

FEBRUAR 2015
SUNDHEDSSTYRELSEN

KVALITET I ALKOHOLBEHANDLINGEN V. BLANDT ANDET FAMILIEORIENTERET BEHANDLING

EVALUERING

FEBRUAR 2015
SUNDHEDSSTYRELSEN

KVALITET I ALKOHOLBEHANDLINGEN V. BLANDT ANDET FAMILIEORIENTERET BEHANDLING

EVALUERING

PROJEKTNR. A019194
DOKUMENTNR. 1
VERSION 2
UDGIVELSESDATO 22.12.2014
UDARBEJDET KBJO, MBPX
KONTROLLERET ANPF
GODKENDT KBJO

INDHOLD

1	Indledning	9
1.1	Projekterne	10
1.2	Formål med evalueringen	11
1.3	Metode	11
1.4	Rapportens opbygning	13
2	Opsamling og anbefalinger	14
2.1	Størstedelen af milepælene er opfyldt	14
2.2	Familieorienteret alkoholbehandling	15
2.3	Dobbeltfokuseret alkoholbehandling	16
2.4	Kvalitetsprocedurer	18
2.5	Samarbejde internt i kommunerne er øget	19
2.6	Organisation	21
2.7	Formålet er opnået	23
3	Alkoholbehandlingen i Odense	24
3.1	Ledelse og personale	24
3.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	25
3.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	26
3.4	Budget	27
4	Misbrugscenter Slagelse	29
4.1	Ledelse og personale	29
4.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	29
4.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	30
4.4	Budget	31
5	Alkoholbehandlingen i Holstebro	33
5.1	Ledelse og personale	33
5.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	33

5.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	35
5.4	Budget	35
6	Misbrugscenter Aabenraa	37
6.1	Ledelse og personale	37
6.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	37
6.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	38
6.4	Budget	39
6.5	Rating af kvalitet ift. ledelse, organisation og personalesammensætning	40
7	Misbrugscenter Herning	41
7.1	Ledelse og personale	41
7.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	42
7.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	43
7.4	Budget	43
8	Glostrup Lænken	45
8.1	Ledelse og personale	45
8.2	Rådgivnings- og behandlingsforløb	45
8.3	Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere	46
8.4	Budget	47
9	Tværgående evaluering	49
9.1	Fremdrift	49
9.2	Organisering	51
9.3	Samarbejde og tidlig opsporing	58
9.4	Behandlings- og rådgivningsforløb	71

BILAG

Bilag A	Ringgårdens rating 2011
Bilag B	Ringgårdens rating 2014
Bilag C	Rating af organisatorisk kvalitet 2011 og 2014
Bilag D	Oversigt over personale på institutionerne
Bilag E	Data indsamlet på de seks alkoholbehandlingsinstitutioner
Bilag F	Arbejdsgangsbeskrivelse for samarbejdet mellem Glostrup Lænke-ambulatorium og Glostrup, Hvidovre, Brøndby, Ishøj, Vallensbæk og Rødovre Kommune
Bilag G	Standardbrev til egen læge ved indskrivning
Bilag H	Standardbrev til egen læge ved udskrivning
Bilag I	Samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet
Bilag J	Lokal procedure for udmøntning af den regionale samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet
Bilag K	Bidrag til sundhedsaftaler på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer
Bilag L	Samarbejdsaftale mellem Jobcentret og Alkoholenheden i Slagelse Kommune, når borgeren har alkoholproblemer
Bilag M	Handleguide for daglig kontakt til AKUT 2
Bilag N	Handleguide for samarbejdsrutine med PAM
Bilag O	Samarbejdsaftale mellem Familieafdelingerne, kommunale dagbehandlingstilbud i Holstebro, Struer og Lemvig
Bilag P	Kommuner og Alkoholbehandlingen Milepælsplaner og deres opfyldelse

Ordforklaring

AA – Anonyme Alkoholikere

ASI – Alcohol Severity Index

BAI – Becks Anxiety Index

BDI – Becks Depression Index

BIFA – Sundhedsstyrelsens tidligere projekt om Børn I Familier med Alkoholproblemer

KFUM – Kristlig Forening for Unge Mænd

KIA – Kvalitet i Alkoholbehandlingen

MCMI – Millon Clinical Multiaxial Inventory

N/A – Not available

NAB – Nationalt Alkoholbehandlingsregister

SKP – Støtte-kontaktperson

TUBA – Terapi og rådgivning for Unge som er Børn af Alkoholmisbrugere

VBM- Voksne børn af misbrugere

YSQ – Young Schema Questionnaire

1 Indledning

I 2004 viste en undersøgelse¹ at kvaliteten i alkoholbehandling i Danmark var meget varierende, og at en stor del af indsatsen ikke foregik på ensartet grundlag. Sundhedsstyrelsen har derfor løbende udviklet retningslinjer og værktøjer for udvikling af kvalitet i alkoholbehandlingen, og i 2006 oprettedes NAB, det Nationale Alkoholbehandlingsregister der skulle gøre det muligt at monitorere alkoholbehandlingen. Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne ansvaret for alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens §141. For at støtte kommunerne i deres nye opgave udgav Sundhedsstyrelsen rådgivningsmaterialet 'Kvalitet i alkoholbehandlingen' i 2008 og i 2011 udkom 'Retningslinjer for kommunal godkendelse af alkoholbehandlingssteder. Samtidig blev der større grad af evidens for den kognitive, familieorienteret alkoholbehandling, ligesom der kom et større fokus på den dobbeltfokuserede alkoholbehandling – blandt andet i forbindelse med projektet SODA, initieret af Sundhedsstyrelsen.

På denne baggrund er projekt *Kvalitet i alkoholbehandlingen ved bl.a. familieorienteret alkoholbehandling* iværksat. Der deltager i alt seks alkoholbehandlingsinstitutioner fra henholdsvis Odense, Aabenraa, Herning, Holstebro og Slagelse Kommuner samt alkoholbehandlingsinstitutionen Glostrup Lænk.

Formålet med satspuljeprojektet er at kommunerne i projektperioden skal:

...arbejde for at blive eksemplariske modelinstitutioner for kvalificeret alkoholbehandling, herunder skal de afprøve og integrere en af to metoder for systematisk familieorienteret alkoholbehandling: flerfamiliebehandling eller integreret systemisk familierapi.

...sikre et systematisk samspil med og en koordination og kvalificering af kommunens professionelle, som har kontakt med mennesker med alkoholproblemer og deres familier.

Kvalitetsudviklingsprojektet skal bidrage til varige forandringer i alkoholbehand-

¹ Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering. 2006.

lingsinstitutionens metoder og organisation.

Sundhedsstyrelsen har stillet en række støttetiltag til rådighed i løbet af projektet, der skal sikre, at institutionerne opnår formålet.

- › Sparring til institutionens leder v. Ringgården.
- › Konsulentbistand til vurdering af og opfølgning på MCMI-screening v. psykolog fra Ringgården.
- › Løbende feedback på milepæle/kvalitetsudviklingsplan v. Sundhedsstyrelsen.
- › Tilbud om 18 dages kursusforløb om familieorienteret alkoholbehandling.
- › Tilbud om kursusforløb om dobbeltfokuseret alkoholbehandling v. Ringgården.
- › Tre netværksmøder arrangeret af Sundhedsstyrelsen.

1.1 Projekterne

Fem kommunale og en privat institution

Der indgår som tidligere nævnt seks alkoholbehandlingsinstitutioner i satspuljeprojektet. De fem af institutionerne er kommunale (Odense, Slagelse, Holstebro, Aabenraa og Herning). Én alkoholbehandlingsinstitution skiller sig ud ved at være privat (Glostrup). Glostrup Lænkens er en privat institution som leverer alkoholbehandling til en række kommuner på Vestegnen som indtægtsdækket virksomhed. Glostrup Lænkens er - sammen med 13 andre Lænke-ambulatorier - ejet af Fonden Lænkeambulatorierne. I Glostrup Lænkens gennemføres kvalitetsudviklingsprojektet i samarbejde Glostrup Kommune og fem nabokommuner (Hvidovre, Brøndby, Ishøj, Vallensbæk og Rødovre).

Over projektperioden er alkoholbehandlingsinstitutionernes organisatoriske profil blevet mere homogen. Alle institutioner er nu organiseret sammen med stofmisbrugsbehandlingen. I løbet af projektets levetid er Alkoholbehandlingen i Holstebro og Misbrugscenter Herning organisatorisk – og for Misbrugscenter Hernings vedkommende også fysisk - lagt sammen med stofmisbrugsbehandlingen.

Individuel milepælsplan over kvalitetsudviklingen

Som pejlemærke for projektet har projekterne udviklet hver deres oversigt over milepæle, målsætninger og indikatorer. Institutionerne har haft forskellige udgangspunkter og derfor også forskellige udviklingsområder. F.eks. har Alkoholbehandlingen i Odense i en lang årrække arbejdet med skriftlige guidelines og instrukser, mens dette for andre institutioner har været forankret i praksis uden at være nedskrevet. For at skærpe opmærksomheden på de enkelte institutioners udviklingsområder har to konsulenter fra Ringgården gennemgået en række kvalitetsområder sammen med institutionerne ved opstarten af projektet. Gennemgangen er præsenteret i rapporten 'Kvalitet i Alkoholbehandlingen'².

² Røjskjær S, Nielsen P, Josiasen T; Kvalitet i Alkoholbehandlingen 2011 – 2. revideret udgave. Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling, Ringgården.

1.2 Formål med evalueringen

Evalueringen skal gennem en baseline- og slutevaluering følge og vurdere satspuljeprojektet. De seks projekter skal dels evalueres selvstændigt og dels på tværs med henblik på at opfange tværgående problemstillinger og erfaringer, der kan bidrage til en sammenlignende og bredere funderet viden om de anvendte metoder i forbindelse med kvalitetsudviklingen af alkoholbehandling.

Overordnet formål

Det overordnede formål med evalueringen er følgende:

- › Få dokumenteret i hvilket omfang, de deltagende alkoholbehandlingsinstitutioner har opnået målene i de enkelte institutioners kvalitetsudviklingsplaner
- › Opnå viden om metoder og processer, der har medvirket positivt/konstruktivt til opnåelse af resultaterne samt viden om barrierer af væsentlig karakter
- › Opnå viden og erfaring om implementering af de to former for familierapeutisk alkoholbehandling
- › Evalueringen skal danne grundlag for formidling og erfaring og evt. anbefalinger til landets kommuner.

Herunder skal evalueringen besvare en række spørgsmål:

- › Har 75% af familier med børn under 18 år i 4. projektår modtaget familieorienteret alkoholbehandling på grundlag af én af de to udmeldte modeller?
- › Har alkoholbehandlingsinstitutionerne opnået de mål for kompetenceudvikling som opstillet i deres lokale kvalitetsudviklingsplaner?
- › Har alkoholbehandlingsinstitutionerne øget kapaciteten (antal behandlede) ved tidlig og systematisk opsporing og ved inddragelse af familien i behandlingen?
- › Har kommunen driftsforankret indsatsen med de eventuelle tilpasninger, som evalueringen giver anledning til?

1.3 Metode

Evalueringens metode har været bygget op omkring en baselinemåling og en follow-up. Dataindsamlingerne ved begge målinger har været både kvantitativ og kvalitativ.

Kvantitative data

Projekterne har løbende foretaget den lovpligtige indrapportering af data til NAB omhandlende behandlingsforløbene. Tallene er løbende trukket hos SSI, der administrerer registeret.

Hvor det grundet de eksisterende indrapporteringsparametre i NAB ikke var muligt at indrapportere data, har projekterne sendt data i word-format til COWI. Dette gælder opgørelsen af familieorienterede behandlingsforløb. I NAB registreres samtalebehandling med familie/netværk, hvor den drikkende deltager³. Opgørelsen fra alkoholbehandlingsinstitutionerne omfatter således behandlingsforløb (samtale) for *familier med børn under 18 år*, både hvor den drikkende deltager, og hvor den drikkende *ikke* deltager.

Kvalitative data

Til brug for evalueringen er der indsamlet følgende data:

- › Status på opsatte milepæle i kvalitetsudviklingen, jf. sidste kvalitetsudviklingsplan. Alle institutioner har i forbindelse med projektet opsat en række målsætninger, der er konkretiseret i indikatorer og milepæle. Indsamlet ved follow-up.
- › Institutionernes rating af kvaliteten for behandling. Ringgården har udarbejdet en rapport om kvaliteten af institutionernes behandling i 2012⁴. Ved follow-up har projekterne udfyldt den rating, der vurderes at være gældende ved projektets afslutning. Se bilag A og B.
- › Institutionernes rating af den organisatoriske kvalitet. Ved baseline udfyldte institutionerne en rating, der fulgtes op ved follow-up. Se bilag C.
- › Institutionens besvarelse af COWIs evalueringsskabelon. COWI har til hver alkoholbehandlingsinstitution udsendt en evalueringsskabelon med spørgsmål inden for tre temaer: 1) organisation, ledelse, samarbejdsaftaler og økonomi, 2) rådgivnings- og behandlingsforløb og 3) personalets uddannelse og anciennitet. Evalueringsskabelonen blev udfyldt ved baseline og follow-up.

Besøgsrunde

I marts 2012 og i september-oktober 2014 har evaluator aflagt besøg hos alle seks alkoholbehandlingsinstitutioner. Fra alkoholbehandlingsinstitutionernes side deltog projektleder, relevante medarbejdere samt institutionens leder⁵. Dagsordenen for besøgene hos alkoholinstitutionerne var en gennemgang af de indsamlede data som nævnt ovenfor samt faktorer af betydning for projektets gennemførelse.

Metodeovervejelser

I forbindelse med den tværgående opsamling har vi søgt at forholde os loyalt til institutionernes egne besvarelser af evalueringsskabelonerne, ratingerne og de kvantitative opgørelser. Institutionerne har haft mulighed for at rette evt. faktuelle fejl i rapporten. Disse supplerende oplysninger er efterfølgende indarbejdet i rapporten. Enkelte steder er institutionernes svar ikke direkte sammenlignelige, da de har benyttet forskellige opgørelsesmetoder. Sådanne forskelle kan både skyldes

³ Fællesindhold for registrering af alkoholmisbrugere i behandling. Sundhedsstyrelsen, 2010.

⁴ Røjskjær S, Nielsen P, Josaisen T; Kvalitet i Alkoholbehandlingen. En interviewundersøgelse af 6 kommunale ambulante alkoholbehandlingsenheder i forbindelse med Sundhedsstyrelsens projekt Kvalitet i alkoholbehandlingen ved bl.a. familieorienteret alkoholbehandling. 2012.

⁵ Fra Glostrup Lænkens deltog den ansvarlige distriktsleder.

manglende præcision i evalueringsskabelonen samt forskellige i opgørelsesmetoder, praksis mv. på de enkelte alkoholbehandlingsinstitutioner.

Det er en underliggende tanke for puljen, at en øget kvalitet i alkoholbehandlingen fører til en højere grad af afholdenhed blandt borgere i behandling. Der er imidlertid ikke inddraget vurdering af effekt i evalueringen, dvs. om borgerne i alkoholbehandlingsinstitutionerne i højere grad er blevet afholdende i perioden. Sådanne data registreres ikke i institutionerne, eller de registreres kun sporadisk. Vurderinger af, hvad der har virket fremmende for kvaliteten af behandlingen, er derfor i høj grad baseret på institutionernes egne udsagn.

1.4 Rapportens opbygning

To dele

Rapporten indledes med en opsamling og en række fremadrettede anbefalinger (markeret med orange).

Hovedrapporten består af to dele: Den første del af rapporten (kapitel 3-8) indeholder en individuel gennemgang af de seks alkoholbehandlingsinstitutioner, hvor de beskrives i detaljer. Anden del af rapporten omfatter en tværgående evaluering af projekterne, omfattende fremdrift, organisering, samarbejde, behandlings- og rådgivningsforløb.

Der henvises til Bilagsrapporten for en komplet oversigt over institutionernes rating af organisatorisk kvalitet og kvalitet i alkoholbehandlingen, institutionernes personalekompetencer, tværgående opsamling på diverse data indsamlet fra institutionerne, eksempler på samarbejdsaftaler med kommunale og regionale parter samt institutionernes milepæle.

2 Opsamling og anbefalinger

2.1 Størstedelen af milepælene er opfyldt

Alkoholbehandlingsinstitutionerne er startet fra forskellige udgangspunkter. Hver projektinstitution har opstillet en kvalitetsudviklingsplan med mål, succeskriterier og milepæle. Kvalitetsudviklingsplanen udspringer blandt andet af udviklingsområder, der er blevet identificeret i en indledende rating af kvaliteten. Milepælene er derfor individuelle og kan ikke sammenlignes på tværs.

Ved afslutningen af evalueringen står det klart, at alle institutioner stadig mangler at opfylde en række målsætninger, hvilket til dels skyldes at evalueringen er foretaget 3-4 måneder før projektets egentlige afslutning.

Der tegner sig endvidere et billede af fire centrale områder, der har været gennemgående i de seks alkoholbehandlingsinstitutioners udviklingsarbejde:

- › Familieorienteret alkoholbehandling. Her har projekterne samlet set nået flest af deres målsætninger.
- › Kvalitetssikringsprocedurer: Dette punkt omfatter udarbejdelse af manualer, guidelines og instrukser. Størstedelen af projekter har nået deres målsætninger på området.
- › Dobbeltfokuseret alkoholbehandling: Lidt over halvdelen af målene, der omhandler dobbeltfokuseret alkoholbehandling er nået. Færre mål, og projekterne har haft lidt sværere ved at få implementeret ny praksis systematisk.
- › Udarbejdelsen af samarbejdsaftaler internt i kommunen og på tværs af sektorer har været den del af milepælene, der har været sværest at opfylde. Under halvdelen af de mål, der samlet set er sat op her, er nået. Ved start var det kun halvdelen af projekterne, der havde formaliserede aftaler internt, ved afslutningen har alle – aftalerne har dog forskellig karakter. I forhold til det regionale niveau er der dog stadig et stykke vej at gå, og udviklingen i projektperioden har været begrænset.

Milepælene for kompetenceudvikling (der går på tværs af det ovenstående) er stort set opnåede.

I det følgende beskrives, hvad der har haft betydning for denne fremdrift, herunder de barrierer der har været. Desuden beskrives de opmærksomhedspunkter der er ift. at fastholde kvalitetsændringerne.

2.2 Familieorienteret alkoholbehandling

Samlet set er over 80 % af projekternes målsætninger på dette område nået. Ifølge projektinstitutionerne er der desuden sket en progression ift. ratingen på Ringgårdens kvalitetsmåling.

Endvidere har størstedelen af projektinstitutionerne nået/er nær succesparametret om, at 75 % af de alkoholsårbare børnefamilier i alkoholbehandlingerne kommer i familieorienteret behandling. Samlet set har 70 % af familier med børn under 18 år i 4. projektår modtaget familieorienteret alkoholbehandling i projektinstitutionerne. Det er i høj grad lykkedes for institutionerne at få den drikkende med i forløbet, som oftest helt fra start. Fremgangen på dette område kan både forklares ved historikken på området og projektets fokus på kompetenceudvikling og samarbejde.

2.2.1 Tidligere erfaringer på området har været værdifuldt for implementeringen/udviklingen af familieorienteret alkoholbehandling

På familieområdet beskrives det som en styrke, at størstedelen af projekterne tidligere har arbejdet på området, blandt andet i kraft af projekt Børn i familier med alkoholproblemer (BIFA), projekt alkoholforebyggelse i kommunen og kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol. Dette forudgående fokus på alkohol og børn i kommunen har til en vis grad banet vejen for nærværende projekt, i form af kompetencer, tværgående samarbejder og politikker. Endelig har projekt BIFA betydet, at der i nogle af kommunerne har været ansat børnesagkyndige, der blandt andet har sikret samarbejdet mellem familiebehandling og alkoholbehandling.

2.2.2 Projekterne har øget kompetencerne ift. familieorienteret alkoholbehandling

Alle alkoholbehandlingsinstitutionerne har før projektet haft mere eller mindre vidtgående erfaringer med familieorienteret alkoholbehandling, hvorfor Sundhedsstyrelsens tilbud om kompetenceudvikling særligt har gjort gavn blandt de nye medarbejdere. Det har været en særlig styrke, at medarbejderne har været på kursus sammen, for at sikre et fælles udgangspunkt for behandlingen.

2.2.3 Gode erfaringer med, at familieorienteret alkoholbehandling er en integreret del af behandlingen

De behandlingsinstitutioner, der er lykkedes bedst med rekruttering af alkoholsårbare familier, er institutioner, der i høj grad har integreret familieorienteret alkoholbehandling. Særlig to faktorer har haft betydning herfor.

I alkoholbehandlingsinstitutioner, hvor deltagelse i familieorienteret alkoholbehandling ikke præsenteres som et spørgsmål eller som et tilbud, men indgår som en helt naturlig del af behandlingen, hvis man har børn, tyder det på, at man har fået en større andel af de alkoholsårbare børnefamilier med i behandlingen.

Det er endvidere en erfaring, at der er flere deltagere i den familieorienterede alkoholbehandling i de alkoholbehandlingsinstitutioner, hvor alt personalet har været på kursus i familieorienteret alkoholbehandling. Således er alt personalet opmærksom på familievinklen i behandlingen, herunder inddragelsen af børn og partner.

Det er derfor COWIs vurdering, at disse to aspekter er centrale i alkoholbehandlingsinstitutionernes implementering af familieorienteret alkoholbehandling.

2.2.4 Nært samarbejde med familiebehandlingen

Et nært samarbejde med familiebehandlingen skærper opmærksomheden på hhv. sociale forhold/kontakt til socialforvaltningen i alkoholbehandlingen og på alkoholproblematikker i familiebehandlingen. Endvidere giver det mulighed for at flytte alkoholbehandlingen til den umiddelbart mindre stigmatiserende arena i familiehuse. Der er gode erfaringer med udveksling af medarbejdere. Konkret har der i flere projekter været en familiebehandler udlånt til alkoholbehandlingsinstitutionerne. I fem ud af de seks projektkommuner er der indgået aftaler på børneområdet, nogle på familiebehandlingsniveau, nogle på forvaltningsniveau, om tidlig opsporing af alkoholproblemer.

Ved afslutningen af projektet fremgår det, at alle projekterne har driftsforankret den familieorienterede alkoholbehandling i en vis form, nogle steder på bekostning af andre tilbud.

2.3 Dobbeltfokuseret alkoholbehandling

Lidt over halvdelen af projektenes mål for dobbeltfokuseret alkoholbehandling er nået. En af årsagerne til, at målopfyldelsen ikke er højere, er at det har været vanskeligt for projekterne at rekruttere og fastholde psykiatriske kompetencer. Derudover er der sparsom adgang til de psykiatere, der er ansat i den regionale behandlingspsykiatri. Flere tiltag i projektet har dog øget personalets kompetencer på området, ligesom der i højere grad er sikret adgang til psykiatriske bistand. I det følgende beskrives tiltagene.

2.3.1 Projekterne har øget kompetencerne ift. dobbeltfokuseret behandling

Satspuljeprojektet har været med til at give personalet på institutionerne et kompetencemæssigt løft inden for området omhandlende dobbeltfokuseret behandling. Der beskrives stor tilfredshed med og udbytte af kompetenceudviklingen hos Ringgården. Én institution har ladet hele personalet modtage en lidt kortere udgave af forløbet.

Som et led i projektet har alkoholbehandlingsinstitutionerne fået tilbud om opfølgende supervision. Denne supervision fremhæves særligt som frugtbar. Ved at følge undervisningen op med supervision, er udbyttet fra undervisningen, herunder brugen af screening, i højere grad blevet integreret i alkoholbehandlingernes praksis, end hvis undervisningen stod alene.

2.3.2 Øget brug af screeningsredskaber til afdækning af psykisk comorbiditet

Størstedelen af alkoholbehandlingsinstitutionerne har eller er desuden på vej til at implementere et screeningsredskab til opsporing af psykisk comorbiditet. Screeningsredskaberne varierer, og omfatter eksempelvis BAI, BDI, MCMI, YSQ, BRIEF-V, WAIS-IV eller MOCA.

Introduktionen af ovennævnte screeningsredskaber giver et bedre grundlag for dialog med behandlingspsykiatri og evt. praktiserende læge. Det sikrer endvidere øget grundlag for at vurdere comorbiditeten hos borgerne.

Det fremgår dog også, at der er meget stor variation i, hvilke redskaber, der benyttes i de enkelte alkoholbehandlingsinstitutioner, ligesom kriterierne for at tilbyde screeningen i høj grad er baseret på et subjektivt skøn. **Det er derfor COWIs vurdering, at det er relevant at kvalificere dels valget af redskab(er), dels vurderingen af, hvilke borgere, der skal screenes.**

2.3.3 Bedre tværsektorielt samarbejde og dialog

Projekterne beskriver endvidere et bedre samarbejde med psykiatriske afdelinger i løbet af projektperioden. Selvom der siden opstarten af projektet ikke er indgået flere formelle aftaler, beskrives samarbejdet øget. Samarbejdet foregår i regi af projekter og i tværsektorielle sparringsfora hvor relevante parter fra behandlingspsykiatri og kommunalt regi mødes til drøftelse af konkrete sager. Derudover er der udarbejdet samarbejdsdokumenter i mangel af en reel samarbejdsaftale. Det beskrives flere steder, at de øgede kompetencer, screeningerne og evt. medarbejdere med psykiatrisk erfaring har betydning for dialogen – at man i højere grad taler samme sprog. Ikke desto mindre har det været vanskeligt at komme igennem med formelle samarbejdsaftale på regionalt niveau. **Med henblik på at sikre en fortsat udvikling i denne retning er det centralt at sikre fortsat fokus på området, særligt på administrativt og politisk niveau. Herunder kan forpligtelse til konkrete samarbejdsaftaler i regi af de regionale sundhedsaftaler være en vej frem.**

I de alkoholbehandlingsinstitutioner, hvor man har ansat en psykiatrisk sygeplejerske, beskrives dette endvidere som et løft i kvaliteten af den dobbeltfokuserede behandling. Sygeplejersken har erfaring med det dobbeltbelastede borgere og indblik i det psykiatriske system. **Denne praksis kan med fordel følges.**

Som følge af kompetenceudviklingen, det øgede samarbejde, introduktion af screening og psykiatrifaglig bistand opleves det flere steder, at behovet for psykiatrbistand er mindre udtalt end ved opstarten af projektet.

2.4 Kvalitetsprocedurer

2.4.1 Arbejdsgange og procedurer er formaliserede

Projekterne har i vidt omfang bevirket at arbejdsgange og procedurer er formaliseret og dermed systematiserede. I en kvantitativ optælling af manualer, instrukser, guidelines mm. er antallet således steget markant på alle institutioner på nær Alkoholbehandlingen i Odense, der allerede havde formaliseret området. De fleste institutioner opfylder deres mål på dette område, og beskriver at det har været en vigtig og lærerig proces at skriftliggøre deres arbejdsgange. Samlet set er 75 % af målsætningerne på området nået.

COWI har ikke forholdt sig til indholdet, men kan konstatere at der er stor forskel i form og indhold. Nogle har mange detaljerede beskrivelser, nogle har færre, mere generelle beskrivelser. Det har været en hjælp for nogle af institutionerne at søge inspiration i tidligere udarbejdede guidelines. **Det anbefales derfor at udarbejde 'best practice' skabeloner/dispositioner fra centralt hold til brug for kvalitetsarbejdet.**

I forbindelse med etableringen af manualer og retningslinjer – og kvalitetsarbejdet generelt - har det været en vigtig proces for de fleste af projektinstitutionerne at gennemgå udviklingsområder i samarbejde med Ringgården, med henblik på at fokusere indsatsene og med henblik på at opsætte mål, succeskriterier og indikatorer herfor.

2.4.2 Overordnet er der endnu ikke systematik i auditering/revision af retningslinjer

Med henblik på forankring af kvalitetsprocedurerne er auditering/revisioner af retningslinjer centralt. For de fleste af projektinstitutionerne gælder det, at audit af behandlingsforløbene på nuværende tidspunkt ikke afholdes systematisk. Blot to af projektinstitutionerne foretager systematisk audit, begge steder både kvantitativt og kvalitativt og med deltagelse af lægefaglig kompetence. De fleste projektinstitutioner planlægger løbende revision af guidelines, men da disse for flere af institutionerne er udviklet i projektperioden, er proceduren endnu ikke implementeret.

Fremadrettet vil et relevant udviklingspunkt for flere af institutionerne være at formalisere auditering og revision af guidelines, herunder fastlægge metoder og sikre relevante behandlerkompetencer til deltagelse heri.

2.4.3 NAB kan danne grundlag for opfølgning på kvalitetsarbejdet

En forudsætning for kvalitet i alkoholbehandlingen er tilgang til valid data om behandling. Projektet har vist, at data fra NAB p.t. er vanskeligt anvendeligt i alkoholbehandlingsinstitutionernes hverdag, da definitionerne afviger fra de, der benyttes i praksis. Den allerede igangsatte revision af registeret vil derfor forhåbentlig sikre en bedre mulighed for løbende at sikre basal og homogen statistik af behandlingen med henblik på sammenligning og kvalitetsudvikling.

Det kan i den forbindelse anbefales at øge fokus på effektmåling og –registrering af alkoholbehandlingen, med henblik på at vurdere effekten af de forskellige behandlingsmetoder.

2.5 Samarbejde internt i kommunerne er øget

På områder, der typisk er i kontakt med alkoholsårbare børn eller deres forældre, er samarbejdsaftaler, der omhandler henvisning af børn mellem institutionerne centrale. Aftalerne skal blandt andet afgrænse målgruppen og ansvarsområderne og definere kontakten og udveksling af oplysninger for hhv. alkoholbehandlingsinstitutionen og de øvrige kommunale enheder.

Ved baseline havde tre af projektinstitutionerne interne kommunale aftaler om tidlig opsporing på børne- og ungeområdet. Nu har fem af institutionerne aftaler på området (Odense, Slagelse, Holstebro, Herning, Glostrup Lænkeambulatorium). Samlet set er projektinstitutionerne således lykkedes med at formalisere dette samarbejde. Det står dog stadig tilbage flere steder at sikre den fulde implementering af samarbejdet, ligesom det også står stadig tilbage at sikre et bredere samarbejde mellem flere kommunale enheder, eksempelvis beskæftigelses- og socialområdet.

Det er vanskeligt at påvise en umiddelbar sammenhæng mellem øget samarbejde og tidlig opsporing. Evalueringen viser dog tegn på sammenhæng mellem et intensivt samarbejde og øget henvisning til alkoholbehandlingen, f.eks. hvor den praktiserende læge er nært knyttet til alkoholbehandlingen og derfor i højere grad henviser til behandling. Der er derfor fremadrettet potentiale i at følge henvisningsmønstret til alkoholbehandling, med henblik på at vurdere samarbejdsindsatsen.

2.5.1 Organisatorisk understøttelse af samarbejdet

Ét af de tiltag, der beskrives at have haft positiv betydning for etableringen af de interne, kommunale aftaler, er etableringen af en tværfaglig styregruppe, som i Misbrugscenter Slagelse. Styregruppen har bestået af repræsentanter fra alle relevante kommunale enheder, på lederniveau. Det beskrives, at denne styregruppe har haft stor betydning for, at man er lykkedes med indgåelse af aftaler på tværs af forvaltningerne.

I projektinstitutionerne i Aabenraa og Hvidovre Kommune beskrives rusmiddelkonsulenterne at have fungeret som vigtige brobyggere i forhold til at koordinere og formidle aftaler om undervisning eller rådgivning i de forskellige forvaltninger og

afdelinger. I Glostrup Lænkens samarbejdskommuner er rusmiddelkonsulenterne udpeget som kontaktperson i dialogen mellem alkoholbehandlingen og eventuelle kommunale foranstaltninger.

Med henblik på implementering af kommunale alkoholindsatser kan der derfor med fordel etableres tværgående funktioner på forskellige niveauer.

For de projektinstitutioner, der arbejder sammen med andre (køber-)kommuner, er det lykkedes at indgå aftaler om tidlig opsporing; dette gælder i Alkoholbehandlingen i Odense, hvor der er indgået aftaler med familiehusene i Nordfyns og Kerteminde kommuner, i Glostrup Lænken, hvor der er arbejdsgangsbeskrivelser på udførerniveau samt i Alkoholbehandlingen i Holstebro, hvor der er indgået aftaler med hhv. familiehus og-afdelingerne i Struer og Lemvig kommuner. **Kommunegrænser synes derfor ikke i sig selv at være en barriere for samarbejde om tidlig opsporing.**

2.5.2 Samarbejde med regioner er i nogen grad øget

Det regionale samarbejde i projektet har omfattet samarbejde med familieambulatorier, med psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger og med praktiserende læger.

Størstedelen af projekterne har en eller anden form for samarbejde med psykiatriske og/eller somatiske sygehusafdelinger, i form af projekter, tværsektorielle teammøder, samarbejdskutymen eller deciderede samarbejdsaftaler. **Samarbejdet vurderes at være blevet bedre i løbet af projektperioden, men i forhold til at formalisere samarbejdet er der dog kun sket en beskedent fremgang.**

Alle institutioner har i et vist omfang samarbejde med familieambulatorier i den pågældende region, men kun to projektinstitutioner har formaliseret samarbejdet. Yderligere to institutioner beskriver, at aftaler er under udarbejdelse og snart vil være klar. Alkoholbehandlingen i Odense Kommune, der i forbindelse med et tidligere projekt har indgået samarbejdsaftalen med familieambulatoriet, har udarbejdet en beskrivelse af arbejdsgangene i forbindelse med håndteringen af gravide med et alkoholproblem; beskrivelsen kan med fordel benyttes til inspiration, se bilag J. Der er desuden indføjet et spørgsmål i indskrivningsblanketten til alkoholbehandlingen, om man venter barn. Spørgsmålet stilles til alle, uanset køn og alder, og har særlig relevans for samarbejdet med de regionale familieambulatorier, såfremt borgeren venter barn.

De praktiserende læger inddrages i varierende grad i alkoholbehandlingsinstitutionernes arbejde. I Alkoholbehandlingen i Holstebro er de praktiserende læger et integreret led i behandlingen, idet borgerne systematisk henvises til praksis i forbindelse med udredningen. Det fremgår her, at en højere andel af borgere end i de øvrige projektinstitutioner henvises fra almen praksis. Således peger dette henvisningsmønster på, **at et nært samarbejde med praktiserende læger øger praksis' opmærksomhed på alkoholbehandlingen og opsporing i denne arena.**

2.5.3 Generelle faktorer med betydning for samarbejdet

En formel samarbejdsaftale sikrer alene det organisatoriske ophæng for et samarbejde, og giver en vis garanti for ledelsesopbakning og forankring i organisationen. Med henblik på at sikre samarbejdet i den daglige praksis, nævnes det af alkoholbehandlingsinstitutionerne, at en række andre, mere uformelle faktorer har betydning.

For det første beskrives det, at personligt kendskab øger tilgængeligheden og gør det nemmere at arbejde på tværs af sektorer/forvaltninger. Også et godt kendskab til afdelinger/organisationer f.eks. i form af tidligere ansættelser (psykiatrisygeplejersker) eller udveksling af medarbejdere, har i projekterne vist sig at være en stor fordel for samarbejdet.

Der er i de fleste kommuner i projektet etableret borgerrettede politikker eller handleplaner til understøttelse af internt samarbejde, bl.a. med henblik på tidlig opsporing. Det varierer dog, i hvilket omfang alkoholbehandlingen er beskrevet i politikkerne. Overordnet set er det COWIs vurdering, at politikkerne har understøttet aktiviteterne.

I løbet af projektperioden er behandlingskapaciteten i form af antallet af indskrevne i alkoholbehandlingen faldet. Da der stadig er en markant underbehandling af borgere med alkoholproblemer, skyldes faldet ikke, at behovet for behandling er blevet mindre. **Det er COWIs vurdering, at en effekt i form af øget tidlig opsporing endnu ikke er slået igennem i projekterne, og at faldet understreger behovet for samarbejde, en koordineret indsats, opkvalificering af frontpersonalet, udgående funktioner og brug af børnekonsulenter. Dette kan eksempelvis ske vha. tværsektorielle, kommunale politikker og handleplaner.**

2.6 Organisation

2.6.1 Der skal fremadrettet være fokus på at sikre bredde i medarbejderkompetencerne

Ser man overordnet set på bredden af kompetencer i alkoholbehandlingsinstitutionerne er der i institutionerne begrænset adgang til sundhedsfaglige kompetencer, i form af læger (somatiske), psykiatere og psykologer. Særligt beskrives det, at det er yderst vanskeligt at rekruttere psykiatere, og at der er sparsom adgang til de psykiatere, der er ansat i den regionale behandlingspsykiatri. Som før nævnt er der i projektet taget en række forskellige skridt for at kompensere herfor (kompetenceudvikling, samarbejde, ansættelse af psykiatrisygeplejersker).

Med henblik på at sikre fokus på specialiseret psykiatrisk og farmakologisk behandling (herunder behandling med trangsdæmpende medicin), psykologisk udredning og behandling og løbende bidrag til audits og revision af retningslinjer i tråd med den seneste udvikling på området, er det fremadrettet væsentligt at fastholde fokus på at sikre yderligere bredde i kompetencerne.

2.6.2 Øget fokus på udarbejdelse og opdatering af kompetenceudviklingsplaner.

De fleste institutioner har en holdning til, at nye medarbejdere skal have gennemført grunduddannelsen i alkoholbehandling inden for en overskuelig periode efter ansættelsen, med henblik på at sikre de grundlæggende kompetencer blandt personalet.

Institutionerne har i begrænset omfang systematisk opfølgning på medarbejdernes kompetencer i form af en (ajourført) kompetenceudviklingsplan. **Således er et fremadrettet fokus på løbende kompetenceudvikling væsentligt for vedligeholdelse af kompetencerne fra nærværende projekt.**

2.6.3 Stordriftsfordele – men inden for geografisk rækkevidde

På baggrund af projekternes og NABs oplysninger, er der indikation for, at der er endog meget store forskelle i omkostninger til behandling i projektinstitutionerne. De større institutioner (ti eller flere medarbejdere) har umiddelbart mindre omkostninger forbundet med behandling af borgerne, mens de mindre institutioner har højere omkostninger. Tallene, der skal tages med forbehold, indikerer også, at der er betydelig forskel i, hvor mange borgere institutionerne får indskrevet i behandling, i forhold til befolkningsgrundlaget. Igen tyder det på, at det er de større institutioner, der får flest borgere i behandling.

Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på kvaliteten i de 'dyreste' institutioner skulle være bedre end 'billigste', nærmere tværtimod. Således har Alkoholbehandlingen i Odense (hvor behandlingsprisen pr. borger umiddelbart er lavest) i flere år før projektet haft kvalitetsprocedurer i form af eksempelvis audits og beskrevne instrukser og manualer, ligesom dobbeltfokuseret behandling og familieorienteret behandling har været en del af behandlingsudbuddet tidligere. Endvidere er Alkoholbehandlingen i Odense den institution, der har størst bredde i medarbejderkompetencerne.

Der ligger ikke effektmål på alkoholbehandlingerne, hvorfor en vurdering af stordriftsfordelene alene beror på antal indskrevet i behandling ift. institutionernes budgetter. Der kan således ikke siges noget om, hvorvidt de høje omkostninger er forbundet med en højere grad af behandlede, der bliver varigt affholdende. **Fremadrettet er et øget fokus på måling af effekt af de forskellige behandlinger – herunder varigheden – relevant i forhold til at kunne vurdere kvaliteten og effektiviteten i alkoholbehandling.**

Forskellen i omkostninger indikerer, at der er betydelige stordriftsfordele i alkoholbehandling. På store institutioner er det økonomisk muligt at sikre bred variation i de faglige kompetencer og sikre den ledelseskapacitet, der i højere grad kræves for at sikre kvalitet i alkoholbehandling. Ledelsesopgaven beskrives i evalueringen at være blevet mere kompleks, og ledelsen bruger mere tid på ledelse, herunder kvalitet, end ved baseline.

Flere af projektinstitutionerne har over de sidste år oplevet sammenlægning med stofmisbrugsbehandlingen. Umiddelbart har dette haft positiv betydning pga. fælles funktioner og personale, herunder administration, men det nævnes også at tage kræfter fra kerneydelsen under ændringerne. De fælles lokaliteter har ikke haft nævneværdig betydning ift. stigmatisering, som man ellers havde frygtet.

Fremadrettet tyder evalueringen på, at det for både kvalitet og økonomi er hensigtsmæssigt at fokusere alkoholbehandlingen på større enheder. Stordrift af alkoholbehandlingsinstitutioner, herunder samarbejde mellem kommuner, kræver dog en række geografiske og infrastrukturelle hensyn. Således er det en betingelse for alkoholbehandlingsinstitutionerne, at der er en vis tilgængelighed, i form af gode transportmuligheder eller geografisk nærhed. Dette kan særligt være en udfordring i sparsomt befolkede områder. En satellit-struktur kan være relevant at tage i betragtning, under hensyntagen til de erfaringer, der tidligere har været f.eks. på Fyn med disse.

2.7 Formålet er opnået

Ved afslutningen af projektet er det vurderingen, at formålet med projektet i høj grad er opfyldt. Projekterne har overordnet set lagt sporene for at sikre kvalificeret alkoholbehandling, primært i form af opkvalificeringen af personalet og formaliseringen af guidelines for behandlingen.

Projekterne har arbejdet indgående med familieorienteret alkoholbehandling, og ved afslutningen er behandlingen forankret i alle behandlingsinstitutionerne. Ligeledes har projekterne kvalificeret den dobbeltfokuserede alkoholbehandling. Generelt set er der stadig potentiale i at sikre systematik og faglig kvalitetssikring i det løbende kvalitetsarbejde, i form af audits og revision af guidelines.

Endelig har det været et formål at *'sikre et systematisk samspil med og en koordination og kvalificering af kommunens professionelle, som har kontakt med mennesker med alkoholproblemer og deres familier'*. Der har i projektperioden været en udvikling i det internt kommunale samarbejde. Der er dog stadig behov for at brede samarbejdet ud, herunder sikre fokus på det opsporende arbejde.

3 Alkoholbehandlingen i Odense

I det følgende afsnit præsenteres Alkoholbehandlingen i Odense. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

3.1 Ledelse og personale

Ledelse

Alkoholbehandlingen har en afdelingsleder, der har ansvaret for den daglige drift, personaleledelse og driftsøkonomi, mens en overlæge har ansvaret for behandlingen. Såvel afdelingslederen som den behandlingsansvarlige overlæge referer til områdechefen for Behandlingscenter Odense. Områdechefen har det overordnede økonomiske og ledelsesmæssige ansvar for alle behandlingscentrets afdelinger, herunder også Alkoholbehandlingen. Der har i løbet af projektperioden været et skift i ledelsen, idet den tidligere centerleder forlod Alkoholbehandlingen i april 2013. Der skete en sammenlægning af stofbehandling og alkoholbehandlingen i 2010.

Den nuværende afdelingsleder er uddannet sygeplejerske og har systemisk lederuddannelse fra MacMann Berg og Fyns Amts lederuddannelse. Siden baseline i 2012 er lederens opgaver omlagt således, at lederen i dag bruger ca. 35 % af sin tid på ledelsesopgaver, herunder sparring til behandlere, og 65 % af sin tid på opgaver som administration og kontakt med andre behandlingsinstitutioner, interne og eksterne samarbejdspartnere.

Personale

Foruden lederen er der i institutionen ansat 21 medarbejdere, hvilket er en reduktion på otte medarbejdere siden 2012. Reduktionen er primært begrundet i besparelser, men også vakante stillinger og orlov. Personalet er bredt kompetencemæssigt funderet ud over sygepleje-, socialrådgiver og lægefaglig baggrund har det faglige personale grunduddannelse i kognitiv-/systemisk-/familie-/parterapi- og/eller grunduddannelse i alkoholbehandling. Herudover har alle medarbejdere deltaget i MI-kurser, ligesom størstedelen af behandlerpersonalet (13) har deltaget i Sundhedsstyrelsens kursus om familieorienteret alkoholbehandling. To har deltaget i Ringgårdens kursus om dobbeltfokuseret alkoholbehandling. Se bilag D.

Alkoholbehandlingen har både psykiatrisk og somatisk lægefaglige kompetencer. En behandlingsansvarlig overlæge med speciale i almen medicin deles med stof-

behandlingen, og der er adgang til psykiatrisk kompetence to timer ugentligt ved lægekonsulent. Der lægges desuden vægt på at rekruttere behandlere med psykiatrisk erfaring, eksempelvis sygeplejersker med erfaring fra psykiatrisk afdeling.

3.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Alkoholbehandlingen i Odense tilbyder ambulante afrusning, som varetages af sygeplejersker i tæt samarbejde med afdelingens læge, og som har fokus på borgernes motivation til at indgå i et længerevarende behandlingsforløb. Afrusningen sker i henhold til de kliniske retningslinjer, og der anvendes Motivational Interviewing som metode i motivationsarbejdet.

Når borgeren føler sig velinformeret om, hvad behandlingen indebærer, foretages en kortlægningssamtale. Kortlægningssamtalen er struktureret på baggrund af ASI, som er udgangspunktet for visitation til efterfølgende samtalebehandlingstilbud. Der benyttes ikke yderligere screeningsredskaber for psykisk comorbiditet, end hvad der er omfattet af ASI. Der kan visiteres til ambulante behandling ved Alkoholbehandlingen og ekstern døgnbehandling. Alle behandlingsmetoder er evidensbaserede og beskrevet i instrukser.

Behandlingstilbud

Alkoholbehandlingen foregår individuelt som psykosocial samtalebehandling, og pårørende og familie inddrages i det omfang, det er muligt. Der arbejdes inden for den systemiske kognitive referenceramme. Afhængig af kortlægningssamtalen, visiteres borgeren til et af følgende samtaletilbud: Kognitiv adfærdsterapi, familieterapi, kontraktbehandling støttende samtaler eller netværksforstærkende tiltag. Ved indskrivningen spørges til børn og andre pårørende, og der tilskyndes systematisk til familiesamtaler. Ved afslutning af behandlingsforløbet informeres borgeren om, at der er mulighed for at rette henvendelse til Alkoholbehandlingen efter endt behandlingsforløb, hvis der opstår et behov for en "boostersamtale". Ved booster-samtalen anvendes MI og kognitiv terapi.

Der er et selvstændigt tilbud til pårørende om kortere individuelle forløb og/eller gruppeforløb, der gælder uanset om den drikkende er i behandling eller ej.

I den akutte fase tilbydes borgeren abstinensbehandling med benzodiazepiner, og der ordineres desuden B-vitamin. Samtalebehandlingen kan være suppleret med farmakologisk behandling med de nye anti-craving-præparater, og antabus tilbydes, men kun som en del af et behandlingsforløb, da behandling med antabus ikke kan stå alene.

Der er ansat flere sygeplejersker med erfaring fra psykiatrien, som derfor er trænet i at identificere eventuelle psykiatriske problemstillinger. Behandlingsbehov drøftes på konferencer med den behandlingsansvarlige læge. Alkoholbehandlingen har ikke længere ansat egen psykiater ud over to ugentlige timer ved lægekonsulent. Borgere tilbydes ved behov samtale med psykiatrisk lægekonsulent med henblik på udredning, som kan føre til psykiatrisk behandlingstilbud i Alkoholbehandlingen eller til henvisning til behandling i psykiatrien.

Alkoholbehandlingen har ikke ansat psykolog til behandlerfunktioner, men tre psykologer er tilknyttet som supervisorer.

Et gennemsnitligt forløbs varighed

Behandlingen tilrettelægges individuelt, og det samlede antal samtaler varierer derfor for borger til borger. I begyndelsen af forløbet er der typisk hyppige samtaler, en eller flere gange ugentligt, efter nogle måneder møder borgeren til samtaler hver anden uge, og ved afslutningen af behandlingsforløbet sjældnere. Et typisk forløb varer 6-12 måneder og i gennemsnit af 16,4 samtaler á en halv times varighed. Der er dog store individuelle forskelle.

Udgående funktion

Tidligere havde Alkoholbehandlingen i Odense tilknyttet en børnekonsulent med udgående funktioner. Denne blev dog opsagt pga. besparelser. Nordfyn og Kerteminde kommuner har dog bibeholdt ansættelsen af netop denne børnekonsulent, og Alkoholbehandlingen i Odense har derfor fortsat et godt samarbejde med ham. Dette indebærer blandt andet løbende henvisninger af børn og familier til behandling.

3.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Regionale samarbejdspartnere

Regionalt set har Alkoholbehandlingen en samarbejdsaftale vedrørende alkoholbehandling (af personer med dobbeltdiagnoser) med psykiatrimrådet i Region Syddanmark fra 2011. Se bilag L.

Desuden har Alkoholbehandlingen indgået en aftale med Familieambulatoriet, OUH omhandlende samarbejdet om gravide med alkohol- eller stofmisbrugsproblematikker. Der er derudover, for nyligt, udgivet en vejledning om det konkrete samarbejde. Se bilag K.

Som led i et forskningsprojekt vedrørende tværsektorielt samarbejde omkring tidlig opsporing og overgang fra somatiske afdelinger på OUH til alkoholbehandlingen, indgår institutionen derudover i et samarbejde med SDU og Region Syddanmark.

Endelig foreligger der en samarbejdsaftale med Odense Universitetshospital (OUH) om rådgivning til ansatte med alkoholproblemer.

Kommunale samarbejdspartnere

Samarbejdet med Børn – og Ungeforvaltningen i Odense Kommune har til dels været påvirket af organisationsændringer.

I Alkoholbehandlingen i Odense er der oprettet et formaliseret samarbejde med familiehuse under Børne- og Ungeforvaltningen. Samarbejdet har eksempelvis form af familiesamtaler, hvor både alkoholbehandlingen og familiehuset deltager. Derudover er der skriftlige samarbejdsaftaler med familiehuse i Nordfyns og Kerteminde Kommuner (Odenses køberkommuner) med henblik på samarbejde og inddragelse af deres Børnekonsulent. Der er ingen systematisk screening for alkohol i familiehuse.

Der er udarbejdet en kommunal misbrugsstrategi "Mere sundhed og mindre misbrug". Det er håbet, at strategien kan føre til bedre rekruttering af borgere på grund

af øget synlighed og interne samarbejdsaftaler med blandt andet Familie og Velfærd, Boligsociale indsatser, Ungdommen Uddannelsesvejledning, Jobrehabiliteringscenteret, Visitationen i Socialcentret.

Odense Kommune har derudover et 'gravidteam' til håndtering af gravide alkohol- og stofmisbrugere (se beskrivelsen i bilag M). Teamet er kendetegnet ved et netværk af relevante nøglepersoner og ved at udgøre én indgang til kommunen fra Familieambulatoriet. Teamet har skabt grunden for en bedre kontakt blandt relevante parter internt i kommunen, og alkoholbehandlingen deltager blandt andet i teamets løbende møder.

Endelig har Alkoholbehandlingen i Odense et samarbejde med Odense Kommunes Socialcenters afdeling for Plan og Projekt, om at alkoholbehandlingen leverer behandlere til samtaler i projekt "Korte rådgivende samtaler". Et tilsvarende projekt i Jobcenteret har desværre måtte stoppes, og generelt set er denne form for sparing i tilbagegang, da det koster en del ressourcer både at koordinere og gennemføre.

Som nævnt ovenfor, har Alkoholbehandlingen i Odense desuden et samarbejde med børnekonsulenten i Nordfyn og Kerteminde kommuner, som henviser borgere til Alkoholbehandlingen, og som taler med de borgerne, der er i behandling fra de to kommuner.

Samarbejde med private/frivillige

Alkoholbehandlingen har et samarbejde med AA, TUBA og Paraplyen, som er et værested under KFUM.

Samarbejdsaftaler under udarbejdelse

Der er en fælles samarbejdsaftale mellem de 22 kommuner og Region Syddanmark under udarbejdelse, som vil omhandle borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug.

3.4 Budget

Budget

I projektperioden er der sket en reduktion af budgettet, som skyldes øget hjemtagning af alkoholbehandlingen fra en række kommuner og i øvrigt lavere indtægter fra borgere fra andre kommuner. Reduktionen er blandt andet udmøntet i nedlæggelsen af 4½ stillinger siden 2011, herunder en konsulentfunktion til tidlig opsporing og brobygning og ½ overlæge i psykiatri. I hele perioden 2011-2014 er der sket en reduktion i budgettet for den ambulante behandling på 23%, svarende til 2.354.098 kr. For døgnbudgettet er der sket en reduktion på 75 %, svarende til 514.000 kr.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 1 Budgetudvikling for Alkoholbehandlingen i Odense, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Budget ⁶	Samlet: 10.713.969,-	Samlet: 11.924.318,-	Samlet: 9.761.793,-	Samlet: 7.845.871,-
	Ambulant budget: 10.032.969,-	Ambulant budget: 11.229.834,-	Ambulant budget: 9.511.793,-	Ambulant budget: 7.678.871,-
	Døgnbudget: 681.000,-	Heraf døgn: 694.484,-	Heraf døgn: 250.000,-	Heraf døgn: 167.000,-

Et gennemsnitligt forløb

Det er ikke muligt at beregne hvor mange ressourcer, der bruges på et gennemsnitligt rådgivnings- og behandlingsforløb.

⁶ Døgnbudgettet ligger uden for Alkoholbehandlingen, og institutionen råder derfor ikke over det samlede budget.

4 Misbrugscenter Slagelse

I det følgende afsnit præsenteres Misbrugscenter Slagelse. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

4.1 Ledelse og personale

Ledelse

Alkoholenheden er en del af Slagelse Kommunes Misbrugscenter. Der er ansat 57 medarbejdere i Misbrugscentret, og ledelsen består af en centerleder og tre afdelingsledere. Afdelingslederen for Alkoholenheden har ansvar for behandlingstilbud, den daglige drift og personaleledelse. Lederen er uddannet socialrådgiver med 3 års diplomuddannelse i ledelse og har derudover en kognitiv grund- og efteruddannelse.

Personale

Foruden lederen er der 11 medarbejdere i alkoholenheden, hvis faglige baggrund dækker socialrådgivere, pædagoger og sygeplejersker. Én medarbejder er på orlov, og en stilling er vakant. Alle behandlere har været på kursus i familieorienteret alkoholbehandling, og fem behandlere har deltaget i Ringgårdens SODA-kursus omkring dobbeltfokuseret alkoholbehandling.

Misbrugscentret har ansat en overlæge, som kan kontaktes alle hverdage, og der er ansat en lægekonsulent, som har konsultation i Alkoholenheden en gang ugentligt i fire timer. Herudover er der tilknyttet en psykiater på konsulentbasis hver fjerde uge i fire timer. Psykiateren deles med stofenheden og benyttes alene til udredning. Alkoholenheden har tilknyttet en psykolog, som er ansvarlig for tilbagemeldingerne på borgernes MCMI-III skemaer, og psykologen deltager én gang månedlig i Alkoholenhedens konferencer. Se bilag D.

4.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Alkoholbehandlingen tilbyder åben rådgivning for alle. Borgere har mulighed for at henvende sig direkte i Alkoholenheden eller henvende sig telefoniske i den åben rådgivning. Har borgeren behov for afrusning, kan dette iværksættes ambulantly ved læge og sygeplejerske ved første henvendelse.

Siden baseline er modtagerteamet blevet nedlagt, så behandlere i dag varetager både modtager- og behandlerfunktioner. Udredning foretages for alkoholproblema-

tik samt sociale, helbredsmæssige og familiære forhold. Udredning af dobbeltbelastede borgere ved MCMI-III skemaet gennemføres ved kortlægningen efter behandlers og konference vurdering. Det er hensigten at implementere ASI på sigt. Helbredsscreening foretages af behandler, og ved helbredsmæssige problemer henvises til egen læge.

Behandlingstilbud

Der tilbydes ambulante behandling og dagbehandling i Alkoholenheden. Den ambulante behandling består af individuelle, par- og familiesamtaler, og der arbejdes bl.a. med Motivational interviewing. Når borgere henvender sig til alkoholbehandlingen, oplyses det, at der arbejdes familieorienteret, og at familien derfor bliver inddraget i behandlingen. Hvis borgeren ikke har kontakt til familie, snakkes der i stedet om familien, hvilket i nogle tilfælde fører til, at kontakten genetableres.

Dagbehandlingen tilbydes som et intensivt gruppebaseret forløb over otte uger til borgere, der er indstillet på ædruelighed. I dagbehandlingsforløbet arbejdes særligt med kognitiv metode. Efterbehandling tilbydes efter endt dag- eller døgnbehandlingsforløb. Forløbet er gruppebaseret og består af et ugentligt fremmøde over 26 uger.

For pårørende er der tilbud om individuelle samtaler og pårørendegruppe. I samarbejde med Familiecentret tilbydes børne- og ungegrupper. Som led i behandlingstilbuddenes omstrukturering, er VBM-gruppe, mindfulness og forbehandling overgået til ad-hoc-grupper siden baseline.

Farmakologisk behandling tilbydes med antabus og campral. En sygeplejerske og lægekonsulent er ansat til at vurdere, håndtere og revidere den farmakologiske behandling samt til varetagelse af abstinensbehandling.

Alkoholenhedens fokus på dobbeltbelastede borgere og udarbejdelse af handleguides for psykiatrisk udredning og implementering af screeningsprocedure via brugen af MCMI-III har givet en mere kvalificeret henvisning til psykiatrien. Der er desuden ansat to sygeplejersker med erfaring fra psykiatrisk regi, som sammen med den tilknyttede psykiater betyder, at der ikke opleves et stort behov for at få tilskrevet flere psykiatertimer.

Et gennemsnitligt forløbs varighed

Den ambulante behandling tilrettelægges individuelt med udgangspunkt i den enkelte borgers og denne families problemstillinger og behov. Med udgangspunkt i dette afstemmes behandlingsvarighed og –intensitet. Et gennemsnitligt forløb varer mellem et halvt og halvandet år, og det består af 10-25 samtaler. Dette er en opjustering i forhold til baseline, hvor den gennemsnitlige behandlingsvarighed var 5-15 samtaler.

Udgående funktion

Alkoholbehandlingen underviser frontpersonale i opsporing af alkoholproblemer.

4.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Samarbejde med regionale parter

Der er skriftlige samarbejdsaftaler med det regionale familieambulatorium i Næstved. I mangel af deciderede samarbejdsaftaler er der beskrevet en samarbejds-kultyme med akut modtagerafdeling og psykiatrisk akut modtagerafdeling (PAM) på

Slagelse Sygehus. Formaliseringen har betydet et bedre samarbejde på baggrund af beskrivelserne, og på sigt arbejdes der på at indgå samarbejdsaftaler.

Der er udarbejdet en aftale med Slagelse Sygehus' sundhedskordinator, hvor personale fra alkoholenheden underviser sundhedspersonalet om forbrug, overforbrug, afhængighed og behandling. Alkoholenheden deltager derudover i Sygehus Slagelses interne stadedag, hvor der informeres om Alkoholenhedens tilbud.

Samarbejde med kommunale parter

Alkoholenheden har indgået samarbejdsaftaler med Slagelse Kommunes jobcenter, Rådgivning og udbetaling, Socialpsykiatrien samt med Center for børn, unge og familie. Aftalerne omfatter et rutinemæssigt samarbejde omkring borgernes sociale problemer og/eller alkoholproblemer. Dette sker med henblik på et fremadrettet samarbejde mellem de kommunale parter, hvor det er muligt at inddrage de forskellige områders ekspertiser. Se eksempelvis uddrag fra samarbejdsaftale mellem Jobcentret og Alkoholenheden i Slagelse Kommune.

'Jobcentrets medarbejdere vil rutinemæssigt spørge til borgerens vaner omkring og forbrug af alkohol. Hvor det skønnes relevant spørge til, hvorvidt borgeren er eller tidligere har været i kontakt med Alkoholenheden.'

Se bilag L. Alle samarbejdsaftaler revideres årligt.

Der er udarbejdet en brugerundersøgelse blandt de kommunale samarbejdspartnere, der viser at partnerne er tilfredse med alkoholenhedens indsats, men også at der kan være behov for større synlighed af alkoholenhedens ydelser.

Samarbejde med frivillige/private

Der foreligger uformelle samarbejdsaftaler med Forsorgshjemmet Toften, Kirkens Korshærs varmestue samt Ringen, som er et alkoholfrit værested i Slagelse Kommune. Med hensyn til døgninstitutioner samarbejdes hovedsagligt med Behandlingscenter Sjælland i Karrebæksminde og Ringgården i Middelfart.

4.4 Budget

Budget

Der har været økonomiske besparelser i Slagelse kommune og på misbrugsområdet, men dette har ikke haft indvirkning på Alkoholenhedens bemanding eller drift. Det samlede budget for alkoholbehandlingen er i perioden 2011-2014 steget med 15%, svarende til 1.168.321 kr. Døgnbudgettet er steget med 65%, svarende til 332.159 kr.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 2 Budgetudvikling for Misbrugscenter Slagelse, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Budget	Samlet: 7.546.000,-	Samlet: 7.729.000,-	Samlet: 8.886.519,-	Samlet: 8.714.321,-
	Heraf døgn:	Heraf døgn:	Heraf døgn:	Heraf døgn:

	507.964,-	519.896,-	528.526,-	840.123,-
--	-----------	-----------	-----------	-----------

Et gennemsnitligt
forløb

Det skønnes, at der bruges gennemsnitligt 25-35 alkoholbehandlingstimer pr. indskrevne borger.

5 Alkoholbehandlingen i Holstebro

I det følgende afsnit præsenteres Alkoholbehandlingen i Holstebro. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

5.1 Ledelse og personale

Ledelse

Alkoholbehandlingen og Stofmisbrugsbehandlingen er fusioneret til Center for Rusmiddel og Forebyggelse og flyttet i fælles fysiske rammer pr. 1. maj 2014. Centeret er en del af Center for Socialt Udsatte og har en fælles centerleder. Center for Rusmiddel og Forebyggelse har en daglig funktionsleder, som bruger 100% af sin tid på ledelse. Funktionslederen er autoriseret psykolog med udgangspunkt i en psykologisk diplomuddannelse suppleret med en kandidatuddannelse i psykologi. Derudover en diplomuddannelse i ledelse, samt en række relevante efteruddannelser.

Personale

Foruden centerleder og funktionsleder er der ansat syv medarbejdere i alkoholbehandlingen, hvilket er en reduktion på 1 medarbejder i forhold til 2012. Personalets faglige baggrund dækker samlet set socialrådgivere, pædagoger og én psykolog, som har uddannelse i kognitiv-/systemisk-/familie- og/eller grunduddannelse i alkoholbehandling. Herudover har tre af medarbejderne deltaget i MI-kurser, fire medarbejdere har været på Sundhedsstyrelsens metodekursus, og alle medarbejdere har været på Ringgårdens kursus i dobbeltfokuseret alkoholbehandling. Alle medarbejdere er desuden påbegyndt et modul i neuropsykologi og neuropædagogik på VIA. Se bilag D.

5.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Alkoholbehandlingen har en åben rådgivning, hvor der tilbydes råd og vejledning til alkoholmisbrugere, pårørende og andre, som har spørgsmål vedrørende alkoholbehandling.

Afrusning foregår på Skovvang, der organisatorisk ligger under Stof- og alkoholbehandlingen, og som fysisk ligger tæt på de nye lokaler i Stof- og alkoholbehandlingen.

Alle sager begynder i Modtagerteamet, hvor forsamtale afholdes med borgeren, som herefter visiteres til behandling ved sagskonference. Forsamtalen omfatter bl.a. udfyldelse af ASI og udviklingskompasset, udarbejdelse af overordnet behandlingsplan samt opfordring til somatisk undersøgelse ved egen læge. Hvis borgeren under ASI-samtalen fortæller om psykiske problemer, vurderes det ved sagsdrøftelsen, om MCMI III skal udarbejdes. Denne screening foretages af et psykologspecialistteam. Når udredningssamtalen er gennemført, overgår borgeren til ambulante behandling.

Behandlingstilbud

Fra 2014 er der indført faseopdelt behandling, som udgøres af 1) motivationsarbejde/behandling, 2) behandlingsforløb og 3) tilbagefaldsforebyggelse/efterbehandling.

I første fase arbejdes der bl.a. med Motivational Interviewing og kognitiv terapi. Borgeren opfordres til at deltage i FOKUS, som er et psykoedukativt gruppeforløb. I anden fase tilbydes gruppebehandling og eventuelt individuelle samtaler. Dertil tilbydes parsamtaler, familiesamtaler og flerfamilieterapi. I flerfamilieterapien deltager 4-5 familier samtidigt. Der skabes incitament til deltagelse i flerfamilieterapien ved, at dette tilbud struktureres som det bedste og mest omfattende. Som tillæg til den almindelige ambulante behandling kan der desuden visiteres til et terapeutisk forløb ved psykologisk specialteam. I den sidste fase er målet at fastholde forandringerne, som er opnået gennem behandlingen. Der tilbydes deltagelse i tilbagefaldsforebyggende gruppe og individuelle opfølgende samtaler. Efter udskrivelse kan borgeren vælge at fortsætte i netværksgruppe.

FOKUS-gruppetilbuddet er for såvel misbrugerne, de pårørende og for voksne børn af misbrugere. For pårørende med børn under 18 år, hvor den misbrugende part ikke er med, er der tilbud om familiesamtaler og deltagelse i flerfamiliegruppe. For pårørende og voksne børn af misbrugere er der desuden et efterfølgende gruppetilbud og herefter tilbud om deltagelse i selvhjælpsgrupper.

Når det konkrete behandlingstilbud sammensættes, vurderes det, om medicinsk behandling skal indgå som del af den ambulante behandling. Der behandles med antabus, som udleveres af administrationen og ordineres af egen læge. Der lægges vægt på, at antabusbehandlingen ikke kan stå alene.

Alkoholbehandlingen har ikke adgang til intern psykiater, men en sygeplejerske med erfaring fra psykiatrien vurderer behovet for henvisning, og de psykologiske screeninger hjælper til yderligere at kvalificere henvisningen. Det vurderes derfor, at der ikke er behov for intern psykiater.

Et gennemsnitligt forløbs varighed

Behandlingsintensiteten varierer i de forskellige faser. Fase 1 består af et intensivt forløb med en til to ugentlig samtaler i op til tre måneder. Fase 2 tilrettelægges individuelt, men består som udgangspunkt af en samtale hver anden uge i op til tre måneder. Dertil tilbydes deltagelse i gruppebehandling. I fase tre er der mulighed for tre individuelle opfølgende samtaler og efterfølgende deltagelse i netværksgruppe.

Hvis der ses en udvikling, kan der efter behov visiteres til yderligere tre måneder i de forskellige faser.

Udgående funktion

Udgående konsulentbistand leveres i projektregi og i de tre kommuner Holstebro, Struer og Lemvig, hvor Alkoholbehandlingen har holdt oplæg om familieorienteret behandling. Syddjurs er blevet undervist i omlægning til familieorienteret alkoholbehandling og andre steder. Indtil 2010 var der ansat børnekonsulenter til udgående funktioner. Nedlæggelsen af denne funktion har ført til mindre systematik i den tidlige opsporing, hvilket muligvis har betydet færre henvendelser i alkoholbehandlingen.

5.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Behandlingsinstitutionen har en skriftlig samarbejdsaftale med Kriminalforsorgen.

Samarbejde med regionale parter

Der er en samarbejdsaftale under udarbejdelse med Familieambulatoriet under region Midt, som vil omhandle hele Center for Rusmiddel og Forebyggelse, Familieafdelingerne, Sundhedsplejen, Praktiserende læger i de 3 kommuner Holstebro, Struer og Lemvig.

Samarbejde med kommunale parter

Der er en overordnet samarbejdsaftale om drift mellem Holstebro, Struer og Lemvig kommuner, da alkoholbehandlingen for de tre kommuner er placeret i Holstebro Kommune. Dertil er der nedskrevet en samarbejdsaftale med Familieafdelingerne og Familiehusene i de pågældende kommuner. Alkoholbehandlingen i Holstebro har derudover en samarbejdsaftale med Sygedagpengeafdelingen i kommunen omkring borgere med et problematisk rusmiddelforbrug, et afhængighedsskabende medicinforbrug, pårørende og voksen barn af misbruger.

Samarbejde med frivillige/private

Der er ingen skriftlige samarbejdsaftaler med frivillige eller private organisationer, men der er et uformaliseret samarbejde med forsorgshjemmet Skovvang. Alkoholbehandlingen i Holstebro har en rådgivningsfunktion, hvor en medarbejder en gang ugentligt er på forsorgshjemmet Skovvang til rådgivning og vejledning.

Samarbejdsaftaler under udarbejdelse

En samarbejdsaftale med jobcentrene i Struer og Lemvig kommuner er under udarbejdelse. Struer ønsker en særskilt håndholdt samarbejdsaftale til job-, handicap- og psykiatriområdet.

5.4 Budget

Budget

I perioden 2011-2014 er der sket en budgetstigning for det samlede budget på 5%, svarende til 268.000 kr. For døgnbudgettet alene er budgetstigningen på 13%, svarende til 40.000 kr. Institutionen oplever dog, at efterspørgslen på alkoholbehandling er nedadgående, hvilket påvirker økonomien. Dette tilskrives til dels beskæring i den udgående funktion og at generelle kommunale besparelser betyder, at de kommunale samarbejdspartnere er mindre tilbøjelige til at henvise borgere på tværs af kommunegrænser. Der reguleres på udgiftssiden ved ikke at genbesætte stillinger.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 3 Budgetudvikling for Alkoholbehandlingen i Holstebro, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Budget	Samlet: 5.032.000,-	Samlet: 5.062.000,-	Samlet: 5.251.000,-	Samlet: 5.300.000,-
	Heraf døgn: 311.000,-	Heraf døgn: 341.000,-	Heraf døgn: 347.000,-	Heraf døgn: 351.000,-

Et gennemsnitligt
forløb

Der er i gennemsnit afsat ca. 20 timer pr. ambulans forløb, hvilket giver en kostpris på 27.000 kr. En udredning koster ca. 11.000 kr., og der bruges ca. 9,5 time til dette. En typisk behandling tager over 30 timer og koster mindst 40.000 kr.

6 Misbrugscenter Aabenraa

I det følgende afsnit præsenteres Misbrugscenter Aabenraa. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

6.1 Ledelse og personale

Ledelse

Lederen er uddannet socialrådgiver, har derudover et mellemliderkursus og er på nuværende tidspunkt i gang med en diplomlederuddannelse. Lederen har primært ledelsesansvar, men deltager også i driften med ca. 10 % af sin tid. Dette er en nedjustering i forhold til baseline, hvor driften blev normeret til 20%, der dels skyldes kvalitetsarbejdet og dels de større krav til deltagelse i opgaver på forvaltningsniveau.

Institutionslederen har behandlingsansvar for alkoholbehandlingen, som består af ambulante behandling, ambulante afrusning, medicinering og visitation til døgnbehandling, familiebehandling, pårørende og grupper. Lederen har desuden ansvar for stofmisbrugsbehandlingen, som består af substitutionsbehandling og ambulante behandling samt visitation til døgnbehandling.

Personale

Der er ansat fire behandlere i alkoholbehandlingen. Tre af behandlerne har en pædagogisk uddannelse, og en er uddannet socialrådgiver. Alle behandlere har været på Ringgårdens kursus i dobbeltfokuseret alkoholbehandling og Sydgårdens uddannelse i skematerapi. De tre af behandlerne har ligeledes været på Sundhedsstyrelsens kursus i familieorienteret alkoholbehandling. Derudover er der ansat en sundhedsfaglig medarbejder, en lægekonsulent, en sekretær og en behandler i modtagerteamet, som alle deles med stofenheden. Se bilag D.

6.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Alkohol- og stofenheden har en åben rådgivning, hvor et fælles modtageteam modtager borgerne, indhenter grundoplysninger og kan visitere til sundhedsfaglig medarbejder med henblik på afklaring af abstinenser og opstart på antabus. En sundhedsfaglig medarbejder i teamet varetager akut afrusning, og i samarbejde med misbrugscentrets læge eller egen læge laves en udtrappingsplan.

Den første måned vil der typisk være samtaler en gang ugentligt, som dels består af udredning og motivation for behandling. Der laves en socialanamnese, ASI udfyldes, og der sker en vurdering af, om borgeren har behov for lægefaglig screening hos egen læge/misbrugscentrets læge, og størstedelen modtager et YSQ-skema til vurdering af eventuel dobbeltproblematik. Hvis der er hjemmeboende børn, vil borgeren automatisk komme i familiebehandling. Uanset om borgeren kommer i familiebehandling, vil borgeren stadig få tilbud om individuelt behandlingsforløb, alkoholgruppe, motivationsgruppe, dagbehandling eller indskrives til døgnbehandling. Efter døgnbehandling tilbydes borgeren fortsat tilknytning til misbrugscentret ved deltagelse i efterbehandling.

Behandlingstilbud

Alkoholbehandlingen i Aabenraa tilbyder følgende behandlinger: Ambulant afrusning; ambulant nedtrapning af Benzodiazepin; medicinsk behandling ved antabus, campral, adepent (trangdæmpende medicin) og risolid (abstinensdæmpende medicin); NADA-behandling (øreakupunktur); individuelt samtaleforløb; motivations-samtaler; familiebehandling; parsamtaler; børnesamtaler; VBM-samtaler; alkoholbehandlingsgruppe; pårørendesamtaler; pårørendegruppe; børnegrupper; dagbehandling; visitation til døgnbehandling samt efterbehandling.

Den familieorienterede behandling er et integreret tilbud i alkoholbehandlingen, og varetages af familiebehandlere. Forløbet tilbydes som et individuelt forløb til familierne.

Misbrugscentrets læge benyttes til visitering til psykiatrien, og er desuden ansat i en uddannelsesstilling i psykiatrien. Der er ingen psykolog ansat, og der købes derfor psykologydelse eksternt. Psykologer benyttes dog i mindre omfang, da alkoholbehandlingen ved brug af test og supervision, selv håndterer det primære behandlingsbehov på dette område.

Et gennemsnitligt forløbs varighed

Det tilstræbes, at et forløb ikke slutter, før borgeren føler sig færdigbehandlet, og der er derfor ikke faste tidsrammer. I stedet vurderes i samarbejde med borgeren, og ud fra en konkret vurdering af kompleksiteten i borgerens problematikker, hvordan behandlingsforløbet skal udformes. Gennemsnitligt set varer et forløb dog omkring 10 måneder og består af ca. 15 samtaler af en til halvanden times varighed. Det vurderes, at det tager længere tid for en familie at blive færdigbehandlet i forhold til et individuelt forløb, omkring 10-12 måneder.

Udgående funktion

Alkoholbehandlingen underviser frontpersonale i tidlig opsporing. Fokus har primært være på alkoholproblemer i familier med børn, og institutionen har i den forbindelse undervist sundhedsplejersker, børnehaver, skoler, sagsbehandlere i Børn og familieafdelinger samt PPR. Sideløbende har der været undervist i hjemmeplejen, sundhedsambassadøruddannelsen og på de socialfaglige uddannelsesinstitutioner. Næste fokusområde vil være jobcentre og unges alkoholforbrug.

6.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Samarbejde med regionale parter

Der afholdes faste møder med lokalpsykiatrien tre-fire gange årligt omkring overordnede snitfladeproblematikker. En skriftlig samarbejdsaftale mellem lokalpsykiatrien og Aabenraa Kommune er under udarbejdelse og forventes færdig ultimo 2014.

Der et uformelt samarbejde med Psykiatrisk Sygehus i Augustenborg og det somatiske sygehus i Sønderborg og Aabenraa. Derudover er der indgået mundtlige aftaler om direkte kontakt til psykiatrisk afdelingssygeplejerske ved akut behov. Misbrugsbehandlingen deltager endvidere i projekt Relay, der skal sikre afklaring af alkoholproblematikker på somatiske afdelinger. Endelig samarbejdes der med visiteringen om fremskudt visitering på både psykiatriske og somatiske sygehuse.

Samarbejde med kommunale parter

Alkoholbehandlingen og Børn- og familieafdelingen driver et fællesprojekt omkring unge med misbrug. Desuden er der indgået en aftale med Sundhedscentret om uddannelse af sundhedsambassadører, og alkoholbehandlingen indgår under Sundhed- og forebyggelse i en samarbejdsaftale med Jobcentret omkring levering af relevante ydelser. Derudover er der et tæt, uformelt samarbejde med Børne- og Familieafdelingen i kommunen, Familie- og Ungecentret, pensionsafdelingen, sundhedsplejen, hjemmeplejen, Familiebasen, Rønshoved Skolehjem samt med daginstitutioner og skoler. Samarbejdet omhandler primært levering af uddannelse til frontpersonalet. Dette er over det sidste års tid blevet faciliteret af en rusmiddelkoordinator, der varetager koordinering mellem kommunalt forankret frontpersonale og misbrugscenteret.

Samarbejde med private/frivillige

Der er truffet en politisk beslutning om, at de frivillige organisationer Lænken, Anonyme alkoholikere, Anonyme narkomaner, Blå Kors og Familiebasen indkaldes til 2 årlige møder.

6.4 Budget

Budget

Misbrugscenteret har et samlet budget for alkohol- og stofbehandlingen, som vurderes til at være ligeligt fordelt. Det er dog svært at opdele budgettet, da der er fælles modtagerteam og specialiseret afrusning samt enkelte administrative overlap. I perioden 2011-2014 er der sket en budgetreduktion på 1,2%, svarende til 131.000 kr. Budgettet er reduceret med 3% fra 2013 til 2014, hvilket skyldes generelle besparelser på misbrugsområdet.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 4 Budgetudvikling for Misbrugscenter Aabenraa, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Budget ⁷	Samlet: 10.879.000,-	Samlet: 11.141.000,-	Samlet: 11.086.000,-	Samlet: 10.748.000,-
	Heraf døgn: 1.846.000,-	Heraf døgn: 1.893.000,-	Heraf døgn: 1.241.000,-	Heraf døgn: 1.243.000,-

⁷ Misbrugscenter Aabenraa har et fælles budget for hele Misbrugscenteret, og budgettet omfatter derfor både alkohol- og stofbehandlingen. Institutionen vurderer, at budgettet er ligeligt fordelt.

Et gennemsnitligt forløb

På et gennemsnitligt forløb bruges følgende ressourcer opgjort i timer: 14-16 timer ved en sundhedsfaglig medarbejder, (afhængigt af om der er ambulante afrusning og antabusudlevering) 2-4 timer til visitation ved socialrådgiver (afhængigt af om der er ambulante afrusning) samt 30 timer ved en behandler.

6.5 Rating af kvalitet ift. ledelse, organisation og personalesammensætning

Institutionen blev ved mødet bedt om at rate sig selv på en skala fra 1-9, hvor 9 er det højeste, inden for områderne kvalitet i ledelse, organisatorisk kvalitet og personalesammensætning, se tabellen nedenfor.

Den ledelsesmæssige kvalitet opdeles i Tydelige mål, Motivere og involvere medarbejdere samt Ressourcer. Institutionen vurderer, at der er sket en stigning fra 5 til 8 i forhold til tydelige mål fra ledelsen. Ved baseline savnede institutionen skriftlighed på området, hvilket i dag er fremmet ved udarbejdelse af retningslinjer og behandlingsprotokollen, der næsten er færdig. Dertil er personalet blevet bedre til selv at opstille mål. Institutionen har opjusteret området for ledelsesmæssig motivering og involvering fra 8 til 9, hvilket begrundes med, at ledelsen uddelegerer mange opgaver til behandlerteamet, som er et godt team på et kompetencemæssigt og et personligt plan. På ressourceområdet opjusteres ligeledes fra 8 til 9, hvilket begrundes med, at institutionen ikke mangler ressourcer.

Den organisatoriske kvalitet er steget fra 7 til 8, da institutionen vurderer, at effektiviteten er steget siden baseline.

Den personalemæssige kvalitet vurderes til at være 8, hvilket er det samme som ved baseline. Dog har der fundet en høj kompetenceudvikling sted i projektperioden, og en læge er blevet ansat på institutionen.

7 Misbrugscenter Herning

I det følgende afsnit præsenteres Misbrugscenter Herning. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

7.1 Ledelse og personale

Ledelse

Misbrugscenter Herning har en fælles leder for alkohol- og stofbehandling. Ledelsesopgaven omfatter primært ledelse og administration, og ingen behandling. Herudover er der en fagleder i stofafdelingen og to fuldmægtige, som varetager koordinerende opgaver.

Lederen er uddannet socialrådgiver, har gennemgået det tidligere amts 2-årige lederuddannelse og har flere moduler i diplomuddannelsen i ledelse. Lederen er desuden uddannet psykoterapeut og afslutter inden udgangen af 2014 en master i narkotika og alkoholindsatser. I alt varetager lederen ansvaret for 28 medarbejdere, hvoraf de 14 er i stofbehandling.

Alkohol- og stofdelen var ved baseline fysisk opdelt på to adresser, men er ved den afsluttende evaluering placeret i samme bygning.

Personale

Foruden lederen er der ansat ni medarbejdere, hvoraf syv er behandlere og to er HK'ere. Den ene HK'er er ansat i fem timer ugentligt udelukkende til varetagelse af café/antabusudlevering. Der er desuden tilknyttet en læge to gange om ugen, som deles med stofenheden.

Behandlernes uddannelse spænder over socialrådgivere, pædagoger og en sygeplejerske. Alle behandlere har en kognitiv misbrugsuddannelse og har været på Sundhedsstyrelsens grunduddannelse i alkoholbehandling og/eller Sundhedsstyrelsens kursus i familieorienteret alkoholbehandling. Syv behandlere har været på Ringgårdens kursus i dobbeltfokuseret alkoholbehandling. Herudover har alkoholenheden være på mentaliseringskursus som et fælles uddannelsesforløb for hele medarbejderstaben. Se bilag D.

7.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Der tilbydes åben rådgivning, hvor borgere kan få vejledning i alkoholrelaterede problemstillinger, udlevering af antabus og korte motiverende samtaler. Institutionen foretager ambulant afrusning ved afrusningssygeplejerske. Afhængig af sværhedsgraden tilbydes desuden afrusning på Skovvang eller på ASA (Akut Sengeafsnit) og hos egen læge.

Udredning foretages med udgangspunkt i ASI samt udredning i forhold til mentaliseringsniveau (struktureret niveau). Hvis udredningen indikerer det, foretages selvscreening for følgende: Angst, depression, ADHD, bipolar lidelse og personlighedsforstyrrelser som udgangspunkt for henvisning til yderligere udredning. Udredningen foretages af et udredningsteam, som er etableret i samarbejde med stofbehandling. Der sker en somatisk screening ved sygeplejerske, der henviser til egentlig helbredsundersøgelse hos egen læge såfremt det skønnes nødvendigt.

Behandlingstilbud

Behandlingen kan for den misbrugende part omfatte farmakologisk behandling (Antabus, Campral, Naltrexon og Adepend), ambulant individuelt samtaleforløb, gruppebaseret mentaliseringskursus og psykoedukativt forløb samt efterbehandling i form af individuelt forløb eller eksponering i gruppe. Alkoholbehandlingen tilbyder desuden gruppeforløb til pårørende, voksne børn af misbrugere, børn og unge.

Den familieorienterede indsats til familier med børn under 18 er ændret til et tilbud om alkoholfamiliebehandling med deltagelse af både en familie- og en alkoholbehandler. Der er fortsat familieorienteret fokus, selvom der ikke er hjemmeboende børn, hvilket eksempelvis vil sige, at en evt. partner inviteres med i behandlingen. Borgerne visiteres automatisk til alkoholfamiliebehandling, hvis der er børn under 18 år.

Misbrugscenter Herning arbejder på tilknytning af psykiatriske ressourcer. Indtil videre har der igennem de seneste tre år været et kontinuerligt samarbejde med behandlingspsykiatrien. Dette har kvalificeret samarbejdet og muliggjort fælles indsatser i behandlingen. Psykologydelse købes ad hoc.

Et gennemsnitligt forløbs varighed

Den ambulante afrusning varer 6 – 10 dage afhængigt af abstinensniveau. Udredningen består af 1-2 samtaler á 2 timers varighed. For et individuelt samtaleforløb strækker den primære behandling sig over 3 til 9 måneder med 12-24 samtaler, og efterbehandlingen yderligere ca. 6 til 12 måneder med omkring 12 samtaler. En samtale varer en time.

Hvad angår pårørende, består forløbet i en individuel forsamtale og et gruppeforløb over 6 uger med en ugentlig mødegang á 3 timers varighed. Voksne børn af misbrugere er ligeledes til en individuel forsamtale og mødes herefter 6 gange i 3 timer med 2 ugers mellemrum. Børne- og ungegrupperne består af 8 møde gange á 2 timer.

På grund af besparelser i budgettet er behandlingstilbud, tilbud til voksne børn af misbrugere og pårørendetilbud blevet kortere. Børnetilbud og familieorienteret alkoholbehandling fortsætter i sin nuværende form.

Udgående funktion

Der bruges en del tid på udgående funktioner, da der er mange henvendelser udefra. Arbejdet varetages af børne- og familiekonsulenter, og omfatter blandt andet undervisning af frontpersonalet i screeningsværktøjer til opsporing af alkoholproblemer.

7.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Samarbejde med regionale parter

Der er en samarbejdsaftale med Regionshospital Midt om et fællesteam vedrørende dobbeltbelastede borgere. En samarbejdsaftale med Familieambulatoriet på Regionssygehuset i Herning er tæt på at være helt på plads. Der arbejdes meget konkret på samarbejdsaftale med ASA (Akut sengeafsnit) omkring afrusning, og aftalen forventes på plads inden projektperiodens udløb. Derudover er der strukturerede samarbejds møder med de psykiatriske afdelinger hvert halve år og aftale om køb af somatiske lægetimer fra Region Midt to hele dage om ugen til hele Misbrugscentret.

Samarbejde med kommunale parter

Alkoholbehandlingen har en samarbejdsaftale med børne- og ungeinstitutionen Hedebocentret i Herning Kommune og med kriminalforsorgens afdeling i Herning. Desuden er der en samarbejdsaftale med Kontanthjælpsafsnittet under Social og Integration for borgere med andre vanskeligheder end arbejdsløshed, og der samarbejdes med Sundhed og Ældre om forebyggelse. I projektperioden har der været aftale om samarbejde med Familiecentret Smedegade, herunder leje af familiebehandler.

Samarbejde med private/frivillige organisationer

Der er en samarbejdsaftale med foreningen Huset, som er et alkoholfrit værested for alkoholafhængige og deres pårørende. Der er ikke en skriftlig samarbejdsaftale med Socialpsykiatrisk Center, men der arbejdes tæt sammen om dobbeltbelastede borgere.

7.4 Budget

Budget

Der har været en del usikkerhed omkring budgettet i projektperioden, da Misbrugscentret har været udsat for generelle besparelser med efterfølgende bevillinger til bestemte tilbud målrettet børn, unge og voksne børn af misbrugere.

Det samlede budget er steget med 14% i perioden 2011-2014, svarende til 641.000 kr. Døgnbudgettet er forøget med 154% i perioden, svarende til 461.000 kr., og udgør derfor en stor del af budgetstigningen. Når døgnbudgettet er fratrukket det samlede budget, er der sket en budgetstigning på 4%, svarende til 180.00 kr.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 5 Budgetudvikling for Misbrugscenter Herning, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014

Budget	Samlet: 4.732.000,- Heraf døgn: 300.000,-	Samlet: 5.334.000,- Heraf døgn: 1.016.000,-	Samlet: 5.652.000,- Heraf døgn: 1.013.000,-	Samlet: 5.373.000,- Heraf døgn: 761.000,-
--------	--	--	--	--

Et gennemsnitligt
forløb

Ressourceforbruget for et gennemsnitligt behandlingsforløb er i det følgende opgjort i timeantal. For ambulansetilbud ved sygeplejerske bruges der sammenlagt 3 timer og derudover en halv time i samarbejde med læge. Der bruges 4-5 timer på udredningen, som omfatter drøftelse i udredningsteam og samtaler med borgeren.

For et individuelt behandlingsforløb til misbrugere er det anslåede ressourceforbrug til primærbehandling 12-24 timer samt 12 timer til efterbehandling. For gruppetilbud til pårørende bruges 36 timer fordelt på 6-10 borgere, hvilket er en reduktion siden baseline, hvor ressourceforbruget på pårørendeforløb var 80 timer. Til børnegrupperne bruges 36-52 timer fordelt på 8-12 børn, og til gruppeforløbet for voksne børn af misbrugere bruges 39 timer fordelt på 6-10 borgere.

8 Glostrup Lænk

I det følgende afsnit præsenteres Glostrup Lænk. Afsnittet er baseret på data indsamlet i september 2014.

8.1 Ledelse og personale

Ledelse

Institutionens leder er uddannet sygeplejerske og har derudover en diplomuddannelse i ledelse fra forvaltningshøjskolen og ingeniørhøjskolen, en Executive Master i Business and Administration fra CBS samt kursus i MI. Lederen er ansat i foråret 2014, og før det havde stillingen været vakant i otte måneder.

Ledelsens opgaver omfatter personaleledelse, faglig udvikling, kvalitetssikring og organisationsudvikling, aktiviteter rettet mod samarbejdspartnere og driftsmæssige opgaver herunder økonomi. Lederen er ikke involveret i behandling.

Personale

Foruden institutionens leder er der ansat 15 medarbejdere, hvoraf 12 har behandlingsansvar og 3 har sekretærfunktioner. Siden baseline er der pågået en udvikling hen mod flere fuldtidsstillinger, hvilket menes at have øget professionaliseringen og kvaliteten i behandlingen.

Personalekompetencerne spænder over socialrådgivere, pædagoger, sygeplejersker, psykologer og en psykiater. Alle behandlere har deltaget i et tredages kursus om dobbeltbelastede på Ringgården (50-60 stk.). Seks behandlere har været på Sundhedsstyrelsens grundkursus i alkoholbehandling. Det er forventningen, når der starter nye medarbejdere, at de deltager på det førstkomende kursus. Seks medarbejdere har desuden været på Sundhedsstyrelsens kursus i familieorienteret alkoholbehandling, og på nær lægen, to sygeplejersker og én sekretær, har hele personalestaben kursus i MI. Endelig er personalet på alle Lænkeambulatorier i gang med en større kompetenceudviklingsforløb, der skal varetage behandlingen af voksne børn af alkoholafhængige. Se bilag D.

8.2 Rådgivnings- og behandlingsforløb

Udredning og afrusning

Henvendelser til alkoholbehandling kan ske ved personligt fremmøde, telefonisk eller pr. mail. Som noget af det første afklares det, om borgeren har brug for afrus-

ning og abstinensbehandling. Ved personligt fremmøde iværksættes afrusning med det samme. Efter akutbehandling foretages opfølgende og uddybende udredning vedrørende somatisk, psykisk og social status samt misbrugsanamnese. Den somatiske udredning sker ved institutionens læge. BDI-II og BAI gennemgås med borgeren med henblik på at afdække depression og angst-problematikker, hvis lægen skønner, at der er behov for dette.

Behandlingstilbud Lænken tilbyder ambulant behandling og visitering til indlæggelse i døgnregi. Dette forekommer dog sjældent grundet kommunale ønsker om brug af den ambulante behandling. Som standard modtager den drikkende og pårørende psykoedukation omkring alkohols indvirkning på hjernen, kroppen og relationer. Der udbydes individuelle forløb for misbrugere og pårørende. Derudover er der parsamtaler, forældresamtaler og familiesamtaler. Generelt arbejdes der ud fra følgende metoder: MI, kognitiv adfærdsterapi, systemisk og narrativt samt forældrefokuseret arbejde med børn. Efter behandlingsforløbet tilbydes efterbehandling.

Den familieorienterede alkoholbehandling tager udgangspunkt i forældrefokuseret arbejde med børn, og der arbejdes således med børnene via forældrene. Det er ikke alle familier, der visiteres til familiebehandling, og den drikkende part har mulighed for at fravælge familiebehandling til fordel for et individuelt behandlingsforløb.

Den behandlingsansvarlige overlæge er psykiater, og dertil er der et godt samarbejde med psykiatrien, som indebærer, at flere borgere følges fra psykiatrisk regi til Lænken. To psykologer er ansat til behandlerfunktioner.

Et gennemsnitligt forløbs varighed Behandlingen tilrettelægges individuelt, men gennemsnitslængden for et behandlingsforløb er 5-6 måneder, og efterbehandlingsforløbet varer 6-12 måneder. Antallet af samtaler varierer fra borger til borger. I de første intensive uger kan der eksempelvis være et dagligt fremmøde med en faldende frekvens til et fremmøde på ca. 2-4 gange om måneden.

Udgående funktion Lænkeambulatoriet i Glostrup har et udgående team, som laver en del undervisning af blandt andet sagsbehandlere og jobcentre, og der afholdes temaaftener for pårørende, voksne børn af misbrugere og drikkende. Fra centralt hold reklameres der for Lænkeambulatorierne, og det frivillige netværk i Lænken holder gratis kurser for voksne børn af misbrugere.

8.3 Samarbejdsaftaler og samarbejdspartnere

Samarbejde med regionale parter Det regionale samarbejde er ikke formaliseret eller udbygget meget i projektperioden. Det betragtes som generelt problematisk at indgå formelle aftaler på regionalt niveau, og den lille fremdrift tilskrives desuden lederskiftet på institutionen i projektperioden. Det, at Lænken er en privat behandlingsinstitution ses ikke som den store forhindring for samarbejdet.

Der er uformelt samarbejde med somatiske og psykiatriske afdelinger på sygehuse gennem de udgående teams og ambulatoriets ansatte. Generelt samarbejdes der

med sygehuse og praktiserende læger, når det er relevant i forbindelse med behandlingen.

Der er på eksternt initiativ etableret to projekter (uafhængigt af projekt Kvalitet i Alkoholbehandlingen), som har til formål at binde psykiatrisk behandling og alkoholbehandling tættere sammen og sikre kontinuitet i behandlingen. Projekt dobbeltdiagnoser er etableret i samarbejde med psykiatrisk center Glostrup, som alkoholbehandlingen henviser borgere til og vice versa. Projekt bedre afrusning handler om, at borgeren ved afrusning i psykiatrisk regi giver samtykke til, at alkoholbehandlingen kan kontakte borgeren omkring videre alkoholbehandling – tidligere var der ingen opfølgning herpå.

Samarbejde med Familieambulatorierne sker indirekte via kommunen. Behandlere deltager i netværksmøder om borgere. Processen er ikke formaliseret.

Samarbejde med kommunale parter

Med henblik på at sikre bedre dialog mellem kommunale parter og alkoholbehandlingen er der i løbet af projektperioden etableret en formaliseret samarbejdsaftale mellem Lænkeambulatorierne og Vestegnens kommuner (Glostrup, Hvidovre, Rødovre, Brøndby, Ishøj og Vallensbæk), der indebærer en beskrivelse af hhv. hvordan Lænkeambulatorierne afdækker evt. sociale behov, og hvordan frontpersonalet foretager den korte, opsporende samtale. For hver kommune er der aftalt samarbejdsprocedurer og udpeget kontaktpersoner i form af kommunens misbrugs konsulenter. Se bilag F. Aftalen introduceres i efteråret 2014.

Institutionen deltager derudover i kommunale netværksmøder, og har etableret en mentorordning i jobcenteret i Hvidovre Kommune. Derudover har Glostrup Lænken en række udgående funktioner i kommunerne, i form af eksempelvis læringskonferencer.

Samarbejde med frivillige/private

Der samarbejdes med Landsforeningen Lænken, som bl.a. omhandler et tæt samarbejde med foreningens ungeambassadører, der er unge pårørende til alkoholafhængige. Herudover samarbejdes der uformelt med væresteder og botilbud som eksempelvis Café Solvej i Brøndby Kommune, Lænkepensionatet og Solvang.

8.4 Budget

Budget

I projektperioden er der sket en budgetforøgelse, idet der er kommet flere borgere i behandling, og Glostrup Lænken er som følge heraf gået fra at have mange deltidssansatte med et lille ugentligt timetal til overvejende at have fuldtidsansatte.

I skemaet nedenfor ses budgetudviklingen for projektperioden.

Tabel 6 Budgetudvikling for Glostrup Lænkens, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Budget⁸	Samlet: 7.591.300,-	Samlet: 8.960.300,-	Samlet: 10.340.320,-	Samlet: 10.689.800,-

Et gennemsnitligt
forløb

En behandlingssamtale er sat til 45 minutters konfronteret tid og 15 minutters forberedelses- og dokumentationstid. Hver fuldtidsansat behandler er gennemsnitligt behandler for 42 borgere. Et gennemsnitligt forløb i Glostrup Lænkens er anslået til at koste 17.820 kr.

⁸ Budgettet omfatter det samlede budget for Glostrup, Hvidovre, Rødovre, Vallensbæk og Ishøj kommuner.

9 Tværgående evaluering

Tabelopstilling

Dette kapitel består af en tværgående evaluering vedrørende alkoholbehandlingsinstitutionerne. Opsamlingen tager udgangspunkt i dataindsamlingen ved follow-up og omhandler hhv. Sundhedsstyrelsens støttetiltag, organiseringen af indsatserne, fremdriften i projektet, samarbejde, behandlings- og rådgivningsforløb.

9.1 Fremdrift

9.1.1 Opfyldelse af milepæle

I det følgende præsenteres en oversigt over projektinstitutionernes arbejde med deres milepæle. Milepælene er udviklet ved projektstart i 2011, og afsnittet tager udgangspunkt i, hvor mange af målene institutionerne har nået ved slutevalueringen i september 2014 – dvs. fire måneder før projektets reelle afslutning⁹.

Milepælene er udviklet individuelt for hver institution og tager udgangspunkt i, hvilke udviklingsområder, der var relevante for den enkelte institution. Milepælene varierer i antal, ambitions- og detaljeringsniveau. En høj grad af milepælsopfyldelse er derfor ikke nødvendigvis udtryk for en høj grad af fremdrift og vice versa. Fremdriften i milepælene er således ikke et udtryk for kvaliteten af alkoholbehandlingen på de enkelte institutioner, men afspejler en proces, og giver samtidig et billede af, hvilke områder der generelt set har været svære at arbejde med.

Gruppering af milepælene

Milepælene omhandler forskellige emner. Nedenfor er grupperet de fire emner, der har været centrale i milepælsplanerne. En komplet oversigt over milepælene og grupperingerne er præsenteret i bilag P.

⁹ For Herning Misbrugcenter gælder det, at projektet først slutter i maj 2015.

	Familieorienteret alkoholbehandling	Kvalitetsprocedurer	Dobbeltfokuseret alkoholbehandling	Samarbejde
Samlet målopfyldelse	35/42	16/21	8/13	16/34

Som det fremgår er institutionerne overordnet set godt på vej med opfyldelse af deres milepæle. Fremdriften har været størst for arbejdet vedrørende familieorienteret alkoholbehandling og kvalitetsprocedurer, mens formalisering af samarbejde med eksterne parter er gennemført i mindre grad.

Familieorienteret alkoholbehandling

Implementering af den familieorienterede alkoholbehandling er den milepæl, institutionerne er nået længst med, og stort set alle institutionernes mål på dette område er indfriet. Mål for familieorienteret alkoholbehandling omhandlede blandt andet kompetenceudvikling, afvikling af kurser for kommunale nøglepersoner, monitoring af familieorienteret alkoholbehandling, tværgående indsats ift. familiebehandlinger. I afsnit 9.4.1 er arbejdet om den familieorienterede alkoholbehandling beskrevet.

Udvikling og implementering af kvalitetsprocedurer

Størstedelen af de milepæle der ved starten blev sat op for udviklingen og implementering af kvalitetsprocedurer er opfyldt. Mål for kvalitetsprocedurer omfattede blandt andet udarbejdelse af behandlingsplaner, manualer, handleguides, klare visitationskriterier, planer for videndeling, gennemførelse af audits, konferencer etc. I afsnit 9.4.3 er arbejdet med udvikling og implementering af kvalitetsprocedurer nærmere beskrevet.

Samarbejde

De fleste institutioner mangler at indfri flere af deres milepæle vedrørende samarbejdsaftaler. Mål for samarbejde omhandlede primært etablering/revision af samarbejdsaftaler med hhv. regionale og kommunale parter. I afsnit 9.3 er indsatsen omkring samarbejdet beskrevet.

Dobbeltfokuseret alkoholbehandling

Angående kvalitetssikring og systematisering af den dobbeltfokuserede alkoholbehandling er lidt over halvdelen af milepælene nået. Mål for dobbeltfokuseret alkoholbehandling omhandlede primært implementering af screening for psykisk comorbiditet og gennemførelse af kompetenceudvikling. I afsnit 9.4.2 er arbejdet med den dobbeltfokuserede alkoholbehandling beskrevet.

Milepæle for kompetenceudvikling

Ser man på milepælene for kompetenceudvikling for sig, har Odense, Holstebro og Glostrup opfyldt alle deres milepæle, Aabenraa og Herning har begge opfyldt 4 ud af 5, og Slagelse har opfyldt 2 og har delvist opfyldt de resterende 2 målsætninger.

9.2 Organisering

9.2.1 Oversigt over personalets kompetencer

En central anbefaling i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for kvalitet i alkoholbehandling er, at alkoholbehandlingsinstitutionen har tilstrækkelig størrelse til at kunne tilbyde faglige kompetencer inden for forskellige behandlingsmetoder og forskellige ydelser.

Nedenfor i **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** er der udarbejdet et overblik over, hvilke grunduddannelser medarbejderne ved de forskellige behandlingsinstitutioner har. Det fremgår at der på alle institutioner på nær Misbrugscenter Herning og Misbrugscenter Slagelse er tilknyttet en læge. Tilknytningen varierer dog, således arbejder lægerne i Alkoholbehandlingen i Holstebro (efter sammenlægningen) og Misbrugscenter Aabenraa både på stofmisbrugsområdet og alkoholområdet, og tilgængeligheden er derfor begrænset. Det sundhedsfaglige arbejde i institutionerne, her forstået som den farmakologiske behandling og helbredsundersøgelserne, varetages primært af egen læge og sygeplejersker. I Odense er der siden projektets start én læge mere. Der er ansat sygeplejersker på alle institutioner på nær Alkoholbehandlingen i Holstebro og Misbrugscenter Aabenraa.

Tabel 7 Oversigt over personalets kompetencer.

	Odense	Slagelse	Holstebro	Aabenraa	Herning	Glostrup
Sygeplejerske	9	4			1	4
Læge, somatisk	2		1	1 ¹		1
Psykiater	1	4 timer hver 4. uge.				Ledende overlæge
Socialrådgiver	4	2	4	3	4	2
Pædagog	1	3	2	3	2	2
Psykolog	3 psykologer tilknyttet supervisionen.	2 psykologer fælles for stof- og alkoholbehandlingen.	2	Købes eksternt.	Købes eksternt.	2
Andet		Psykiatrisk plejer		Sygehjælper Ambulance-redder	Fængselsfunktionær	

¹ | uddannelsesstilling på psykiatrisk afd.

I Misbrugscenter Herning gennemføres en somatisk helbredsscreening ved sygeplejerske ved indskrivningen, og der henvises til egen læge, hvis sygeplejersken vurderer det nødvendigt. I Alkoholbehandlingen i Holstebro – hvor den tilknyttede læge primært beskæftiger sig med stofbehandlingen – opfordres alle borgere systematisk til at få gennemført helbredsscreening hos egen læge ved indskrivningen. I Glostrup Lænken gennemføres en udredende samtale med institutionens læge, evt. sygeplejerske, i forbindelse med indskrivningen.

Psykiater

Kun Alkoholbehandlingen i Odense og Misbrugscenter Slagelse har tilknyttet en psykiater til behandlingen, og disse i form af begrænset konsulentbistand. I Glostrup Lænken er den ledende overlæge psykiater, men denne er ikke direkte involveret i behandling. Det beskrives generelt, at det er vanskeligt at rekruttere psykiatere. Alkoholbehandlingen i Odense har i løbet af projektet måtte sige farvel til en psykiater og man mangler stadig at genbesætte den vakante stilling. De øvrige institutioner har ikke ansat psykiatere, primært fordi det er vanskeligt at rekruttere dem. Misbrugscenter Aabenraa har ansat en socialmediciner, der er i uddannelsesstilling på en psykiatrisk afdeling.

Socialrådgivere og pædagoger

Den mest dominerende faggruppe inden for alkoholbehandlingsinstitutionerne i projektet er socialrådgivere og pædagoger, som alle institutioner har ansat.

Kliniske psykologer

I Alkoholbehandlingen i Holstebro, Misbrugscenter Herning og Glostrup Lænken har man ansat psykologfaglig bistand, enten fast eller i form af konsulentbistand. Psykologfagligheden er af betydning såfremt institutionerne ønsker at screene systematisk med MCMI, da denne screening forudsætter en psykologbaggrund. Andre institutioner har valgt andre redskaber, f.eks. YSQ eller BAI/BDI, der ikke fordrer psykologfaglighed.

Vurdering af kompetencerne

Institutionerne vurderer selv, at de psykiatriske og farmakologiske kompetencer internt er blevet bedre, stadig ligger de dog på et relativt lavt niveau. De klinisk psykologfaglige kompetencer vurderes at være gået tilbage i løbet af projektet.

Jf. ratingen af kvalitet har institutionerne angivet et gennemsnit på 4,5 point i blok 4 C: Adgang til psykiatrisk kompetence internt – en forbedring på 1 point. Den farmakologiske behandling (Blok 4 D) er vurderet til i gennemsnit at være 7,2 og er steget 1 point siden baseline. I Blok 4 B: Adgang til klinisk psykologiske kompetence internt er gennemsnittet faldet med 1 point til 4,7 ved afslutningen. Se bilag A og B.

Konkret har ændringerne i den sundhedsfaglige personalesammensætning ikke været store i projektperioden, samlet set er der kommet lidt bedre adgang til læger og sygeplejersker internt, mindre psykiatrifaglig ekspertise (i Odense) og samme psykologfaglig ekspertise.

Fortsat fokus på rekruttering/samarbejde med sundhedsfaglige profiler

Samlet set viser oversigten, at der med fordel kunne være et fortsat fokus på at rekruttere en bredere medarbejderskare, særlig inden for det sundhedsfaglige felt (psykiatere, læger, psykologer, sygeplejersker med psykiatrierfaring), med henblik på at sikre fokus på specialiseret psykiatrisk og farmakologisk behandling (herunder behandling med trangsdæmpende medicin), psykologisk udredning og behandling samt løbende bidrag til audits og revision af retningslinjer.

Introduktion til nye medarbejdere

I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for kvalitet i alkoholbehandlingen skal institutionen sikre uddannelsestilbud til nyansatte behandlere, tilbud, som specifikt fokuserer på at opkvalificere behandlerne til at varetage alkoholbehandling. De fleste institutioner har en holdning til, at nye medarbejdere skal have gennemført grunduddannelsen i alkoholbehandling. I begrænset omfang bliver der systematisk fulgt op på medarbejdernes kompetencer i form af en kompetenceudviklingsplan.

Tabel 8 Oversigt over planer for introduktion hhv. kompetenceudvikling i alkoholbehandlingsinstitutionerne.

	Plan for introduktion	Plan for kompetenceudvikling
Odense	Der benyttes sidemandsoplæring, og institutionsleder stiller krav om kompetencer til familierterapi og eksponering. Nye medarbejdere sendes på alkoholfaglig grunduddannelse og overbygning i familieorienteret behandling.	Ja, plan for efteruddannelse udarbejdet i 2011, men forældet.
Slagelse	Ja, en mentorordning (skriftlig) og tilstræbt alkoholfaglig grunduddannelse og familiebehandlingskursus i løbet af første år.	
Holstebro		Ja. Løbende kompetenceudvikling er desuden et punkt på kommunens alkoholpolitiske handleplan.
Aabenraa	Nej, men grunduddannelse for behandlere tilstræbes.	
Herning	Institutionen har en kompetenceprofil, som skal danne udgangspunkt for en kompetenceudviklingsplan.	Som følge af kompetenceprofilen udarbejdes en efteruddannelsespolitik for alle medarbejdere.
Glostrup	Ja, plan for undervisning og sidemandsoplæring (skriftlig). Personalet skal på grunduddannelsen den førstkommande gang efter ansættelsen.	

En stor del af behandlerne har ikke grunduddannelse

Det fremgår af personaleoversigten i bilag D, at en stor del af behandlerne ikke har grunduddannelsen. Forklaringen herpå er til dels, at medarbejdere med høj anciennitet har tilstrækkelig erfaring inden for alkoholbehandling, og at de udbudte kurser fra Sundhedsstyrelsen derfor ikke har været tilbudt denne gruppe. Den højeste frekvens af medarbejdere med en grunduddannelse findes i Glostrup Lænkens, hvor der er en holdning til at nyansatte behandlere deltager i førstkommande uddannelse, og hvor der i øvrigt forefindes en manual til introduktion af nye medarbejdere.

Høj anciennitet blandt medarbejderne
 Den høje anciennitet blandt alkoholbehandlerne betyder dog også at alderen for behandleren mange steder er høj, og at der inden for en overskuelig årrække skal rekrutteres nye, yngre, medarbejdere.

Motivational Interviewing
 Der er tydeligvis en forskel i, hvor mange af medarbejderne der har deltaget i kurser i motivational interviewing. I Alkoholbehandlingen i Odense og i Glostrup Lænkens har næsten samtlige medarbejdere deltaget i efteruddannelse herom. I Misbrugscenter Aabenraa og Alkoholbehandlingen i Holstebro er der hhv. 2 og 3 medarbejdere der har deltaget og i Misbrugscenter Herning og i Misbrugscenter Slagelse har ingen medarbejdere deltaget i kurset.

9.2.2 Ledelse

Kompetencer
 Ledernes grunduddannelser er hhv. tre socialrådgivere, to sygeplejersker og en psykolog. Ved projektets afslutning har alle ledere formel ledelsesuddannelse på nær i Misbrugscenter Aabenraa, hvor lederen ved at gennemføre uddannelsen som forlængelse af faglig relevant uddannelse. Ved baseline var to ledere (Slagelse og Aabenraa) ved at gennemføre deres lederuddannelse, og ingen af lederne havde en højere sundhedsfaglig uddannelse. Formelt set kan ledernes kompetencer i løbet af projektet betragtes som øget.

Nye ledere i projekterne
 Flere af alkoholbehandlingerne har oplevet ændringer i ledelsen i løbet af projektets levetid. Det omfatter Alkoholbehandlingen i Odense, Misbrugscenter Slagelse, Glostrup Lænkens, Alkoholbehandlingen i Holstebro. I Misbrugscenter Slagelse har der i løbet af projektet været to ledere af alkoholbehandlingen samt en turbulent organisationsforandring. I Glostrup Lænkens har lederstillingen været vakant i otte måneder, inden den nuværende leder blev ansat i foråret 2014. I Alkoholbehandlingen i Holstebro står den nye ledelse pga. sammenlægningen med stofbehandlingens over for en udfordring der omhandler harmonisering af medarbejdergruppernes forskellige kulturer. I Alkoholbehandlingen i Odense har den tidligere centerchef haft en stærk faglig profil og et stort netværk udadtil, og de nuværende ledere står til en vis grad over for den store opgaven med at løfte arven efter hende.

Ændringerne i ledelserne har selvsagt betydet en del diskontinuitet i projektet, dels fordi lederne skulle 'lære projektet at kende', herunder Sundhedsstyrelsens forventninger til projektet, dels fordi det har taget tid at etablere relationer til medarbejdere og samarbejdspartnere udadtil.

Lederne bruger mindre tid på drift
 Alle ledere bruger næsten alt tid på ledelse og administration, hvilket er en udvikling fra baseline, hvor lederne i højere grad brugte tid på driftsmæssige opgaver. Det beskrives overordnet som værende u hensigtsmæssigt at have lederen involveret i behandling, da ledelsesopgaven ofte indebærer opgaver og mødeaktivitet der ikke kan planlægges.

Udviklingen forklares ved en øget professionalisering af ledelsesopgaven, herunder de mere komplekse opgaver i forbindelse med kvalitetsarbejdet; opfølgning på kvalitetsindikatorer, systematisk revision af retningslinjer, manualer og instrukser

på baggrund af nyeste evidens og retningslinjer, løbende vurdering af kompetencer, løbende gennemførelse af forandringer til sikring af kvalitet, mm. I Alkoholbehandlingen i Odense beskrives det, at der tilkøbes analysekompetencer til at foretage løbende dataudtræk og oversigter, f.eks. fra NAB. Ud over det øgede arbejde med kvalitetssikring fylder den udgående rolle mere; koordinering med regionale og kommunale parter, både centralt og decentralt om samarbejde og tidlig opsporing.

I ratingen af ledelsen vurderer institutionerne samlet set, at kvaliteten i ledelsen er gået op (se rating under beskrivelsen af de enkelte institutioner, bilag C). Ledelsen på de forskellige institutioner formår – særligt ved hjælp af engagerede og i høj grad selvledende medarbejdere - at sætte klare mål, at engagere medarbejderne, og at stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed. Når der også er udfordringer på området omhandler det særlig de rammer, som er stillet til rådighed for ledelserne; herunder sammenlægninger, der kræver en særlig indsats ift. at sikre involvering og motivation af en større medarbejderskare (Holstebro) og ressourcer, der som følge af projektets afslutning bliver færre af i behandlingen (Herning og Glostrup).

Øget kompleksitet i opgaven

Samlet set har det ledelsesmæssige ansvarsområde i løbet af projektet udvidet sig, og med en minimal undtagelse er lederne involveret i borgerkontakt og – behandling. I forhold til tidligere kræver ledelsesopgaven, ud over ledelse af institutionen, flere analytiske kompetencer, mere netværksarbejde. Der er derfor behov for en vis volumen i alkoholbehandlingen, såfremt det skal kunne svare sig økonomisk at have en leder ansat alene til varetagelsen af disse opgaver.

9.2.3 Oversigt over alkoholbehandlingerne

Nedenfor er præsenteret en kort oversigt over institutionernes budget, befolkningsgrundlaget og antal indskrevne borgere i perioden september 2013 til august 2014. Indskrevne borgere omfatter alene borgere, der er indskrevet til alkoholbehandling i perioden. Således er pårørende i rådgivningsforløb ikke talt med i denne opgørelse, ligesom borgere der er påbegyndt behandling før perioden heller ikke er talt med.

Der er tale om foreløbige budgetter. Tallene er derfor forbundet med usikkerhed og er ikke umiddelbare sammenlignelige.

Betydelig forskel i udgifterne til alkoholbehandling

Oversigten giver en idé om den variation, der ligger i udgifterne til alkoholbehandling sammenholdt med antallet af indskrevne og befolkningsgrundlaget. Eksempelvis er budgettet for Alkoholbehandlingen i Odense 7.7 mio. for 2014 (efter den seneste besparelse), mens antal indskrevne i perioden september 2013 – august 2014 var 542. Tilsvarende havde Alkoholbehandlingen i Holstebro og Misbrugscenter Aabenraa hver et budget på ca. 5.3 mio. kr. med hhv. 62 og 44 indskrevne i perioden (se forbehold i noterne i oversigten).

Tabel 9 Oversigt over befolkningsgrundlag (Danmarks Statistik), budget (opgivet af institutionerne) og antal indskrevne (trukket fra NAB).

Kommuner	Befolkningsgrundlag	Budget alkohol 2014 (ambulant)	Budget alkohol 2014 (døgn)	Antal indskrevne drikkende i behandling sept. '13 - aug. '14.
Odense (+ Nordfyn og Kerteminde)	248.758	7,8 mio.	0,2 mio. (Odense Kommune)	542
Slagelse	77.187	8,7 mio.	0,8 mio.	127
Holstebro (+ Struer og Lemvig)	99.958	5,3 mio.	0,4 mio.	62
Aabenraa	59.048	10,7 mio. ²	1.2 mio.	44 ⁴
Herning	86.929	5,4 mio.	0,8 mio.	110
Lænken Glostrup (Glostrup, Hvidovre, Rødovre, Vallensbæk, Ishøj Kommuner)	148.743 ¹	Gennemsnitligt behandlingsforløb: 17.820 kr. ³	-	156

¹Der findes derudover et Lænkeambulatorium i Hvidovre.²Dækker både stof- og alkoholbehandling. Det anslås, at der anvendes ca. 50 % til hvert område. ³Beregningsen er foretaget ud fra en opgørelse af, at behandlingsforløbene i gennemsnit varer 5.5 mdr. og at dagsprisen er kr. 108. Et samlet budget, der omfatter flere kommuner, end de, der er en del af KIA-projektet udgør 10,7 mio. kr. ⁴Misbrugscenter Aabenraa tager forbehold for tallet, idet der har været problemer med overførelsen af data til NAB. Året før var tallet 23.

Døgnbehandling

Endvidere fremgår det at budgettet for døgnbehandling varierer. For tre af institutionerne er budgettet over de sidste år faldet, grundet besparelser. Det beskrives dog også i en af alkoholbehandlingsinstitutionerne, at man med den øgede kompetence inden for dobbeltbelastede borgere, er blevet bedre til at håndtere de borgere man tidligere visiterede til døgnbehandling.

Rekruttering

Oversigten indikerer endvidere, at der er stor forskel i, hvor mange borgere institutionerne får i behandling i forhold til befolkningsgrundlaget. Oversigten tyder på, at man i Alkoholbehandling Odense og i Misbrugscenter Slagelse særligt har formået at rekruttere borgere til behandlingen.

Overvejelser om dimensioneringen af alkoholbehandlingsinstitutionerne

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at '*... organisationen har en tilstrækkelig størrelse til at kunne tilbyde faglige kompetencer inden for forskellige behandlingsmetoder [...] og forskellige ydelser [...]*'. Konkret beskrives det som hensigtsmæssigt for varetagelsen af den psykosociale behandling, at behandlerne har en grunduddannelse med pædagogisk, sundhedsfagligt, socialt eller psykologisk fokus med en behandlerorienteret efteruddannelse. Dette gengives også i behandlingsinstitutioner med en bred faglighed.

Endvidere tyder udviklingen i alkoholbehandlingsinstitutionernes ledelse på, at ledelsesopgaven fylder mere og mere, eksempelvis i forhold til at sikre kvalitet i behandlingen og samspil med relevante parter. Lederens involvering i driften er derfor, ved projektets afslutning, minimal. Dertil kommer, at kravene til lederens kompetencer øges. Ledelsesopgaven er derfor – relativt set - en stor udgiftspost i mindre alkoholbehandlingsinstitutioner.

Samlet set giver oversigten en indikation af de stordriftsfordele, både i kvalitet og i bemanning, der kan ligge i alkoholbehandlingen. Sammenlægning af alkoholbehandlingsinstitutionerne vil dog ikke kunne gøres uden at foretage en konkret afvejning af tilgængeligheden for borgerne.

Det er nødvendigt, at alkoholbehandlingsinstitutionerne har en vis **geografisk/infrastrukturel nærhed** til oplandet. Borgerne kører i sagens natur ikke bil, og i forhold til rådgivning af børn er tilgængelighed og nærhed også essentiel. Såfremt alkoholbehandlingsinstitutionen skal være tilgængelig for borgerne, skal beliggenheden være i gå/cykel- afstand eller i nærheden af veludbyggede bus- og tognet. Tilgængeligheden sættes særligt på prøve i institutioner i tyndt befolkede kommuner i provinsen, hvor den offentlige infrastruktur er mindre udbygget end i Odense og i hovedstadsområdet.

Historisk set har man forsøgt sig uden større held med behandlingssatellitter på Fyn. På nuværende tidspunkt beskrives det dog i Glostrup Lænkens, at man har etableret en satellit i Rødovre, der er åben to aftener om ugen. Satellitten er underlagt samme kvalitetskrav og procedurekrav som alle øvrige lænkeambulatorier og er bemandede med en læge og en behandler. Således er det muligt at foretage indskrivning og en række udvalgte psykosociale såvel som farmakologiske behandlinger.

Sammenlægning af stof- og alkoholmisbrugsbehandling

De fleste af projektinstitutionerne har under projektperioden eller tidligere oplevet en sammenlægning mellem stofbehandlingsområdet og alkoholbehandlingsområdet. For de institutioner, der i løbet af projektperioden har oplevet en fysisk sammenlægning, har det blandt andet været en bekymring at alkoholklientellet – herunder børn – skulle føle sig stigmatiserede og måske intimiderede ved at modtage rådgivning samme sted som stofmisbrugsklientellet. Bekymringen har dog ikke været et reelt problem, man har eksempelvis etableret separate indgange i Misbrugscenter Herning, ligesom det findes i Alkoholbehandlingen i Odense og Misbrugscenter Aabenraa, men selv blandt institutioner med fælles indgang opfattes det ikke problematisk. Det beskrives at børn i familiebehandling, børnegrupper eller lignende eksempelvis først kommer efter skoletid, hvor der sædvanligvis er mindre risiko for at møde stofmisbrugere i behandling.

En fælles stof- og alkoholmisbrugsbehandling har endvidere givet mulighed for i højere grad at kunne ansætte og dele sundhedsfagligt personale, ligesom det administrative personale også kan deles. De fleste institutioner deler personaler, omend det beskrives flere steder, at særligt læger føler sig knyttet til et område og derfor har præference herfor. På institutioner, der organisatorisk er delt, er det derfor nødvendigt at bevare specialiseringen mellem stof- og alkoholbehandlingen, herunder evt. dedikeret tid til sundhedspersonalet.

9.3 Samarbejde og tidlig opsporing

Komplekse proble-
 matikker og fald i
 antal indskrevne
 kalder på tværgåen-
 de samarbejde

De drikkes problematikker er ofte komplekse og kalder på en tværgående ind-
 sats - på tværs af sektorer og kommunale enheder. Et formål med projektet var at
*'sikre et systematisk samspil med og en koordination og kvalificering af kommu-
 nens professionelle, som har kontakt med mennesker med alkoholproblemer og
 deres familier.'* for på den måde at sikre et mere sammenhængende behandlings-
 forløb og tidlig opsporing.

Overordnet set har institutionerne haft svært ved at etablere skriftlige aftaler, og
 meget samarbejde forløber derfor fortsat uformelt. Særligt har det været en udfor-
 dring at oprette samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri, som en del af
 projekterne ellers har haft som målsætning.

Institutionerne nævner generelt set, at samarbejdsaftalerne ikke kan stå alene,
 men skal suppleres af kendskabet til de forskellige organisationer/institutioner, lige
 såvel som de personlige relationer. I nærværende evaluering kan samarbejdsafta-
 lerne dog ses som en indikator for, hvor modent og formaliseret samarbejdet er. I
 det følgende beskrives hhv. det regionale og det kommunale samarbejde.

9.3.1 Regionalt samarbejde

Beskeden udvikling i
 det formelle, regio-
 nale samarbejde

Det regionale samarbejde for projektinstitutionerne varierer i form og omfang. Alle
 projektinstitutioner samarbejder med regionen, men kun to projektinstitutioner
 (Odense og Herning) har formaliserede samarbejdsaftaler omhandlende den kon-
 krete behandling af dobbeltbelastede, mens én institution de facto har en aftale i
 form af en beskrevet samarbejdsrutine (Slagelse).

To af projektinstitutionerne (Odense og Herning) havde skriftlige aftaler allerede
 ved baseline, og fremdriften i det formelle samarbejde med regionen har således
 været beskeden. Der er dog kommet flere uformelle aftaler, og nogle institutioner
 har skriftlige aftaler under udarbejdelse (Holstebro og Herning).

Institutionernes egne, samlede vurdering af det eksterne samarbejde om psykiatri
 og somatik er steget med gennemsnitligt 1,3 point og ligger ved evalueringen på 6
 point. Se Bilag A og B.

Tabel 10 Oversigt over institutionernes skriftlige samarbejdsaftaler om udveksling af patienter,
 regionale parter

	Odense	Slagelse	Holstebro	Aabenraa	Herning	Glostrup
Somatisk afdeling		Samar- bejdsku- tyme			X	
Psykiatrisk afdeling	X	Samar- bejdsku- tyme			X	

Familieambulatoriet	X	X				
---------------------	---	---	--	--	--	--

Samarbejdsaftaler omhandlende udveksling af patienter i psykiatrien

Samarbejdet med psykiatrien er forskelligt projektinstitutionerne imellem. I forhold til samarbejdet om udveksling af patienter har man i Alkoholbehandlingen i Odense (dobbeltdiagnoser, gravide) formaliserede aftaler herom (Se bilag I og K). I Misbrugscenter Herning har man aftale om et fælles team med Regionshospitalet Midt vedrørende dobbeltbelastede, et team som også eksisterer i Alkoholbehandlingen i Holstebro. Teamene kvalificerer den tværfaglige behandling og understøttes af den kompetenceudvikling, der er foregået i projekt KIA. I Misbrugscenter Slagelse er der udarbejdet en samarbejdsrutine med psykiatrisk akut modtagerafdeling (se bilag N), der blandt andet omfatter et dagligt telefonopkald fra alkoholbehandlingen for at spørger, om der er indlagte borgere, der har behov for en vejledende og oplysende samtale.

I Misbrugscenter Aabenraa er en samarbejdsaftale på det psykiatriske område undervejs. Endvidere deltager Misbrugscenter Aabenraa i projekt Relay, der omhandler tidlig opsporing på somatisk sygehus. I Glostrup Lænken er der p.t. to projektbaserede samarbejder omkring hhv. dobbeltdiagnosepatienter og bedre afrusning i gang. Endelig har man i Behandlingscenter Odense et forskningsprojekt med SDU og Region Syddanmark i gang, omhandlende tidlig opsporing og sektorovergang. Projektet består af et samarbejde mellem tre somatiske afdelinger på OUH og alkoholbehandlingen.

CASE: Dobbeltfokuseret team i Herning.

I Herning har man etableret aftale om et dobbeltfokuseret team, hvor relevante repræsentanter fra alkoholbehandlingen, stofbehandlingen, beskæftigelsesområdet, centralforvaltningen, socialpsykiatrien osv. mødes med en psykiatrisk sygeplejerske fra Klinik for rusmiddelpsykiatri mødes hver – hver anden måned med henblik på drøftelse af konkrete cases.

Samarbejdsaftaler med Familieambulatorierne

Alle projektinstitutioner har i et vist omfang samarbejde med Familieambulatorier i den pågældende region, men kun Alkoholbehandlingen i Odense og Misbrugscenter Slagelse har skriftlige samarbejdsaftaler. Alkoholbehandlingen i Holstebro og Misbrugscenter Herning har en aftale på vej, mens Glostrup Lænken og Misbrugscenter Aabenraa begge deltager i uformelle netværksmøder med Familieambulatoriernes samtidige deltagelse.

CASE: Lokal procedure for udmøntningen af samarbejdsaftale med familieambulatorierne i Odense.

Som en udløber af tidligere satspuljeprojekter har Odense Kommune udarbejdet en lokal procedure for udmøntning af den regionale samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet ift. håndteringen af gravide med

et alkohol- eller stofmisbrug.

Proceduren beskriver samarbejdet og sagsgangene, herunder organiseringen (styregruppe, gravidteam og aktionsteam) i Odense Kommune. Se bilag J.

En anden udløber af et tidligere projekt på området er introduktionen af et systematisk spørgsmål i indskrivningsblanketten til alkoholbehandlingen. Her spørges alle borgere uanset alder og køn, om de venter barn.

Dertil kommer en række samarbejdsaftaler om tilkøb af lægefaglige ydelser (Herning og Odense), om forskning (projekt om tidlig opsporing i Odense, projekt Relay i Aabenraa om rekruttering af borgere med alkoholafhængighed på sygehusene), om samarbejde med somatiske afdelinger og om halvårige statusmøder (Herning).

Det uformelle samarbejde består i gensidig undervisning af personale i hhv. alkoholbehandlingen og i lokalpsykiatrien, dette praktiseres f.eks. i Misbrugscenter Aabenraa. Desuden er der for flere af behandlingerne et fint samarbejde med de praktiserende læger, f.eks. har man i Misbrugscenter Herning deltaget i temaaftener for lægernes 12-mandsgrupper, og man har derudover – med stor succes – inviteret lægesekretærene til informationsmøder. I Holstebro henvises systematisk til helbredsundersøgelse hos praktiserende læge i forbindelse med udredningen. Med henblik på en systematisering af dialogen med de praktiserende læger har man i Glostrup Lænkens lavet et systematisk indskrivningsskema til orientering af praktiserende læge om, at patienten er påbegyndt behandling og et udskrivningsskema med et resumé af behandlingen. Se bilag G og H.

9.3.2 Kommunalt samarbejde

Højere grad af kommunalt samarbejde i projektperioden.

På kommunalt plan har alle projektinstitutioner fået etableret skriftlige samarbejdsaftaler. Ved baseline gjaldt dette alene for tre af kommunerne (Odense, Holstebro og Herning). Af særlig relevans er samarbejdsaftalerne omhandlende tidlig opsporing, hvilket fremgår af oversigten nedenfor. Særlig i Slagelse Kommune er det lykkedes at få etableret samarbejdsaftaler internt i kommunen i løbet af projektperioden, aftalerne er indgået både på ift. ledige, børn og unge og social udsatte (socialområdet).

Tabel 11 Oversigt over institutionernes skriftlige samarbejdsaftaler, kommunale parter

Målgruppe	Odense	Slagelse	Holstebro	Aabenraa	Herning	Glostrup
Ledige		X	X			Generel aftale
Børn og unge	X + Kerteminde og Nordfyn	X	X + Lemvig og Struer.		X	Generel aftale

Socialt udsatte	X	X			X	Generel aftale
-----------------	---	---	--	--	---	----------------

Børn, unge og familier

Alle behandlingsinstitutionerne på nær én har indgået samarbejdsaftaler på forskellige niveauer omhandlende børn- og unge.

I Alkoholbehandlingen i Odense har man et formelt samarbejde med kommunens ungeafsnit og med Sundhed og Forebyggelse i Region Nord, Syd og Vest (familiehus) med henblik på opsporing af familier med alkoholproblemer. Samarbejdet omfatter lejlighedsvis afholdelse af behandlingssamtaler med deltagelse af både alkoholbehandlingen og familiehuset. Desuden omfatter aftalen udlån af en familiebehandler til alkoholbehandlingen i en halv dag om ugen. Derudover foreligger der samarbejdsaftaler med køberkommunerne Kerteminde og Nordfyn om inddragelse af deres børnekonsulent i den tidlige opsporing.

CASE: Familiebehandler i alkoholbehandlingen

I Misbrugscenter Herning udmøntes samarbejdet med kommunens Familiecenter i form af tilkøb af en familiebehandler til Alkoholbehandlingen. I kraft af sin daglige gang på Misbrugscentret er der skabt bro mellem de to institutioner, og en mere sømløs overgang fra ét regi til et andet. Samarbejdet med familieafdelingerne beskrives i løbet af projektet at være blevet bedre, idet dialogen begge veje er blevet mere struktureret, og fordi alkoholbehandlingen kan se effekterne af børnekonsulenternes arbejde. Stadig beskrives der dog at være et lidt uhensigtsmæssigt overlap mellem familieafdelingerne og alkoholbehandlingen i forhold til afklaring af ansvaret.

I Misbrugscenter Slagelse er der i projektperioden indgået aftale med Center for Børn, unge og familie. Aftalen beskriver den opmærksomhed, som medarbejderne i Center for børn, unge og familie skal have på børnefamiliernes alkoholvaner, samt alkoholenheden i Slagelses afdækning af, om forældre i behandling samtidig er i kontakt med Center for børn, unge og familie. Der er desuden oprettet et fælles behandler-team omkring børne- og ungegrupperne, hvor en behandler fra alkoholbehandlingen og familiecentret deltager samtidigt. Det beskrives, at den tværfaglige styregruppe i høj grad har været med til at åbne døre for samarbejdet, ligesom kommunens overordnede tilgang til borgerservice og -ydelser nu er blevet meget mere helhedsorienteret, og dermed skaber betingelserne for at arbejde på tværs.

I Alkoholbehandlingen i Holstebro har man lignende samarbejdsaftaler med familieafdelingerne og med familiehusene i Holstebro, Lemvig og Struer kommuner. Her er det blandt andet beskrevet, hvordan familiehusene kan søge konsulentbistand og etablere fællesmøder med alkoholbehandlingen. I aftalen beskrives procedurer for underretning og i den forbindelse også opmærksomhed på vold og seksuelle overgreb. Se bilag O.

I Glostrup Lænkens er der i projektperioden udviklet en lignende aftale for samarbejdskommunerne, denne aftale gælder blandt frontpersonalet generelt set og er i skrivende stund ved at blive implementeret.

Misbrugscenter Aabenraa har ingen formaliseret samarbejdsaftale med børn- og familieafdelingen eller familiebehandlingen.

I ingen af samarbejdsaftalerne er beskrevet en systematisk screeningsproces (eksempelvis AUDIT eller CAGE-C) for alkohol blandt borgerne.

Ledige

Misbrugscenter Slagelse har i løbet af projektperioden etableret et formaliseret samarbejde med kommunens jobcentre, som omhandler identificering af fællessager vedrørende ledige borgere med alkoholproblemer. Alkoholbehandlingen i Holstebro har også i projektperioden etableret en samarbejdsaftale med Sygedagpengeafdelingen omkring borgere med et problematisk rusmiddelforbrug og medicinforbrug samt pårørende eller voksen barn af misbrugere.

Glostrup Lænkens har som før nævnt introduceret en generel samarbejdsaftale med vestegnskommunerne og i Misbrugscenter Herning er en lignende generel aftale på vej som følge af en ny misbrugsstrategi gældende for alle forvaltninger.

CASE: Mentorordning i jobcenteret

I Hvidovre Kommune er det lykket som del af projektet at etablere en tidsbegrænset mentorordning på jobcenteret. Ordningen omfatter fysisk tilstedeværelse af behandlere for borgere og ansatte på jobcentre, og kompetenceudvikling af sagsbehandlere i jobcenterets afdelinger.

Mentorordningen afvikles af to alkoholbehandlere og omfatter en 'walk-in' funktion hvor både sagsbehandlere, borgere og sagsbehandlere i selskab med borgere kan få rådgivning i alkoholbehandlingsøjemed. Jobcenteret oplever, at tilbuddet har været meget besøgt i perioden.

Alkoholbehandlingen i Odense, Misbrugscenter Herning og Misbrugscenter Aabenraa har på nuværende tidspunkt ikke noget formaliseret samarbejde på beskæftigelsesområdet.

Socialområdet

Misbrugscenter Herning har en samarbejdsaftale på myndighedsniveau med Social- og Integrationsforvaltningen. Alkoholbehandlingen i Odense har en aftale med socialcenteret, Misbrugscenter Slagelse har en samarbejdsaftale med socialpsykiatrien. De øvrige tre projektinstitutioner har ikke noget samarbejde på socialområdet.

Konsulentrollen

Alle projektinstitutionerne leverer konsulentbistand, internt i kommunen og i nogle tilfælde til andre kommuner. Alkoholbehandlingen i Holstebro har blandt andet undervist i omlægning til familieorienteret alkoholbehandling, og de fleste kommuner har undervist frontpersonale i tidlig opsporing, herunder jobcentre og skoler. Som grundlag for undervisningen har en del af institutionerne deltaget i Sundhedsstyrel-

sens kursus om opkvalificering af frontpersonalet. Det er institutionernes vurdering, at undervisningen bidrager til afstigmatisering af alkoholbehandlingsinstitutionerne og giver frontpersonalet større indsigt i omfanget af alkoholproblematikken.

For de kommuner, der tilbyder undervisningen som en 'service' til øvrige kommunale enheder synes der at være en vis form for tilfældighed i, hvilke kommunale enheder/afdelinger der undervises. Dette kan til dels forklares ved en svingende forståelse for, at alkohol er en del af kerneopgaven i de forskellige kommunale ydelser, og hvor alkoholbehandlingsinstitutionerne som følge heraf kan 'få lov' at undervise. Andre kommuner har etableret helt faste aftaler om leveringen af konsulentydelsen, f.eks. Odense Kommune, der leverer 18 timer behandlertimer ugentligt til Socialcenteret, og Glostrup Lænkens, der har leveret 2x2 behandlertimer ugentligt til mentorordningen i Hvidovre jobcenter.

Faktorer af betydning for øget samarbejde

Fremdriften afspejles i projekternes rating af det interne kommunale samarbejde, hvor institutionerne gennemsnitligt vurderer det interne kommunale samarbejde til 7,7 point. Ved baseline var vurderingen 5,5 point. Se Bilag A og B.

Institutionerne fremhæver, at udbyttet af samarbejdsaftalerne særlig ses ved det personlige kendskab til relevante kontaktpersoner, samarbejdsaftalerne er med til at etablere. Det har desværre ikke været muligt at spore det intensiverede samarbejde i antallet af indskrevne, jf. registreringerne fra NAB. Se afsnit 9.3.4.

Af elementer, der har fremmet samarbejdet beskrives det endvidere, at en tværgående styregruppe på ledelsesniveau, som set i Slagelse, har været med til at bane vejen for udarbejdelse af samarbejdsaftaler.

CASE: Tværgående styregruppe i Slagelse

Styregruppen har bestået af Centerchef for Handicap, Socialpsykiatri og Misbrug, Virksomhedsleder i Misbrugscenteret, Afd. leder i Familiecenteret, Afd. leder i Socialpsykiatrien, Afd. leder på Jobcenteret, Afd. leder i Rådgivning og udbetaling, Afd. leder i alkoholenheden, to projektmedarbejdere (alkoholbehandlere).

Projektet har oplevet stor interesse fra styregruppen, og det er i høj grad lykkedes for medlemmerne at fungere som 'ambassadører' for alkoholenheden. Således har det været muligt for projektmedarbejderne at deltage på ledermøder med henblik på at fortælle om projektet og drøfte samarbejdet.

Rusmiddelkonsulenterne har virket fremmende for undervisningen

Kommunalt ansatte rusmiddelkonsulenterne beskrives i Misbrugscenter Aabenraa og Glostrup Lænkens at være vigtige for koordinering af alkoholbehandlingens undervisning og i øvrigt ift. formidling om alkoholbehandling i kommunen. Rusmiddelkonsulenterne har kendskab til den kommunale organisering og har f.eks. i Misbrugscenter Aabenraa stået for meget af det praktiske arbejde ift. at arrangere undervisning.

Tværkommunalt samarbejde

Tre projektinstitutioner (Odense, Holstebro og Glostrup) har skriftlige samarbejdsaftaler med andre kommuner (køberkommuner) om levering af behandlingsydelser.

Trods samarbejdet på tværs af kommunegrænser er det for hver af disse tre kommuner lykkedes at etablere samarbejdsaftaler med køberkommunerne i forhold til tidlig opsporing, som beskrevet ovenfor. Den største barriere i forhold til det tværkommunale samarbejde vurderes derfor ikke at være organisatoriske, men geografiske.

9.3.3 Kommunal alkoholpolitik

Det har ikke været et led i nærværende projekt at sikre udarbejdelsen/opdatering af en kommunal alkoholpolitik med fokus på tværsektorielt samarbejde og involvering af alkoholbehandlingen. Hypotesen har dog været, at en alkoholpolitik generelt set kan være med til at støtte det tværgående samarbejde og det generelle fokus på alkohol.

Alle projektinstitutionernes hjemkommuner, på nær Odense og Rødovre har en kommunal alkoholpolitik/handleplan målrettet borgerne. Alkoholpolitikkerne indgår enten som led i en overordnet sundhedspolitik for kommunen eller som selvstændig rusmiddel- eller misbrugspolitik. I tre af kommunerne (Holstebro, Aabenraa og Herning), er Alkoholbehandlingen skrevet ind i politikkerne, og det nævnes, at alkoholbehandlingen har fokus på familier.

Den kommunale alkoholpolitik beskrives at påvirke behandlingsinstitutionerne i varierende grad. Som følge af rusmiddelpolitikken er der i Aabenraa Kommune ansat en rusmiddelkoordinator, der har været blandt andet har været en hjælp ift. at arrangere alkoholbehandlings undervisning blandt frontpersonalet.

I Glostrup Længen har man en udgående funktion, der agerer i kommuner både med og uden alkoholpolitik. Her beskrives det, at en politik udgør et vigtigt organisatorisk ophæng i forhold til at italesætte alkoholproblematikken.

Selvom de øvrige institutioner i mindre grad mener, at politikkerne har betydning for behandlingsinstitutionerne, anerkendes det flere steder at processen omkring udarbejdelsen er vigtig, og samlet set vurderes det, at en alkoholpolitik skaber et vigtigt udgangspunkt for iværksættelse af indsatser på området.

9.3.4 Antal i behandling, udvikling

Grafen nedenfor viser en tendens til et faldende antal indskrevne blandt stort set alle alkoholbehandlingsinstitutioner i projektet i perioden fra september 2010 til august 2014. Institutionerne er enige om, at faldet ikke skyldes et fald i behovet for alkoholbehandling. Der er set et fald i antallet af borgere, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag¹⁰ på landsplan, men samtidig er antallet af borgere, der er afhængige af alkohol stadig højt. SIF vurderer omfanget til at være 140.000¹¹. Dette tal er langt højere end antallet af indskrevne i alkohol-

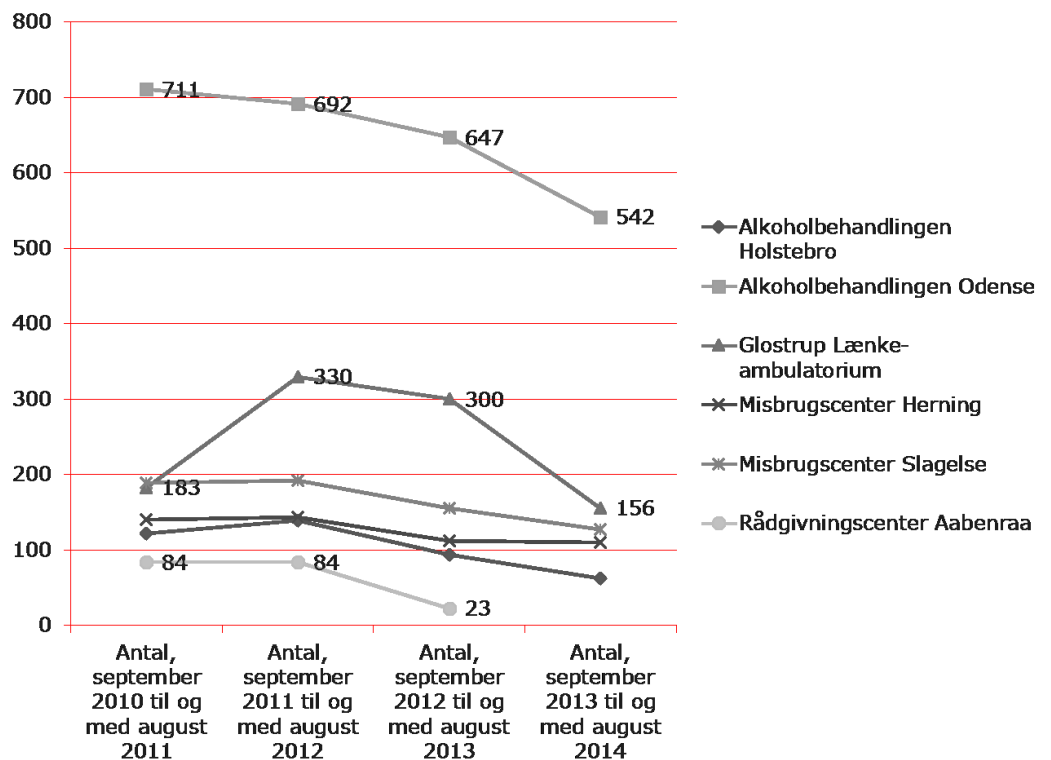
¹⁰ I perioden 2010 til 2013 er procentdelen af borgere, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag faldet fra 10,6% til 8,5%.

¹¹ Center for Alkoholforskning, Statens Institut for folkesundhed,

behandlingen, så trods faldet i forbruget, ses der altså stadig en massiv underbehandling af alkoholafhængige.

På landsplan viser den seneste alkoholstatistik¹², at antallet af personer i offentlig finansieret alkoholbehandling løbende er steget over de senere år, fra ca. 12.120 i 2008 til 15.420 i 2013. Således går faldet i projektinstitutionerne imod den nationale udvikling.

Figur 1 Oversigt over antallet af indskrevne i de seks projekter. Tallet i sidste periode for Misbrugscenter Aabenraa er udeladt, da der har været problemer med overførelsen fra klientsystemet til NAB.



Årsager til fald i antallet af indskrevne

Årsagen til faldene er ikke klare, men alkoholbehandlingsinstitutionerne giver en række bud.

Overordnet set angives det at kvalitetsudviklingsprojektet har taget tid fra kerneydelsen, især til deltagelse i kurser og afvikling af de forskellige aktiviteter. Dette gælder særligt de små institutioner, der er følsomme over for fravær blandt behandlerne.

Syddansk Universitet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. 2008.

¹² Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, Alkoholstatistik 2015, Nationale Data.

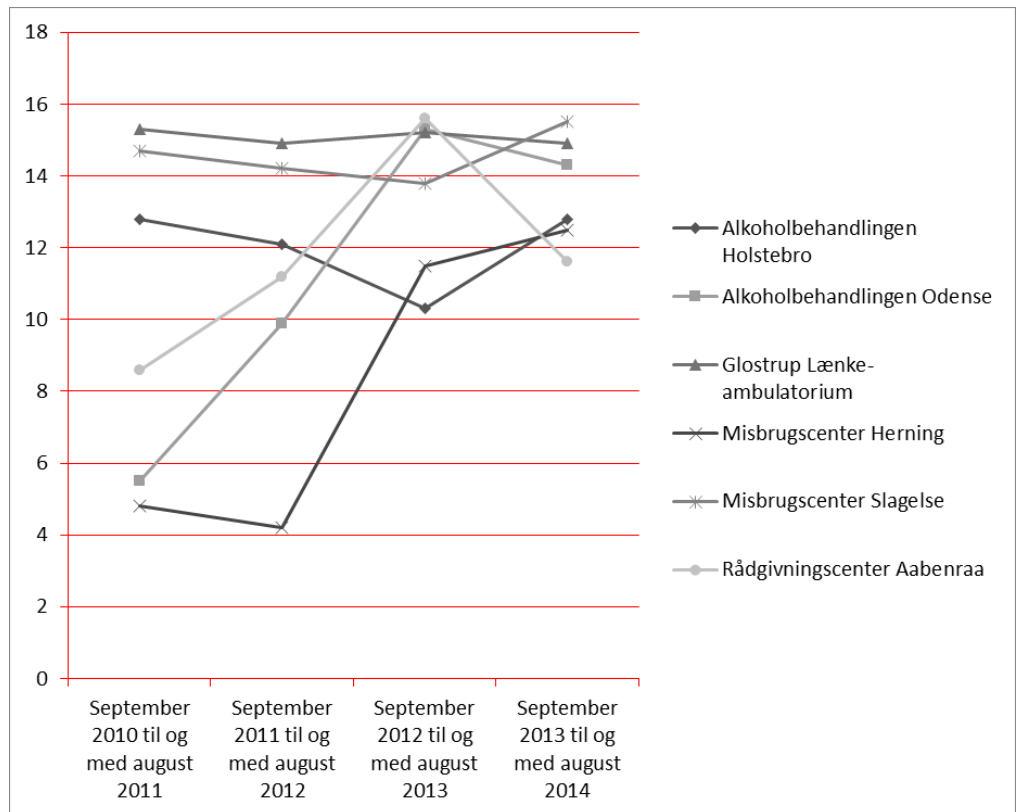
I Alkoholbehandlingen i Odense har man derudover, de senere år, oplevet besparelser i antallet af behandlere, hvorfor behandlingskapaciteten som følge heraf er kan være faldet. Faldene kan endvidere, til dels, forklares ved besparelser af udgående funktioner såsom børnekonsulenter (Odense og Holstebro), hvorved den tidlige opsporing finder sted i mindre omfang end tidligere. Således kan besparelsen på dette område bidrage til et yderligere fald i antal borgere og dermed accelerere en negativ spiral. I Glostrup Lænkeambulatorium ses et stort fald i perioden, dette kan måske tilskrives det ledelsesvacuum, der har været i institutionen over en længere periode i projektet. Endelig beskrives den ressourcetrækvende organisatoriske omorganisering, som Alkoholbehandlingen i Holstebro har været igennem også som en årsag til mindre behandlingskapacitet.

Ved afslutningen af projektet tyder det således på, at behandlingskapaciteten er faldet i projektinstitutionerne. Selvom årsagerne hertil ikke er entydige, kan faldet tilskrives implementeringsaktiviteterne, og dermed mindre tid til selve behandlingen. Desuden kan forklaringer på faldet visse steder være ændringer i organiseringen og mindre intensiv tidlig opsporing.

9.3.5 Udvikling i antal år med alkoholoverforbrug

Det har været én af målsætningerne i projektet, i højere grad at sikre tidlig opsporing. Nedenfor er præsenteret en oversigt over det gennemsnitlige antal år, en borger har haft et alkoholoverforbrug før denne er kommet i behandling. Oversigten skal de første år tages med forbehold, idet en del borgere er registrerede som havende '0' års alkoholoverforbrug. Der kan derfor være tale om forskellig registreringspraksis. Stadig tyder grafen på, at der generelt set ikke er sket et fald i institutionerne, på nær i Misbrugscenter Aabenraa.

Figur 2 Graf over det gennemsnitlige antal år, en borger har haft et alkoholoverforbrug før denne er kommet i behandling



9.3.6 Oversigt over henvisende instanser/personer

Samarbejdet på tværs af forvaltninger og sektorer kan til en vis grad afspejles i, hvem der henviser. Nedenfor ses en opgørelse over henvisende instanser/personer. Opgørelsen er vist i procent, så det er muligt at sammenligne på tværs. Opgørelsen giver dog kun et delvist billede af virkeligheden. Opgørelsen er trukket fra NAB, hvor behandlingsforløb for pårørende, uden deltagelse af den drikkende, ikke er talt med i denne opgørelse.

I et fremadrettet perspektiv er de henvisende instanser særlig relevante at tage i betragtning. Dette for sætte ind over for den underbehandling der, til trods for en overordnet stigning i antallet af alkoholbehandlede, stadig er af alkoholproblematikken. Andel af henvisende kan derfor give en idé om, hvor det er relevant at sætte ind med undervisning og oplysning. Hvis man følger udviklingen over tid vil det endvidere give en indikation af, om det lykkes at sikre tværsektorielt samarbejde i form af øget henvisning.

Selvhenvendere

Størsteparten af henvendelserne er selvhenvendere og den tredjestørste del af henvendelserne er familie.

Praktiserende læger

Den næststørste henviser til alkoholbehandlingen er de praktiserende læger. Det er bemærkelsesværdigt, at den største andel af henvisninger fra egen læge sker i Alkoholbehandlingen i Holstebro. Her henviser man systematisk borgerne til hel-

bredsundersøgelse hos egen læge i forbindelse med udredningen, hvilket tyder på at alkoholbehandlingen i høj grad er en del af lægernes bevidsthed.

Henvi-
sning fra psy-
kiatriske afdelinger

Fsva. fokus på den dobbeltfokuserede behandling er det interessant at se på henvisninger fra psykiatriske hospitalsafdelinger. Alkoholbehandlingen i Odense og Misbrugscenter Slagelse er de institutioner, der har størst andele af henvisninger herfra. Dette kan forklares ved, at Alkoholbehandlingen i Odense har et nært og formaliseret samarbejde med psykiatrien. I Misbrugscenter Slagelse har man udarbejdet en samarbejdsrutine med Psykiatrisk Akut Modtagelse (PAM) henblik på opsporing af borgere med alkoholproblemer. Se bilag N.

Henvi-
sning fra so-
matiske afdelinger

Endelig fremgår det af tabellen nedenfor, at en meget lille andel af borgerne kommer fra skadestue/hospitaler. Misbrugscenter Slagelse er den institution, der har den største andel af borgerne herfra. Her er udarbejdet en handleguide til kontakt med AKUT 2 (Akut medicinsk modtageafdeling) på Slagelse Sygehus, hvor alkoholenheden fra Misbrugscenter Slagelse dagligt ringer for at spørge om der er indlagte borgere, der har behov for en vejledende og oplysende samtale med en alkoholbehandler – samme praksis som ovenfor nævnte aftale med PAM. Se bilag M.

Tabel 12 Oversigt over antal henviste og henvisende institution/person i perioden september 2013 til og med august 2014. NAB.

	Odense	Slagelse	Holste- bro	Aaben- raa	Herning	Glostrup
Selvhenvender	59,2	51,5	54,8	59,1	33,3	51,2
Socialforvaltningen	5,7	3,1	1,6	0,0	3,5	6,2
Skadestue/hospital	1,5	6,2	0,0	2,3	2,6	3,1
Psykiatrisk hospital	5,7	5,4	0,0	4,5	3,5	2,5
Alkoholambulatorium	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alkoholbehandlings- hjem	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Praktiserende læge	8,7	3,8	16,1	4,5	9,6	4,3
Kriminalforsorgen	4,3	5,4	8,1	9,1	7,0	1,9
Politi	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Krisecenter	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
§94 Biform	0,0	0,8	4,8	0,0	7,0	0,0
Stofmisbrugsinst.	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Familie	4,0	13,8	6,5	9,1	12,3	3,7
Venner	0,9	4,6	0,0	0,0	0,9	0,6
Arbejdsgiver	1,5	1,5	1,6	6,8	2,6	0,6
Daginstitution	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Skole	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andet	0,0	3,1	6,5	4,5	17,5	1,2
Uoplyst	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24,7
Samlet	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Anm.: Opgørelsen er baseret på alle indskrivninger i perioden. Er en person indskrevet tre gange i perioden, indgår alle tre indskrivninger i opgørelsen.

Henvisning fra børn- og ungeområdet

Fsva. fokus på tidlig opsporing af familier er det interessant at se på daginstitutioner og skole: Her er det kun i Alkoholbehandlingen i Odense, at man i perioden har registreret henvendelser herfra. Tallet kan tyde på, at det trods undervisning kan føles vanskeligt som skole eller daginstitution at blande sig i familiens alkoholproblemer, og at bekymringer ofte formuleres som underretninger til socialforvaltningen. Endelig kan forklaringen på forskellene i henvisningsmønstret findes i den førnævnte begrænsning i opgørelsen. Det er ikke opgjort i NAB, hvor stor en andel af borgerne i behandling, der er henvist af familieafdelingerne/familiehusene.

Ift. socialområdet leverer Alkoholbehandlingen i Odense ugentligt 18 behandlertimer til Socialcenteret, som beskrevet i afsnit 9.3.2. Dette kan måske være årsagen til, at alkoholbehandlingen har en forholdsvis høj andel af henvisninger fra socialforvaltningen. En lignende ordning findes dog ikke i Glostrup Lænkeambulatorium, der relativt set har den højeste andel henviste fra socialforvaltningen.

Generelt set bør et nært samarbejde med fokus på tidlig opsporing bevirke, at andelen af selvhenvendere samt familie- og netværkshenvisere til alkoholbehandlingen falder, og at andelen af kommunale og regionale instanser stiger. Det kan derfor være relevant at følge denne fordeling over de næste par år for at vurdere udviklingen i det tværkommunale og –sektorielle samarbejde.

Eksemplerne viser potentialet i nært samarbejde

Ovenstående eksempler illustrerer det potentiale, der kan være i et godt samarbejde med relevante parter, konkret med hhv. praktiserende læger, daginstitutioner og udgående funktioner.

9.4 Behandlings- og rådgivningsforløb

I det følgende gennemgås projektorganisationernes behandlings- og rådgivningsforløb med fokus på familieorienteret alkoholbehandling og behandlingen af dobbeltbelastede borgere.

9.4.1 Familieorienteret behandling

Projektinstitutionerne har valgt mellem to former for familieorienteret alkoholbehandling; integreret systemisk familierapi og flerfamilierapi. I Alkoholbehandling i Holstebro arbejdes der med flerfamilierapi, mens de andre kommuner arbejder med integreret systemisk familierapi.

Institutionernes rating af den familieorienterede behandling er steget i perioden, og er – i overensstemmelse med fremdriften ift. milepæle på området – det indsatsområde, hvor der er sket størst udvikling i løbet af projektet.

Rating

Den familieorienterede behandling generelt set (5A) er ved slutevalueringen det punkt, der har den højeste score, og ligger nu på 8,6 point. Ved baseline var den 7,2 point. Den familieorienterede behandling er både på børneområdet (5B) og pårørendeområdet (5C) steget til et gennemsnit på 8,2 point, hvilket er en stigning på henholdsvis 1,7 og 0,7 point. Se Bilag A og B.

Målsætning for puljen

Det var en målsætningen i puljen, at 75 % af målgruppen, dvs. familier med hjemmeboende børn under 18 år tilknyttet alkoholbehandling, kom i familieorienteret alkoholbehandling. Data til undersøgelse heraf registreres ikke i NAB, og er således baseret på projekternes egne registreringer. Der er angivet fodnoter til beskrivelse af de enkelte opgørelser, da optællingen i en vis grad varierer. Der er derfor forbundet en vis usikkerhed til tallene.

Nedenfor fremgår en optælling af antal familier i behandling, hvor den drikkende både har været med og ikke har været med. Familieorienteret alkoholbehandling omfatter her behandling med pårørende, børn, familie, når der er børn under 18 år i hustranden hos den drikkende.

Optællingen nedenfor viser, at det er en flot andel, der har været i familieorienterede alkoholbehandling, set i forhold til antallet af indskrevne i de forskellige alkoholbehandlinger. Størstedelen af projekterne har opfyldt målet eller har været tæt på. Misbrugscenter Aabenraa og Misbrugscenter Herning har meget høj målopfyldelse på 100 %.

Desuden viser tabellen at det lykkes for mange af alkoholbehandlingerne at involvere den drikkende. Mellem 76 % og 86 % af de familieorienterede alkoholbehandlingsforløb involverer således den drikkende – enten fra start eller i løbet af projektet.

Tabel 13 Antal af familieorienterede alkoholbehandlingsforløb med borgere der har hjemmeboende børn under 18 år. Procentandel af samlet antal forløb i familieorienteret alkoholbehandling i forhold til antal samlede behandlingsforløb for borgere med hjemmeboende børn under 18 år.

Periode 1. september 2013 til 31. august 2014.	Odense	Slagelse	Holstebro	Aabenraa	Herning	Glostrup
Antal familieorienterede alkoholbehandlingsforløb (med eller uden den drikkende)	74 ^a	112 ^b	34 ^c	22 ^d	34 ^e	15 ^f
Antal familieorienteret alkoholbehandlingsforløb hvor den drikkende er med fra start.	N/A ^g	77 (68 %)	16 (47 %)	17 (77 %)	21 (62 %)	8 (53 %)
Antal familieorienterede alkoholbehandlingsforløb hvor den drikkende ikke er med fra start, men kommer med i forløbet.	N/A	16 (14 %)	10 (3 %)	2 (9 %)	5 (15 %)	4 (27 %)
Antal familieorienterede alkoholbehandlingsforløb hvor den drikkende ikke deltager i behandling.	N/A	19 (17 %)	8 (24 %)	3 (14 %)	8 (24 %)	3 (20 %)
Samlet antal forløb for familier med børn under 18 tilknyttet alkoholbehandlingen (med eller uden den drikkende)	N/A	160 ^h	58	22	34	35
Andel familier, der er kommet i familieorienteret alkoholbehandling.	-	70 %	59%	100%	100%	43%

^a Omfatter hhv. familiesamtale (26), familierapi (21), samtale med børnekonsulent (22) og pårørendesamtale (5). ^b Omfatter familieorienteret behandling hvor familien har været til stede i behandlingen. ^c Omfatter både familie-, par- og pårørendesamtaler når der er barn under 18 år. ^d Omfatter både familie-, par- og pårørendesamtaler når der er barn under 18 år. ^e Omfatter både familie-, par- og pårørendesamtaler når der er barn under 18 år. ^f Omfatter familier/forældre + børn (4), enlige drikkende i behandling med inddragelse af børn (4), pårørende med børn hvor den drikkende starter behandling (4), enlige pårørende med børn, drikkende ej i behandling (3). Tallet omfatter således par- og pårørendesamtaler, når der er børn under 18 år i husstanden. ^g Odense har det ikke været muligt at registrere tallene efter skemaets definitioner. ^h Tallet er beregnet af COWI og er baseret på institutionens oplysning om at 112 er i familieorienteret alkoholbehandling og at 48 har takket nej hertil.

I det følgende beskrives de elementer, som projektinstitutionerne beskriver som vigtige i den positive udvikling i perioden.

Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling i familieorienteret alkoholbehandling har været central. Kurserne har givet en fælles opfattelse blandt deltagerne af metoder og praksis. Det nævnes i den forbindelse at have været en fordel, at personalet deltog i kursusforløbene sammen. Som tidligere beskrevet har der været stor tilfredshed med kurserne.

Tidligere erfaringer

Alle projektkommunerne har i forskelligt omfang og form tidligere arbejdet med tværsektorielle alkoholbehandlingsprojekter. Blandt andet har projekt BIFA – Børn i Familier med Alkoholproblemer, projekt om Kommunale forsøgsprojekter og projekt om Alkoholforebyggelse i kommunen været med til at lægge sporene for alkoholbehandlingsinstitutionernes samarbejde på tværs, for den ændring i kultur og vidensniveau, der er central for at kunne adressere alkoholproblematikken i kommunen.

Familieorienteret alkoholbehandling er integreret

I alkoholbehandlingsinstitutioner, hvor familieorienteret alkoholbehandling har været en naturlig bestanddel af behandlingen til borgere med børn, har det været lettere at rekruttere borgere. Her har det ikke været et spørgsmål, om man gerne ville i familieorienteret alkoholbehandling, men en fast del af behandlingsforløbet.

Fælles forståelse

På institutioner, hvor hele personalet har været uddannet i familieorienteret alkoholbehandling, har der været en fælles forståelse af vigtigheden i at arbejde familieorienteret. Hvor dette ikke har været tilfældet, har det været sværere at få sikret henvisning til familieorienteret alkoholbehandling.

Nært samspil med familiebehandlingen

Det beskrives som en fordel at have et nært samspil med familiebehandlingen. I Misbrugscenter Herning har man f.eks. haft en familiebehandler ansat i projektet. Dette har betydet et nærmere samarbejde og øget forståelse mellem de to typer institutioner.

Bredde i tilbud og metodik

Dertil beskrives det som en fordel, at alkoholbehandlingen kan tilbyde en tilstrækkelig bredde i sine tilbud og metodiske tilgange, således at tilbuddene kan målrettes de forskellige familiemedlemmer og behov. I Misbrugscenter Herning benyttes eksempelvis selvstændige gruppeforløb for børn, unge, pårørende og VBM samt individuelle og gruppebaserede forløb for den drikkende. I Glostrup Lænken arbejder man med familiens børn gennem forældrene.

Fysiske rammer

Familieorienteret alkoholbehandling og de dertil knyttede gruppetilbud stiller en række krav til de fysiske rammer. Gruppeforløb kræver selvsagt mere plads end individuelle forløb, hvilket eksempelvis har betydet, at man i Alkoholbehandlingen i Holstebro afholder gruppeforløb i eksterne lokaler. I Misbrugscenter Herning fremhæves det yderligere, at mulighed for at afholde familiesamtaler på familiecentret kan være en fordel, da nogle forældre i begyndelsen af et behandlingsforløb kan være tilbageholdende med at tage børnene med på Alkoholbehandlingen. Flexibilitet i rammerne er derfor vigtigt, så alkoholbehandlingen kan tilpasses de forskellige behandlingstilbud og den enkelte families behov.

Forankring af familieorienteret alkoholbehandling

Der har i projektperioden været arbejdet indgående med udvikling af familieorienteret alkoholbehandling. Alle udtrykker tilfredshed med behandlingsformen og forventer, at det familieorienterede fokus bibeholdes fremadrettet. Dette falder i tråd med det nye, lovpligtige behandlingstilbud til pårørende børn under 24 år.

Ved afslutningen af projektet ophører midlerne og forankringen af familieorienteret alkoholbehandling kan således gøre det nødvendigt at prioritere i behandlingstilbuddene.

Misbrugscenter Slagelse fremhæver i denne forbindelse, at det paradigmeskift, der er sket i projektet ift. til at integrere den familieorienterede tilgang i behandlingen har været den største hurdle. Fremadrettet er det derfor ikke vurderingen at det vil give anledning til beskæringer af øvrige behandlingsformer.

I Misbrugscenter Aabenraa opleves den familieorienterede behandling derimod som ressourcekrævende, da flere behandlere inddrages i forhold til den traditionelle behandling, men institutionen oplever politisk opbakning til behandlingsformen, og det forventes derfor at der afsættes ekstra ressourcer til en familiebehandlerstilling fremadrettet.

Misbrugscenter Herning forventer at beskære VBM- og pårørendetilbud til fordel for opretholdelse af den familieorienterede behandling. I Alkoholbehandlingen i Holstebro er det p.t. ikke muligt at forlænge de personaleressourcer, der har været afsat i forbindelse med projektet. Den familieorienterede behandling fortsætter dog i en tilskåret version. Alkoholbehandlingen i Odense har i mange år anvendt systemisk familierapi og forventer ikke at nedprioritere behandlingsydelsen på området. Dog vil den udgående funktion, som i projektperioden har været varetaget af to medarbejdere, ophøre ved projektets afslutning.

Glostrup Længen har udarbejdet en manual for familieorienteret behandling og planlægger med dette at forankre behandlingsformen som tilbud til kommunerne på samtlige lænkeambulatorier.

9.4.2 Dobbeltfokuseret behandling

De forskellige institutioner har i løbet af projektet fået styrket deres indsats ift. dobbeltfokuseret behandling. Samlet set er over halvdelen af projektinstitutionernes målsætninger nået.

Projekternes vurdering

Fra baseline har der været en meget positiv udvikling i projektinstitutionernes vurdering af comorbiditet (Blok 2B), der var 4,8 ved baseline, og 7,4 ved evalueringens afslutning.

Forhold der har forbedret det dobbeltfokuserede udrednings- og behandlingsarbejde.

Årsagerne til denne stigning grunder i en række forhold. Som med familieorienteret alkoholbehandling har det haft stor betydning, at projektinstitutionerne har været på kursus. Det nævnes flere steder, i den forbindelse, at den følgende supervision har sikret, at indholdet af kompetenceudviklingen, herunder implementering af konkrete udredningsredskaber er blevet implementeret i praksis. Denne supervision har derfor været et væsentlig led i opkvalificeringen af personalet og i en forbedret udredning.

I Glostrup Længen, Alkoholbehandlingen i Holstebro og i Misbrugscenter Herning har man ud over projektets kompetenceudvikling investeret i kompetenceudvikling blandt alle medarbejderne omhandlende hhv. dobbeltfokuseret behandling, neuropsykologi og –pædagogik samt mentalisering, hvilket også har bidraget til et styrket fokus på området.

Udredning for comorbiditet

Oversigten nedenfor viser praksis for udredning af comorbiditet i projektorganisationerne.

Tabel 14 Oversigt over brug af hhv. ASI og psykologisk test i alkoholbehandlingsinstitutionerne.

	ASI	Psykologisk test
Odense	ASI	Der benyttes ikke yderligere screeningsredskaber for psykisk comorbiditet.
Slagelse	ASI ønskes anvendt på sigt	På behandlerkonference vurderes, om MCMI-III, BRIEF-V, WAIS-IV eller MOCA skal tilbydes.
Holstebro	ASI	På baggrund af ASI vurderes det, om der skal gennemføres MCMI.
Aabenraa	ASI	Næsten alle der indskrives gennemfører YSQ.
Herning	ASI	Brug af mentaliseringsudredning. Selvscreening for angst, depression, ADHD, bipolar lidelse og personlighedsforstyrrelser.
Glostrup	-	Læge vurderer, om BDI-II og BAI skal anvendes.

Anvendelse af screeningsredskaber

Oversigten viser, at der i alle på nær én institution benyttes redskaber til screening for psykiatrisk comorbiditet. Redskaberne er forskellige, og afhænger af de enkelte institutioners historik og kompetencer. Eksempelvis forudsætter MCMI psykologfaglig bistand, ligesom man i Misbrugscenter Herning har arbejdet ud fra et mentaliseringsparadigme.

Det fremgår også af oversigten, at gennemførelsen af screeningen baseres på forskellige kriterier: I Alkoholbehandlingen i Holstebro tages der udgangspunkt i ASI, i Glostrup Lænkens er man ved at implementere en praksis hvor en læge vurderer, om der skal anvendes BDI-II eller BAI, i Misbrugscenter Slagelse vurderes det på behandlerkonference hvilket screeningsredskab der skal benyttes. I Misbrugscenter Aabenraa er det praksis for næsten alle borgere, der indskrives, at de gennemfører YSQ.

Psykiatrisk sygeplejerske

Man har de fleste steder vanskeligt ved at ansætte eller hyre psykiatrisk bistand – dette nævnes særligt at være et problem for behandlingsinstitutioner ude for storbyerne, men i Alkoholbehandlingen i Odense har man eksempelvis ½ psykiaterstilling mindre ved afslutningen af projektet i forhold til ved opstarten. Inddragelsen af psykiatriske sygeplejersker beskrives dog at være en stor hjælp i forståelsen af psykiatriske problematikker og i dialogen med psykiatrien.

Tværasektorielle sparringsfora

For flere af projektinstitutionerne har man etableret en praksis bestående af tværasektorielle sparringsfora. I Misbrugscenter Herning indgår Alkoholbehandlingen i et

dobbeltfokuseret team, der består af repræsentanter fra beskæftigelse, centralforvaltningen, socialpsykiatrien, psykiatrien (en psykiatrisk sygeplejerske), stof- og alkoholbehandlingen. Teamet mødes ca. én gang om måneden. Et tilsvarende team eksisterer i Alkoholbehandlingen i Holstebro.

Endelig beskrives det, at formaliseringen – f. eks. i Misbrugscenter Slagelse – af samarbejdet, har øget kvaliteten af den dobbeltfokuserede behandling i projektet.

9.4.3 Kvalitetsprocedurer

Fem af de seks alkoholbehandlingsinstitutioner har i projektperioden arbejdet med udvikling af skriftlige kvalitetsprocedurer i alkoholbehandlingen. Den sjette, Alkoholbehandlingen i Odense, havde i forvejen etablerede procedurer. Indsatsområderne har omfattet etablering af behandlingsplaner, klare visitationskriterier, systematik i udredning og behandling, audit, videndeling, stop-op møder mm. Overordnet set har fremdriften på dette område været stor, når man ser på opfyldelsen af milepælene, ca. 75 % er opfyldt.

Alkoholbehandlingsinstitutionerne vurderer også selv en betydelig kvalitetsbedring på området. I deres rating er kvalitetsudvikling generelt (Blok 6) er steget fra 5,5 til 8,2. Kortlægningen (Blok 2A) er steget fra 5,4 til 7,9. Modtagelse og akut behandling af klient (Blok 1) er steget fra 7,5 til 8,3. Visitation og samspil mellem døgn-, dag- og ambulant behandlingstilbud er steget fra 6,0 til 6,3. Se Bilag A og B.

Årsagen til fremgangen skal primært ses i ændring af arbejdsgange og metoder, systematisering og skriftliggørelsen af procedurer i form af guidelines, manualer, instrukser mm.

Guidelines og manualer

Med undtagelse af Alkoholbehandlingen i Odense og til dels Glostrup Længen, som i forvejen havde guidelines på området, er institutionerne gået fra ganske få eller ingen guidelines til at have beskrevet størstedelen af deres behandlinger og procedurer. Flere institutioner har brugt Alkoholbehandlingen i Odenses materiale som inspiration (Bilag J), men samtidig er der udtrykt ønske om mere vejledningsmateriale på området, f.eks. skabeloner, der udspringer fra centralt hold.

Det er stor forskel på, hvordan de pågældende guidelines er udformet. Misbrugscenter Slagelse og Misbrugscenter Aabenraa har eksempelvis udviklet et omfattende antal handleguides på få sider hver, hvor Alkoholbehandlingen i Odense og Glostrup Længen har udviklet en kombination af korte instrukser og længere faglige manualer. I skemaet nedenfor ses en oversigt over udviklingen af guidelines for de forskellige institutioner i projektet.

Tabel 15 Oversigt over institutionernes guidelines ved baseline 2012 og ved slutevalueringen 2014

	Antal guidelines ved baseline 2012	Antal guidelines ved slutevaluering 2014
Odense	10 instrukser 3 manualer	9 instrukser 3 manualer

Slagelse	Handleguides vedr. mediciske område og visitation	44 handleguides, vedr. administrativt, behandlingsperspektiv, behandling, grupper, udlevering/modtagelsen, medicin
Holstebro	3	16
Aabenraa	Ingen	25, derudover er behandlingsprotokol påbegyndt, men ikke færdigbeskrevet
Herning	2	11 ud af 17 er beskrevet
Glostrup	5	10, behandlingskoncept fortsat under udarbejdelse

Det har været hjælpsomt for processen, at Ringgården har bidraget med konsulentbistand i det omfang institutionerne har haft behov herfor. Bistanden har blandt andet omfattet ledelsessparring og identifikation af udviklingsområder. Ringgården har f.eks. været med til at udarbejde en behandlingsprotokol i Misbrugscenter Aabenraa.

I evalueringen af kvalitetsprocedurer er der ikke foretaget en undersøgelse af selve indholdet, ej heller af implementeringen af guidelines. Således kan det konkluderes, at grundlaget for kvalitetsprocedurerne er lagt, ligesom det kan sandsynliggøres at kvaliteten i behandlingen er øget, men det har ikke været muligt at foretage en reel vurdering af guidelines kvalitet og efterfølgelse indenfor evalueringens rammer.

Audits og revisioner

Med formaliseringen af behandlingen har institutionerne lagt grunden til kvalitetsarbejdet. I forhold til at sikre forankringen og en fortsat høj kvalitet af manualer, handleguides mm., er det væsentligt løbende at tage stilling til indholdet, f.eks. ved at revidere retningslinjer og gennemføre audits.

To af projektinstitutionerne foretager systematisk audit, begge steder både kvantitativt og kvalitativt (Odense og Glostrup). For Alkoholbehandlingen i Odense forekommer det en gang årligt ved ekstern supervision af psykologer med deltagelse af psykiatrisk overlæge, lederen fra alkoholbehandlingen og medarbejdere fra hvert team. For Glostrup Lænkens forekommer audits 4-6 gange årligt ved auditgruppe bestående af behandlere fra hvert ambulatorium og den behandlingsansvarlige overlæge.

For de øvrige institutioner er der endnu ingen fast praksis for gennemførelse af audit. Det sker med varierende mellemrum, og med varierende deltagerkreds.

De fleste projektinstitutioner planlægger løbende revision af manualer, guidelines, mm., men da disse for flere af institutionerne er udviklet i projektperioden, er proceduren endnu ikke implementeret systematisk.

Tabel 16 Oversigt over projekternes praksis for audit og revision af guidelines.

	Praksis for audit og revision af guidelines
Odense	<p>Der foretages kvantitativ audit 1 gang årlig (tidligere 4 gange årligt). Deltagelse v. psykiatrisk overlæge, lederen fra alkoholbehandlingen, medarbejder fra behandler-team og fra udgående team. Kvalitativ kontrol foretages v. stikprøve v. leder.</p> <p>Manualer og instrukser planlægges snarligt opdateret.</p>
Slagelse	<p>Der sker p.t. ingen systematisk sagsgennemgang (audit). Der er en beslutning om udarbejdelse af plan herfor. Afdelingslederen har gennemført audit på 10 % af alkoholenhedens journaler sidst i februar 2014, audit'en viste at dokumentationsniveau er blevet vurderet til tilfredsstillende og dækkende.</p> <p>1 gang årligt i første kvartal foretages en revision af handleguides og behandlingsmanualer i samarbejde med den lægefaglige kompetence i institutionen.</p>
Holstebro	<p>Ingen fast audit. Leder gennemfører stikprøvekontrol af sagerne knap én gang om måneden.</p> <p>Medicininstrukser, patientsikkerhed og medicinsk behandling gennemgås i arb. gruppe med læger.</p>
Aabenraa	<p>P.t. ingen fast audit. Næste audit v. leder og alkoholbehandler planlægges afviklet i april 2015.</p> <p>De nye handleguides planlægges revideret løbende.</p>
Herning	<p>Audit foregår årligt, internt. Der skal udarbejdes en systematik i auditeringen.</p> <p>Når alle protokoller (proces og behandling) er udarbejdet (der mangler 6 ud af 17) planlægges en årlig revision heraf.</p>
Glostrup	<p>Der er nedsat auditgrupper bestående af behandlere fra hvert ambulatorium og den behandlingsansvarlige overlæge. Der foretages både kvantitative og kvalitative audits ca. 4-6 gange årligt, temaet varierer.</p>