinformation
- Kriterier for indlæggelse
- Sundhedsfagligt personale (sygeplejerske/læge)
- Aftaler med samarbejdspartnere (læger, somatiske og psykiatriske afdelinger)
- Dokumentation

3 Modtagelse af ikke-akut patient

Ikke alle patienter har behov for afrusning. Nogle kan blive ædru på egen hånd og skal have mulighed for at henvende sig med eller uden forudgående aftale. Behandling for alkoholproblemer er frivillig, men det betyder ikke, at patienterne altid er afklarede, selvom de selv henvender sig. Patienten er ofte ambivalent i forhold til ændring af alkoholvanerne og behovet for behandling. Patienten kan føle, at arbejdsgiver, socialforvaltning, kriminalforsorg og/eller venner og familie presser vedkommende i behandling. De første møder er derfor centrale i forhold til at informere patienten om behandlingsmulighederne og motivere vedkommende til at træffe en helhjertet beslutning om behandling. Flere undersøgelser har vist, at fastholdelse i den efterfølgende behandling bedres markant, hvis man indleder behandlingen med samtaler, der koncentrerer sig om patientens beslutning om at deltage i behandling (såkaldt 'motivational interviewing')^{7, 8}.

Det generelle syn på alkoholbehandling er præget af forestillinger om, at behandlingen foregår i nedslidte lokaler og kun består af udlevering af antabus af et hvidkittet personale. Mange alkoholafhængige – især dem, der stadig har arbejdsrelation og familieliv intakt – har vanskeligt ved at se sig selv søge behandling sådanne steder. Institutionen bør derfor fremtræde lys og imødekommende med en venlig og professionel stemning. Patienten bør opleve, at vedkommende aktivt inddrages i planlægningen af behandlingen og får den nødvendige tid til overvejelse og inddragelse af pårørende og netværk.

Et højt informationsniveau bør understøttes af skriftligt materiale, så den ofte kriseprægede patient senere kan læse informationen igen, eventuelt sammen med familien.

⁷ Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Ann Rev Clin Psychol.* 2005;1:91-111.

⁸ Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305-312.

Vigtige elementer i modtagelse af ikke-akut patient:

- Mundtlig og skriftlig information om behandlingstilbuddet
 - Patient
 - Pårørende
 - Samarbejdspartnere
- Feedback til patienten om drikkemønster samt saglig information om:
 - Alkoholproblematik
 - Symptomer
 - Skadevirkninger
- Personale, der er uddannet i motiverende samtaleteknikker
- Venligt og imødekommende institutionsmiljø
- Personale, der har viden om abstinenssymptomer, og som kan henvise patienten til akutbehandling for disse symptomer, hvis det er nødvendigt
- Dokumentation

4 Kortlægning

Når patienten efter eventuel akut behandling og et antal informerende eller afklarende samtaler om den psykosociale og farmakologiske behandling vælger at indgå i et længerevarende, planlagt behandlingsforløb, bør der foretages en grundig og systematisk kortlægning af patientens problemstillinger. Kortlægningen gennemføres i forskellige trin, hvor fundamentet er en udredning af alkoholproblemet og en systematisk screening for problemstillinger, der kan påvirke den efterfølgende behandlingstilrettelæggelse.

Alkoholproblemet øger risikoen for sociale problemer, somatiske problemer, kriminalitet, psykiske problemer og misbrug af andre stoffer eller medicin. Hertil kommer, at svære smerter, familiemæssige og/eller arbejdsmæssige problemer, stress, psykiske problemer og problematisk opvækst kan spille sammen med udviklingen af et alkoholproblem. Den systematiske kortlægning skal således give et overblik over selve alkoholforbruget samt over de problemer og lidelser, som den alkoholafhængige i øvrigt lider af, og som kan påvirke behandlingen af alkoholproblemet

Kortlægningen bør foregå systematisk forud for behandlingen. Den bør være baseret på klare, nedskrevne retningslinjer (f.eks. et spørgeskema). Kortlægningsinstrumentet bør være valideret, så de indsamlede data ikke blot er tilstrækkelige til visitation og behandlingsplanlægning, men også kan anvendes til dokumentation og kvalitetsudvikling af ydelserne. Ved anvendelsen af et valideret kortlægningsinstrument mindsker man risikoen for, at kortlægningen siger mere om behandleren end om den patient, der bliver kortlagt. Desuden sikrer man, at alle patienter screenes for alle relevante problemstillinger, uanset hvilken faggruppe der foretager kortlægningen.

Kortlægningen bør give et fyldestgørende overblik over alkoholproblemet, f.eks. gennem klinisk interview som diagnostisk samtale, suppleret med validerede skalaer, der indsamler data om skader som følge

af alkoholproblemet, beskriver grad af drikketrang, drikkesituationer og andre aspekter af problemet^{9, 10, 11}.

Kortlægningen bør ligeledes omfatte en beskrivelse af personen selv og altså screene for problemstillinger, der ikke direkte er en del af alkoholproblemet, og som ikke automatisk forsvinder, fordi afhængighedsproblematikken løses. Det kan fx være psykisk comorbiditet, sociale og familiære problemer, problemer på arbejdsmarkedet eller anden afhængighed.

Endelig bør kortlægningen omfatte den afhængiges eventuelle børn. I alt 60.000 børn mellem 0-18 år har en far eller mor, der har været indlagt på hospitalet med en alkoholrelateret lidelse. Omkring 10 % af disse børn har en psykiatrisk diagnose, 40 % har symptomer på belastning, mens 50 % ikke adskiller sig fra andre børn. Børn i familier med alkoholproblemer har således en høj risiko for at være belastede i en grad, som indebærer fysiske, psykiske eller sociale symptomer. Omkring 30 % af de børn, som har forældre med alkohol- eller stofproblemer, udvikler som voksne selv et alkohol- eller stofproblem. Med så høj en risiko vil der være behov for at udrede alle børn fra familier med alkoholproblemer for at afklare, hvilken grad af bekymring man bør have for barnets udviklingsbetingelser. Ifølge serviceloven skal en sådan bekymring udløse en underretning, hvis det ikke er muligt at give barnet den støtte, der er behov for. Cirka 40 % af alle anbringelser af børn uden for hjemmet er relateret til alkoholproblemer eller andet misbrug i familien.

Det er meget vigtigt, at kortlægningen foregår som et fælles projekt mellem behandler og patient for at skabe en platform for behandlingsplanlægningen. Det kan give mulighed for konstruktiv feedback til patienten og bidrage til, at ikke blot behandleren, men også patienten selv får et bedre overblik over sin situation. Tonen i interviewet bør således være empatisk og accepterende.

⁹ Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick R. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Prepared for the Commonwealth Department of Health and Ageing. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 2003.

¹⁰ Proudfoot H, Teesson M. Investing in Drug and Alcohol Treatment. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 2000.

¹¹ WHO. Management of drinking problems. WHO regional publications, European Series, No. 21. København: WHO; 1990.

Vigtige elementer i kortlægning:

- Systematik
 - Anvendelse af spørgeskemaer eller spørgeguider
 - Screening
 - Alkoholrelaterede somatiske sygdomme
 - Andre somatiske sygdomme
 - Psykiatriske sygdomme
 - Sociale problemer
 - Andet misbrug
 - Økonomi
 - Uddannelse og erhverv
 - Kriminalitet
- Undersøgelse af, om der er familie og børn, der er påvirket af alkoholproblemet
- Empatisk, patientcentreret behandlerstil

4.1 Comorbiditet

4.1.1 Psykiatrisk comorbiditet

Ud over de mange somatiske komplikationer har en meget betydelig andel af patienterne med alkoholafhængighed også en psykisk lidelse (dobbeltdiagnose). En række psykiske lidelser øger risikoen for at udvikle alkoholafhængighed, og for nogle alkoholafhængige opstår psykiske lidelser, mens alkoholproblemet står på.

Det drejer sig især om:

- Angstlidelser
- Depression
- Personlighedsforstyrrelser
- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

Over 50 % af de alkoholafhængige har psykiske lidelser med angstlidelser, depression og svære personlighedsforstyrrelser som de hyppigste. Større undersøgelser har vist, at knap 30 % har haft symptomer på en depressiv lidelse, og mere end 35 % har haft angstsymptomer¹². Blandt patienter med alkoholafhængighed vil der ofte være symptomer fra flere diagnosegrupper. Alkoholafhængige patienter med psykiatriske lidelser har en dårligere prognose end patienter, som ikke har psykiatriske lidelser.

ADHD og de fleste angstlidelser opstår i børne- og teenageårene. Undersøgelser peger på, at op mod 30-50 % af blandingsmisbrugerne opfylder kriterierne for ADHD¹³, og at det oftest drejer sig om personer med et tidligt og meget stort dagligt alkoholforbrug, samt at ca. 50 % desuden opfylder kriterier for dyssocial personlighedsforstyrrelse. ADHD skal behandles medicinsk, idet patienterne kun i ringe grad er i stand til at tilegne sig information og ændre adfærd uden primær medicinsk behandling. Det er en væsentlig opgave at sikre parallel behandling af patientens alkoholafhængighed samt at tilføje målrettet psykosocial behandling, da patienter med ADHD har behov for hjælp til at organisere og strukturere de daglige rutiner og pligter.

Unge med angstlidelser udvikler alkoholproblemer 3-4 gange hyppigere end unge uden angstlidelser. Især socialfobi og generaliseret angst, men også panikangst kan medføre alkoholproblem. Man regner med, at op mod 35 % af de alkoholafhængige har en eller flere angstlidelser, ofte i kombination med personlighedsforstyrrelse og depression eller kronisk forsænket stemningsleje (dystymi). Der vil ofte være en glidende overgang mellem angstlidelser og egentlig personlighedsforstyrrelse, især dependent og ængstelig personlighedsforstyrrelse.

Blandt patienter i alkoholambulatorier finder man en stor overhyppighed af psykiske traumer. Det drejer sig bl.a. om seksuelle overgreb i barndommen, men også om vold, ulykker og emotionelle overgreb. Evidensbaseret behandling af PTSD-symptomer er overvejende psykoterapeutisk i form af struktureret terapi med eksponering og desen-

¹² Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health* 2002;26:81-9.

¹³ Johann M, Bobbe G, Laufkotter R, Lange K, Wodarz N. Attention-deficit hyperactivity disorder and alcohol dependence: a risk constellation. *Psychiatr Prax.* 2004 Nov;31 Suppl 1:S102-4.

sibilisering over for traumerne. Patienter med PTSD har en stor overhyppighed af selvmordsforsøg¹⁴ og comorbid depression.

I daglig tale kaldes den ikke-psykotiske del af dobbeltdiagnosepatienterne for ”dobbelt belastede” som udtryk for deres – trods alt – lettere problemgrad end den alvorligt sindslidende (psykotiske) del af dobbeltdiagnosegruppen.

Med personlighedsforstyrrelser forstås varige, dysfunktionelle træk ved personens tænkning, følelsesliv, adfærd og relationer til andre mennesker, som er medvirkende årsager til problemer i sociale eller arbejdsmæssige sammenhænge eller på anden måde funktionshæmning, subjektiv lidelse og mangelfuld livsudfoldelse. Visse typer af personlighedsforstyrrelser kan også opfattes som den egentlige årsag til udviklingen af alkoholafhængighed. Personlighedsforstyrrelserne har ofte været der før alkoholproblemet, de er til stede undervejs, og de forsvinder ikke, selvom personen kommer ud af alkoholproblemet¹⁵.

På baggrund af internationale undersøgelser fra perioden 1984 til 2004 skønnes det, at cirka en tredjedel af de alkoholafhængige uden for behandlingssystemet og op imod to tredjedele af de alkoholafhængige i behandling har en eller flere personlighedsforstyrrelser (med størst forekomst i døgnbehandling)¹⁶.

Ved langvarig alkoholproblematik – eller som følge af primære personlighedsforstyrrelser – vil en del alkoholpatienter udvikle betydelige problemer med angst, depression eller andre psykiatriske symptomer, som dels kan fastholde dem i at drikke og dels stå i vejen for behandling, medmindre særlige indsatser er til rådighed (herunder psykofarmakologisk behandling og døgnbehandling).

¹⁴ Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2005;162:360-566.

¹⁵ Verheul R. Axis I and Axis II Disorders in Alcoholics and Drug Addicts: Fact or Artifact? *Journal of Studies on Alcohol* 2000;61(1):101-10.

¹⁶ Vaglum P. Personality Disorders and the Course and Outcome of Substance Abuse: A Selective Review of the 1984 to 2004 Literature. I: Reich J, editor. *Personality Disorders. Current Research and Treatment*. New York: Routledge; 2004.

Hos alkoholafhængige forekommer visse former for personlighedsforstyrrelser langt hyppigere end andre, som det fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 1: Hyppighed af forskellige personlighedstyper blandt misbrugere¹⁷

Personligheds-gruppe	Hyppighed blandt afhængige	Personlighedstyper
Cluster B - de impulsive, overdrevent emotionelle typer	Meget hyppig	Især: antisocial og borderline Knap så hyppig: <i>narcissistisk</i> og <i>histrionisk</i>
Cluster C - de ængstelige, hæmmede typer	Relativt hyppig	Især: undvigende , dependent , passiv-aggressiv Knap så hyppig: <i>tvangspræget</i>
Cluster A - de emotionelt tilbagetrukne, sære, excentriske typer	Relativt hyppig	Især: paranoid Knap så hyppig: <i>skizoid</i> og <i>skizotypal</i>

Det har været fremført, at forekomsten af personlighedsforstyrrelser hos aktive eller nyligt tørlagte alkoholafhængige overvurderes eller forveksles med følgerne af afhængigheden og den kemiske (hjerne)påvirkning fra alkoholen, som må antages at aftage ved stabil ædruelighed. Ved hjælp af særlige undersøgelsesmetoder har man imidlertid påvist, at der gennemsnitligt kun sker en cirka 10 % overvurdering af personlighedssymptomer ved starten af et behandlingsforløb^{18, 19}.

¹⁷ Ball SA. Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: dual focus schema therapy. I: Magnavita JJ, editor. Handbook of Personality Disorders – Theory and Practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.

¹⁸ Verheul R. Axis I and Axis II Disorders in Alcoholics and Drug Addicts: Fact or Artifact? Journal of Studies on Alcohol 2000;61(1):101-10.

¹⁹ Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball SA, Tennen H, Poling J and Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. J Nerv Ment Dis. 1998;186:87-95.

Personlighedsforstyrrede patienter er vanskeligere at behandle med god effekt end patienter med normal personlighedsudvikling. Dette gælder ikke blot ved kombinationen af personlighedsforstyrrelse og alkoholproblemer, men også ved personlighedsforstyrrelse i kombination med fx depression, panikforstyrrelse eller OCD²⁰.

Alt i alt udgør den psykiatriske comorbiditet et omfattende problem, som let griber forstyrrende ind i alkoholbehandlingen. Det gælder for den trods alt begrænsede gruppe med svær dobbeltdiagnose, og for den ret omfattende gruppe med dobbeltbelastning.

Omvendt er det også erfaringen, at et ubehandlet alkoholproblem ofte udgør en hindring for effektiv behandling af en psykiatrisk problematik. Der er derfor brug for samarbejde mellem alkoholbehandlingen og hospitals- såvel som socialpsykiatrien, således at eksempelvis psykotiske og svært depressive patienter kan indlægges til behandling, selvom de lider af alkoholafhængighed. Samarbejdet mellem regionen og kommunerne herom vil kunne indgå som et element i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. I lyset af, at en stor del af de alkoholafhængige har lettere psykiske lidelser, er der behov for udvikling af modeller med henblik på at sikre adækvat behandling af denne gruppe.

4.1.2 Somatisk comorbiditet

Cirka 6.000 dødsfald, svarende til 10 % af alle dødsfald, er alkoholrelaterede.

Alkohol resulterer hvert år i 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 tabte leveår for kvinder. Hvis man drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser, dør man 4-5 år for tidligt. De, der dør på grund af en alkoholrelateret lidelse, dør mere end 20 år for tidligt²¹.

Cirka 20 % af de indlagte patienter på kirurgiske og medicinske afdelinger har en behandlingskrævende alkoholafhængighed²², og danskernes alkoholforbrug er årsag til 28.000 indlæggelser, 10.000 skade-

²⁰ Reich JH, Russell G & Vasile MD. Effect of personality disorder on the treatment outcome of axis. I: conditions: An update. J Nerv Ment Dis. 1993;181:475-484.

²¹ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.

²² Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard F, Gluud C. Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. Alcohol and Alcoholism 1994;29[5]:583-590.

stuebesøg og 72.000 ambulante besøg årligt, ligesom 150.000 ekstra kontakter hos de alment praktiserende læger beror på alkoholrelaterede problemer. Over 500 førtidspensioner er relateret til alkohol²³.

I en undersøgelse fra et dansk alkoholambulatorium havde mindst en tredjedel af patienterne en ikke alkoholrelateret medicinsk sygdom, og mindst en femtedel en alkoholrelateret følgetilstand²⁴.

En del af de nævnte sundhedsyndelser er relateret til alkoholproblemet i sig selv og de klassiske alkoholskader skrumpelever og betændelse i bugspytkirtlen, men en lang række andre medicinske lidelser er delvist forårsaget af alkohol eller forværres hos patienter med et alkoholproblem. Det gælder sygdomme som forhøjet blodtryk, mave-tarm-lidelser, hormonforstyrrelser, knogleskørhed, nervebetændelse, kræft (især kræft i øvre mave-tarmkanal, strubekræft og brystkræft) og en lang række andre lidelser²⁵. Ophør med alkoholindtagelse afhjælper nedsat immunforsvar, blødningstendens, problemer med hjertets pumpefunktion og metabolisk stress.

Ud over at en god alkoholbehandling for patienten mindsker lidelse, forhindrer yderligere udvikling af en række sygdomme og forhindrer død, vil behandlingen for samfundet på både kort og længere sigt medføre en reduktion i sundhedsudgifterne.

Vigtige elementer i forhold til comorbiditet:

- Screening
 - Alkoholrelaterede somatiske sygdomme
 - Andre somatiske sygdomme
 - Psykiatriske sygdomme inklusive personlighedsforstyrrelser
- Relevante planer for håndtering af comorbide sygdomme
- Aftaler med relevante samarbejdspartnere
- Personalets uddannelse og sammensætning
- Dokumentation

²³ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.

²⁴ Alkoholenheden, Hvidovre Hospital. Dokumentation af patientforløb i Alkoholenheden, Hvidovre Hospital. København: Alkoholenheden, Hvidovre Hospital; 2004.

²⁵ Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital. Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital; 2003.

5 Visitation til behandling

Visitation til behandling bør basere sig på systematisk kortlægning og screening og på vedtagne kriterier. Visitationen må desuden bero på videnbaserede kriterier.

Af *generel viden* kan fremhæves, at:

- De fleste alkoholafhængige har gavn af ambulans behandling, især hvis de afhængige har tilknytning til arbejdsmarkedet og har et ikke-drikkende netværk.
- Udsatte alkoholafhængige uden tilknytning til arbejdsmarkedet, uden netværk eller med et netværk af andre med alkoholproblemer har behov for en mere intensiv behandling med hyppig behandlingskontakt og eventuelt i perioder døgnbehandling. På længere sigt kan behandlingen for alkoholafhængighed formentlig med fordel kombineres med en beskæftigelsesindsats for denne gruppe.
- Alkoholafhængige med psykiatrisk comorbiditet bør behandles for den psykiske lidelse parallelt med behandlingen for afhængigheden.
- Inddragelse af pårørende er generelt hensigtsmæssigt.
- Samarbejde med relevante instanser øger sandsynligheden for en god effekt af behandlingen. Det gælder f.eks. samarbejde med sociale myndigheder, praktiserende læger, hospitalsafdelinger, psykiatriske afdelinger og Kriminalforsorgen.

***Lokale forhold* kan omfatte samarbejde med andre lokale tilbud.**

Medinddragelse af patienten i valg af behandlingsform vil bidrage til at sikre compliance i behandlingen (altså at patienten efterlever behandlingen). Fx vil det i praksis ikke give mening at visitere en patient til Minnesota-behandling, hvis patienten som udgangspunkt forestiller sig, at det er muligt at opnå et kontrolleret alkoholforbrug.

Vigtige elementer i visitation:

- Et solidt overblik over patientens samlede situation og problemstillinger, baseret på struktureret kortlægning
- Formulerede, nedskrevne visitationskriterier
- Det vil generelt være hensigtsmæssigt at inddrage pårørende – partner og børn – af hensyn til både patienten selv og de pårørende

5.1 Opsøgende og udadgående funktioner

Udover at etablere fagligt velfunderede alkoholbehandlingstilbud, har kommunen også en opgave i forhold til at sikre en organisering, hvor der skabes mulighed for at få flere personer med alkoholproblemer i behandling på et tidligere tidspunkt: Det vurderes, at kun 5%-10% af de alkoholafhængige i Danmark er i kontakt med alkoholbehandlingssystemet i løbet af et år og at der i gennemsnit går cirka 12 år, fra en person først oplever problemer med alkohol, til han eller hun vælger at gå i behandling (Sørensen, 2004).

I de år hvor alkoholproblemet er uidentificeret og ubehandlet, bruger kommunen ofte adskillige økonomiske ressourcer på kompenserende indsatser overfor borgeren og dennes familie, f.eks. sygedagpenge, understøttelse, familiebehandling, indlæggelser, pædagogisk-psykologisk rådgivning, fjernelse af børn. Indsatser som ofte er uden langsigtet positiv effekt, fordi der ikke forud eller samtidig arbejdes med ændring af alkoholproblemet.

For at størsteparten af borgere med alkoholproblemer kan få adækvat hjælp så tidligt som muligt, er det altafgørende, at frontpersonale på socialcentrene, beskæftigelsesforvaltningen, sygehusene, praktiserende læger, arbejdspladserne, skoler, institutioner etc. er i stand til at identificere alkoholproblemer, motivere for ændring af alkoholvaner og henvise til alkoholbehandlingen.

Alkoholbehandlingen er den institution i kommunen, der har den faglige specialviden om alkohol. For at sikre uddannelse af frontpersonale vil alkoholbehandlingen kunne have en opsøgende og udadgående funktion.

Nogle af de opgaver som alkoholbehandlingen kunne have i den opsøgende og udadgående funktion, kunne fx være:

- Undervisning og kurser for frontpersonale i forhold til identificering af alkoholproblemer, træning i motiverende samtaler og aftaler om henvisning til /samarbejde med alkoholbehandlingen.
- Undervisning og konsulentbistand til offentlige og private virksomheder i kommunen i forhold til håndtering af medarbejdere med alkoholproblemer, således at disse kan bibeholdes på arbejdsmarkedet.
- Konsulentbistand i forhold til enkeltsager, hvor der er behov for rådgivning eller yderligere udredning af alkoholproblematikken (på familie- eller beskæftigelsesområdet) inden sagsbehandler kan afgøre sagen.
- Mobilt team der tager ud og opstarter behandling/motivationsarbejde med sengeliggende patienter på sygehuset eller borgere i social- beskæftigelsesforvaltningen, der ikke umiddelbart kan motiveres til at komme på alkoholbehandlingen.
- Alkoholbehandleren er til stede på bestemte ugedage på sygehusafdelinger, institutioner eller centre med en høj andel af borgere med alkoholproblemer.

Det er vigtigt at have for øje, at disse opgaver i givet fald skal være en kontinuerlig del af alkoholbehandlingens ydelser, da den alkoholfaglige viden efter noget tid ofte bliver glemt i de institutioner, man har været i - både fordi der er mange andre arbejdsopgaver og ofte stor udskiftning i personalegruppen på de nævnte områder.

Det er ikke alle borgere med behov for alkoholbehandling, der er i kontakt med ovenstående systemer. For at nå bredere ud til den målgruppe, der ikke er i kontakt med det sociale system eller endnu ikke har været til egen læge eller været indlagt med alkoholrelaterede symptomer, er det væsentligt at den kommunale alkoholbehandling også synliggør sig fx gennem lokale medier. Dette kan gøres f.eks. gennem kontinuerlige annoncer og artikler i lokalaviser, foldere på offentlige steder som biblioteket, apoteket, læger, annoncer i telefonbøger, plakater på byens plakatsøjler, streamers på busser og taxier etc. Det er væsentligt, at annoncerne signalerer, at man kan kontakte alko-

holbehandlingen uforpligtigende, også hvis man kun overvejer at ændre sit forbrug. Således at annoncerne signalerer, at jo tidligere borgeren kontakter behandlingen, jo bedre.

6 Behandling

Alkoholbehandling indebærer en systematisk diagnostik af såvel psykiatriske og legemlige symptomer og følgetilstande og en systematisk, videnskabelig behandling, der retter sig mod alkoholproblemet, dvs. psykosocial behandling kombineret med farmakologisk behandling og fastlæggelse af behandlingsmål. Herudover må det være et krav til alkoholbehandling – som til al anden behandling – at indsatsen dokumenteres og evalueres.

Alkoholbehandling er en specialiseret, multidisciplinær indsats, som kræver betydelige personaleresourcer og en høj grad af uddannelse²⁶. Behandlingen skal være målrettet og tidsmæssigt afgrænset.

6.1 Farmakologisk behandling

Ændringer i hjernens signalstoffer kan forklare mange af de symptomer, der karakteriserer alkoholafhængige. I de senere år er der udviklet stoffer, som griber ind i disse neurofysiologiske processer. Det gælder fx acamprosat og naltrexon, som delvist korrigerer disse forandringer i hjernen. Dette reducerer patientens trang til alkohol, alkoholforbruget og antallet af tilbagefald, og derved øges sandsynligheden for længerevarende afholdenhed. På trods af en omfattende videnskabelig dokumentation anvendes disse stoffer i dag kun i begrænset omfang i Danmark.

Også antabus har en dokumenteret effekt, hvis det gives under kontrollerede omstændigheder – dvs. samtidig med at patienterne møder til kontrol. Udlevering af recept på antabus til selvadministration er derimod uden dokumenteret effekt.

Hertil kommer medicin til behandling af eventuelle somatiske og psykiatriske lidelser.

²⁶ Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006.

Uanset hvilken farmakologisk behandling der anvendes, skal det pågældende præparat gives samtidig med den psykosociale behandling²⁷

Vigtige elementer i administration af farmakologisk behandling:

- Nedskrevne retningslinjer (indikationer, dosering, varighed)
- Antabus
- Acamprosat
- Naltrexon
- Anden form for medicin, hvor det er indiceret
- Monitorering af effekt
- Medicinudlevering
- Patientinformation (virkning, bivirkninger, dosering osv.)
- Tilstrækkeligt og veluddannet sundhedsfagligt personale (sygeplejersker/læger)
- Dokumentation af al medicinering

6.2 Psykosocial behandling

Opgaverne i den psykosociale behandlingsindsats er at hjælpe patienten til at træffe beslutning om ændring i alkoholforbruget og understøtte realiseringen af den forandringsproces, der følger med beslutningen. Metoderne i psykosocial behandling er samtalebaserede, ofte suppleret med praktiske øvelser og hjemmeopgaver.

Der findes ikke én psykosocial alkoholbehandlingsmetode, der er alle andre metoder overlegen, men kognitiv behandling er den bedst beskrevne. Forskningen om evidensbaseret alkoholbehandling skaber hele tiden ny viden. Ledelsen bør derfor sikre, at behandlingsinstitutionen holder sig ajour med den nyeste viden om evidensbaseret alkoholbehandling.

²⁷ Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2004;18:293-335.

Behandlingen bør tage udgangspunkt i at arbejde specifikt med alkoholproblemet og ikke primært i at sætte ind over for formodede årsager til eller konsekvenser af alkoholproblemet. Endvidere er det dokumenteret, at hvis man giver motiverende behandling forud for anden behandling, øger man generelt compliancen og effekten af behandlingen.

6.2.1 Kontakt mellem patient og behandler

Et væsentligt udgangspunkt for en vellykket alkoholbehandling er etablering af en god kontakt mellem patienten og behandleren. Væsentlige elementer i denne kontakt er, at behandlingsorganisationen og den enkelte behandler er i stand til at skabe et indlevende og trygt miljø, at behandleren har troen på, at forandring er mulig for patienten, og at patienten har indflydelse på sin egen behandling og målsætningen med denne. Endvidere er det vigtigt, at behandleren og patienten løbende evaluerer behandlingsalliancen og har mulighed for at aftale et behandler skifte, hvis de vurderer, at en dårlig kontakt mellem behandler og patient står i vejen for, at patienten får udbytte af behandlingen.

6.2.2 Målrettet behandlingsarbejde

Det er væsentligt, at behandlingsarbejdet foregår målrettet, og at denne målrettedhed er synlig for både patient og behandler. Dette sikres ved, at behandleren sammen med patienten udarbejder en behandlingsplan, som omfatter realistiske og accepterede mål for de områder, som er relevante for patienten at arbejde med. Behandlerne bør uddannes og trænes i at udarbejde behandlingsplaner, som er tæt koblet til de udrednings- og behandlingsmetoder, der anvendes af organisationen.

En løbende evaluering af patientens tilstand er meget vigtig, fordi patientens kliniske status kan ændre sig med tiden. Også en løbende vurdering af patientens psykiatriske status er nødvendig for at sikre, at patienten får den rette behandling, og for at overvåge vedkommendes behandlingsrespons (fx for at fastsætte den optimale medicindosis og vurdere medicinens effekt).

Endvidere er det vigtigt, at organisationen har systemer, der kan sikre, at behandlingsplanerne anvendes som aktive redskaber i behandlingsforløbene (fx behandlingskonferencer, løbende sagsgennemgang og stikprøver).

6.2.3 Familiebehandling

Uanset hvilken alkoholbehandlingsmetode man anvender, har det en positiv effekt at inddrage familien og netværket i behandlingen. Det er dokumenteret, at familiebehandling øger den alkoholafhængiges motivation for at gå i behandling, og at den mere effektivt fastholder vedkommende i behandling og betyder bedre effekt af behandlingen. Samtidig støtter man den afhængiges partner og børn, der ofte ved behandlingens start er lige så belastede som den afhængige selv.

Med familiebehandling er det muligt at give den alkoholafhængige en optimal behandling, samtidig med at man giver de pårørende en forebyggende støtte. Partner og børn vil generelt efter kortvarig familiebehandling opnå en mærkbar forbedring. Det vil således være hensigtsmæssigt at give et støttetilbud til både partner og børn, også selvom den afhængige ikke ønsker at gå i behandling. De pårørende har brug for en forebyggende støtte fra professionelle, og en sådan indsats kan også medvirke til at motivere til at gå i behandling.

6.2.4 Organiseringen af behandlingen

I organiseringen af behandlingen er det hensigtsmæssigt, at organisationen har en tilstrækkelig størrelse til at kunne tilbyde faglige kompetencer inden for forskellige behandlingsmetoder (f.eks. kognitiv afhængighedsbehandling og systemisk familierapi) og forskellige ydelser (gruppebehandling og individuel behandling og både intensiv og ambulant behandling). Organisationen bør også tilbyde en udslusningsfase med fokus på forebyggelse af tilbagefald.

6.2.5 Behandlerkompetencer

Der findes ikke i Danmark en generel grunduddannelse inden for alkoholbehandling. Psykosociale behandlere, der ansættes i alkoholbehandling, har ofte grunduddannelser med pædagogisk, sundhedsfagligt, socialt eller psykologisk fokus. Sådanne grunduddannelser er hensigtsmæssige som fundament for at kunne varetage psykosocial alkoholbehandling.

De pædagogiske, socialfaglige og psykologiske grunduddannelser giver dog ikke nyansatte behandlere tilstrækkelig alkoholfaglig viden til at kunne udføre kvalificeret alkoholbehandling. Det er derfor vigtigt, at organisationen sikrer uddannelses tilbud til nyansatte behandlere, som specifikt fokuserer på at opkvalificere behandlerne til at varetage alkoholbehandling gennem alkoholfaglig videnformidling, side-mandsoplæring, øvelser, efteruddannelse, supervision osv.

For at støtte udviklingen af kvalitet i alkoholbehandlingen har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de tre store behandlingsorganisationer i Århus, Odense og København udviklet et grundkursus for alkoholbehandlere, der mangler en sådan grunduddannelse.

Skal man opretholde et højt fagligt niveau, er det endvidere væsentligt, at organisationen sikrer, at behandlerne kan få diplomgivende efteruddannelse inden for den eller de behandlingsmetoder, som organisationen har valgt at bruge. På den måde sikrer organisationen, at behandlerne rent faktisk mestrer de behandlingsmetoder, som organisationen anvender.

Endvidere er det væsentligt, at behandlerne løbende får metodespecifik supervision i forhold til deres behandlingsarbejde – bl.a. for at sikre, at behandlingsarbejdet fortsat udvikler sig inden for de metode-mæssige rammer, som institutionen har valgt.

Vigtige elementer i psykosocial alkoholbehandling:

- Valg af en eller flere evidensbaserede behandlingsmetoder
- Specifikt behandlingsmæssigt fokus på alkoholproblemet
- Inddragelse af familie og netværk i behandlingen
- Motiverende samtaler forud for psykosocial alkoholbehandling
- Fokus på behandlingskontakten: indlevelse, forventning og indflydelse
- Målrettede behandlingsplaner
- Relativt stor organisatorisk volumen, der rummer faglige kompetencer inden for forskellige ydelser og behandlingsmetoder
- Behandlerne med psykosociale grunduddannelser med mulighed for specifik alkoholfaglig og metodemæssig efteruddannelse og supervision
- Afgrænsning af den alkoholfaglige behandlingsopgave og tæt koordinering af samarbejde med andre instanser

7 Samspillet mellem døgnbehandling, dagbehandling og ambulante behandling

En forudsætning for at opnå optimal effektivitet og ressourceudnyttelse i alkoholbehandlingen er, at døgnbehandling, dagbehandling og ambulante behandling anvendes hensigtsmæssigt som supplerende tilbud.

Gennem de seneste 20 år er det offentlige samlede forbrug af døgnpladser halveret, og samtidig er den ambulante behandling opgraderet og gjort til hovedstrategi – flere steder suppleret med dagbehandling. Døgnbehandling er imidlertid et nødvendigt led, hvis der samlet set skal kunne ydes effektiv behandling til særligt vanskeligt stillede patienter, som ofte skal have ”starthjælp” i døgnregi for at komme i gang med en mere langsigtet ambulante behandling (herunder også dagbehandling).

Døgnbehandling bør indgå som en specialfunktion under det samlede alkoholbehandlingssystem, der anvendes, når det ambulante system har brug for særlige opgaveløsninger. Særlige behandlingsopgaver varetages af døgninstitutionen, mens ambulante behandling tager sig af hovedstrømmen af patienter.

De særligt vanskeligt stillede alkoholafhængige er kendetegnede ved kombinationer af følgende karakteristika:

- Svær og/eller langvarig alkoholafhængighed
- Dobbeltbelastning eller dobbeltdiagnose (personlighedsforstyrrelse, symptomidelser eller sindslidelser af alvorligere karakter)
- Sociale problemer (arbejds- og boligmæssigt)
- Manglende social stabilitet
- Ressourcetsvagt socialt netværk
- Børnefamilier, hvor den ene eller begge forældre har svært ved at komme i behandling (typisk på grund af dobbeltbelastning), eller hvor det ved ambulante behandling er vanskeligt at bedømme forældreevnen og børnenes funktion og trivsel.

Da en betydelig del af de særligt vanskeligt stillede alkoholafhængige hører til i kategorien dobbeltbelastede patienter, er det væsentligt, at døgninstitutioner på alkoholområdet råder over de særlige behandlingsmiljøer og behandlingsmetoder, der kan håndtere dobbeltbelastningen. Institutionerne skal have rammer, personale og kompetence til, at patienternes forstyrrelser i en vis udstrækning kan udspille sig og rummes i behandlingsforløbet²⁸.

Blandt alkoholafhængige forældre med ansvar for hjemmeboende børn, hvor den ene eller begge forældre har svært ved at overvinde barriererne for at skulle tage imod behandling, eller hvor det er vanskeligt at bedømme forældreviden og børnenes funktion og trivsel under ambulant behandling, kan døgnbehandling være en helt nødvendig start på at få en udrednings- og behandlingsproces i gang. Dette stiller yderligere krav til døgnkompetencen, idet der her vil være tale om at indlægge enten hele familien eller en forælder og dennes hjemmeboende børn.

Varigheden af døgnforløb vil typisk være 8-12 uger, men i visse tilfælde længere (op til 4-6 måneder) eller kortere (2-5 uger) – afhængig af, hvilken opgave døgnforløbet er sat til at varetage fra den ambulante opdragsgiver.

Vigtige elementer i samspillet mellem døgnbehandling, dagbehandling og ambulant behandling:

- Døgnbehandling til svært belastede alkoholafhængige
- Systematisk visitation
- Samarbejde mellem ambulante og døgnbaserede behandlingssystemer
- Høj faglig kompetence
- Videnbaserede metoder
- Dokumentation

²⁸ Belnap B, Iscan C & Plakun EM. Residential Treatment of Personality Disorders: The Containing Function. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.

8 Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

God alkoholbehandling handler ikke blot om at vælge de rigtige behandlingsstrategier eller skabe en god kontakt til patienten. En forudsætning for kvalitet i alkoholbehandlingen er endvidere systematisk udredning af patienterne, systematisk opfølgning og systematisk dokumentation af ydelserne i en journal. Nødvendigt er også en systematisk tilgang til efteruddannelse, supervision og organisation i det hele taget, således at der løbende er fokus på kvaliteten af behandlingen.

En evidensbaseret praksis indebærer altså, at man har en professionel tilgang til at dokumentere sit arbejde, så man har mulighed for at få overblik over, både hvad man har gjort, og hvordan dette har medvirket til at sikre effekten af behandlingen. Desuden skal man systematisk sikre, at tilgængelig ny viden på feltet inddrages og udnyttes, hvor det er relevant, dvs. at man løbende udvikler kvaliteten af behandlingen. I det følgende knyttes kort nogle kommentarer til systematisk kvalitetsudvikling, som lægger sig op ad Den Danske Kvalitetsmodel²⁹.

Patientforløbsbeskrivelser

Kvalitetsudvikling tager oftest afsæt i patientforløbsbeskrivelser, dvs. en grafisk beskrivelse af de forskellige trin i interventionen og deres rækkefølge og af papirgangen i behandlingsforløbet. Som led i den systematiske tilgang er næste trin at beskrive de væsentlige aktiviteter i patientforløbet i såkaldte standarder.

Standarder

Standarder betegner de mål for kvalitet, der skal defineres i institutionen. Standarder beskrives kvantitativt, da en standard er det mål for kvalitet på et konkret område, som man ønsker at arbejde på at nå eller fastholde.

Arbejdet med standarder kræver, at man systematisk beskriver, hvordan man vil opfylde en given standard, dvs. udarbejder lokale retningslinjer. Til dette formål anvendes ofte elementerne struktur, proces og resultat. Struktur beskriver rammerne for indsatsen, dvs. hvem

²⁹ Se: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (www.kvalitetsinstitut.dk).

der skal gennemføre den, og hvornår, hvor og hvordan det skal foregå. Proces beskriver i detaljer de aktiviteter, der skal udføres. Resultat beskriver, hvad man vil opnå med indsatsen.

Indikatorer

For at kunne vurdere, om standarderne opfyldes, vælges nogle relevante indikatorer, som man kan anvende til at overvåge kvaliteten på et givet område.

Kvalitetsmålinger

Måling af kvaliteten ved hjælp af indikatorer kan ske ved, at den enkelte behandler indsamler oplysninger om patientens tilstand og interventionerne igennem behandlingsforløbet, typisk via kortlægningsinterview og efterfølgende statusmålinger samt via systematisk dokumentation af behandlingsforløbet i journalen. Det vil altid være en fordel, hvis de valgte målinger også kan anvendes i den daglige praksis, f.eks. til at give den enkelte patient feedback på vedkommendes fremgang i behandlingen. Det er vigtigt at begrænse mængden af data, så der er et rimeligt forhold mellem den tid, man bruger på at indsamle data, og den tid, der går til selve behandlingen. Det er også vigtigt, at kvalitetsmålingerne er handlingsrelaterede. Man bør derfor kun foretage målinger på områder, som institutionen har indflydelse på.

Kvalitetscirkler

Et væsentligt element i etableringen af en evidensbaseret praksis på institutionen er inddragelse af medarbejderne. Dette kan fx ske ved at etablere kvalitetscirkler. Det er mindre grupper af medarbejdere og ledelsesrepræsentanter, der frivilligt og med udgangspunkt i en kritisk gennemgang af egen praksis arbejder systematisk med løsning af kvalitetsproblemer og fremkommer med konkrete forslag til forbedringer – i denne sammenhæng i forhold til standarderne. Det kan også ske ved at lade kvalitetsudviklingen foregå gennem mikrosystemerne. Et klinisk mikrosystem er den lille gruppe medarbejdere på tværs af faggrænser, som konkret samarbejder om og med patienten. IT-systemer, mål og resultater betragtes som dele af mikrosystemet, og mikro-

systemet kan betragtes som behandlingsstedets mindste værdiskabende enhed³⁰.

Audit

Når man har udviklet lokale retningslinjer og påbegyndt indikatormålingerne, er det vigtigt, at man etablerer et forum, hvor man løbende kan vurdere kvaliteten af behandlingen. Dette forum kaldes ofte audit. Audit kan bestå af repræsentanter fra medarbejdere og ledelse, der i denne forbindelse mødes regelmæssigt for at vurdere og diskutere kvaliteten af behandlingen ud fra kvantitative og kvalitative data. I en kvantitativ audit sker vurderingen ved gennemgang af udvalgte målinger (indikatorer), mens en kvalitativ audit kan foretages ved, at man gennemgår tilfældigt udvalgte patientforløb (fx stikprøver af journaler). En meget væsentlig opgave for auditgruppen er at sikre feedback til det øvrige personale og foreslå kvalitetsforbedrende tiltag eller ændring af praksis, når der er behov for det.

Vigtige elementer i kvalitetsudvikling:

- **Lederskab:** Ledelsen skal opstille tydelige mål for indsatsen, motivere og involvere medarbejderne samt stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed.
- **Handlinger baseret på data:** Der skal indsamles aktuelle data, der beskriver de aktiviteter, som patienterne tilbydes, og patienternes tilfredshed med og udbytte af dem.
- **Systematik:** Der skal anvendes metoder og strategier, der indebærer løbende analyser af kvalitetsproblemer og iværksættelse af forbedringer ved kvalitetsbrist (læring fra daglig praksis).
- **Medinddragelse:** Alle medarbejdere skal involveres, så der skabes et "lokalt ejerskab" til processen.

³⁰ Se: Introduktion til Kliniske Mikrosystemer, DSI og Danske Regioner og Center for Kvalitet, 2008, www.centerforkvalitet.dk