

Den offentlige indsats på alkoholområdet

Rapport fra en arbejdsgruppe
nedsat af Indenrigs- og
Sundhedsministeriet
og Amtsrådsforeningen



Den offentlige indsats på alkoholområdet

Udgiver:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Amtsrådsforeningen

Redaktion:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Redaktionsgruppen, Schultz

Oplag: 3000

Layout og grafisk produktion:

Schultz Grafisk

ISBN:

ISBN87-90227-79-4 – trykt udgave

ISBN87-90227-81-6 – elektronisk udgave

Udgivet 2002

Rapporten findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside: www.im.dk og
Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk

Indhold

Forord	4
Resumé	6
Anbefalinger	12
1 Den danske alkoholkultur og behovet for behandling	18
2 Ansvarsfordelingen på alkoholområdet	30
3 Behandlingskapacitet og behandlingsindsatsen	34
4 Behovet for at styrke samarbejdet på alkoholområdet	44
5 Storforbrug af alkohol	56
6 Behandlingseffekter og prioritering mellem forskellige behandlingsformer	62
7 Karakteristik af målgruppen, der modtager behandling	68
8 Behandling til særlige målgrupper	70
Personer med sidemisbrug af medicin	70
Personer med dobbeltbelastning	72
Personer med dobbeltdiagnose	73
Gravide med et for højt alkoholforbrug	76
Unge med forbrug af alkohol og stoffer	78
Børn og andre pårørende	80
De udstødte alkoholaafhængige	83
9 Organisering af den akutte afdeling	86
10 Alkoholforskning, alkoholbehandlingsregister og uddannelse	94

Forord

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i samarbejde med Amtsrådsforeningen nedsat en arbejdsgruppe, som skal afdække indsatsen på alkoholområdet og komme med forslag til mål for den fremtidige indsats.

Arbejdsgruppen er nedsat af Sundhedsministeren og Amtsrådsforeningens formand i 2000.

Arbejdsgruppen har haft følgende kommissorium:

"Arbejdsgruppen skal:

- Beskrive alkoholmisbruget og dets udvikling
- Beskrive den eksisterende indsats inden for alkoholbehandling og -efterbehandling, samt, i det omfang det skønnes relevant, tilgrænsende forebyggelsesforanstaltninger
- Afdække problemområder inden for behandlings-, efterbehandlings- og forebyggelsesindsatsen og på baggrund heraf eventuelt fremsætte forslag til den fremtidige tilrettelæggelse.

Blandt de emner, som arbejdsgruppen kan behandle, er:

- Ønskelige og realistiske mål i indsatsen på alkoholområdet, herunder foranstaltninger i relation til forskellige målgrupper
- Samarbejdet mellem institutioner og myndigheder på alkoholområdet, herunder samspillet med private behandlingsinstitutioner, frivillige organisationer m.v.
- Organiseringen på alkoholområdet, herunder finansiering og ansvarsfordeling.

Udvalget skal tillige undersøge mulighederne for øget frit valg til alkoholbehandlingstilbud samt foretage en nærmere undersøgelse af detentionsanbragte."

Rapportens anbefalinger skal indgå i overvejelserne om at fastlægge en strategi for indsatsen på alkoholområdet i de kommende år. Prioriteringen af indsatsen og arbejdsgruppens anbefalinger skal indgå i den samlede samfundsøkonomiske prioritering.

Arbejdsgruppens rapport og anbefalinger bygger dels på oplysninger indhentet fra amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner, dels på inspiration og konkrete input fra en række fagfolk og organisationer på området, blandt andet fra nedsatte projektgrupper, samt nyere litteratur på området.

Arbejdsgruppen gav den 17. august 2001 en midtvejsstatus for gruppens arbejde.

Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til de ressourcemæssige konsekvenser af de fremlagte forslag. Nogle forslag vil kunne gennemføres inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer samt medvirke til at sikre den størst mulige effekt af kommende ressourcetilførsler, men det skønnes, at en række forslag vil kræve tilførsel af yderligere ressourcer.

Arbejdsgruppen har lagt hovedvægt på at beskrive behandlingsindsatsen og har lagt mindre vægt på den forebyggende indsats. Når det gælder behandlingsindsatsen, har arbejdsgruppen ikke taget stilling til effek-

ten af konkrete behandlingsmetoder, men har alene forholdt sig til, at såvel ambulans som døgnbehandling må indgå i den fremtidige indsats.

Arbejdsgruppen har peget på behovet for en mere metodisk og forskningsmæssig tilgang til at udvikle behandlingsområdet. Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til metodik eller konkrete forskningsmetoder.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning: Kirsten Kornum, Ribe Amt (formand); Lars Toft, Amtsrådsforeningen; Frank Ingemann Jensen, Vejle Amt; Peter Juul, Socialministeriet; Eigil Andersen, Socialministeriet; Ole Scharff, Helsingør Polit; Kari Vieth, Kommunernes Landsforening; Philip Engsig-Karup, Blå Kors Danmark; Peter Nyhuus, KFUM's Sociale Arbejde i Danmark; Jan Meincke, Tjele Behandlingscenter; Peer Aarestrup, Videnscenter om alkohol; Dan Orbe, Lænkeambulatorierne i Danmark; Nina Gath, Københavns og Frederiksberg Kommuner; Thomas Clement, Sundhedsstyrelsen; Kit Broholm, Sundhedsstyrelsen; Tobias Neergaard, Indenrigs- og Sundhedsministeriet; Bjarke Thorsteinsson; Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sekretariatsfunktionen har været varetaget af Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i fællesskab. Sekretærer for arbejdsgruppen har været Kit Broholm, Sundhedsstyrelsen; Lars Toft, Amtsrådsforeningen; Tinie Raagaard Petersen og Steen Hartvig Hansen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Under arbejdsgruppen har der været nedsat to projektgrupper, hvori følgende fagfolk på alkoholområdet har deltaget: Anette Søgård Nielsen, Alkoholbehandlingscenteret i Odense; Per Nielsen, Behandlingshjemmet Ringgården; Ulrik Becker, Alkoholenheden i H:S, Hvidovre Hospital; Sverre Barfod, Praktiserende læge; Peer Aarestrup, Videnscenter om alkohol; Jan Meincke, Tjele Behandlingscenter; Eigil Andersen, Socialministeriet; Søren Niendam, Frederiksborg Amt; Dan Orbe, Lænkeambulatorierne i Danmark; Kari Vieth, Kommunernes Landsforening; Philip Engsig-Karup, Blå Kors Danmark; Peter Nyhuus, KFUM's Sociale Arbejde i Danmark; Bente Skov, København og Frederiksberg Kommuner.

Endelig har arbejdsgruppen modtaget skriftlige bidrag fra følgende fagfolk på alkoholområdet: May Olufsson, Hvidovre Hospital; Helene Bygholm, Alkoholbehandlingscenteret i Århus Amt; Bent Nielsen, Odense Universitets Hospital; Henrik Rindom, Hvidovre Hospital; Margaretha Järvinen, Københavns Universitet.

Arbejdsgruppen afgiver hermed sin rapport.

Kirsten Kornum
Oktober 2002

Resumé

Rapporten indeholder en beskrivelse af udviklingen i alkoholforbruget og i den danske alkoholkultur og belyser sammenhængen mellem forbrugsniveauet og de samfundsmæssige konsekvenser af alkoholforbruget. Den eksisterende indsats inden for alkoholbehandling og -efterbehandling samt tilgrænsende forebyggelsesforanstaltninger beskrives. Den tidlige indsats, ambulant behandling og døgnbehandling vurderes som behandlingstyper med henblik på en prioritering af ressourcerne. Der gives en karakteristik af målgruppen, der modtager behandling og af særlige målgruppers problemer. Der afdækkes en række problemområder inden for forebyggelses-, behandlings-, og efterbehandlingsindsatsen og navnlig vedrørende koordination og sammenhæng i indsatsen. På baggrund heraf fremsættes en samlet strategi for indsatsen på alkoholområdet i form af en række anbefalinger.

I rapporten fremstår bl.a. følgende data:

- Alkohol koster samfundet mellem 6 - 10 milliard kr. årligt ifølge beregninger fra 1999. Heraf ca. 3 milliard kr. i sundhedssektoren
- I 2001 blev der brugt ca. 145 mil. kr. til behandling for alkoholfafhængighed
- 500.000 danskere skønnes at drikke over genstandsgrænserne (14 og 21 genstande pr. uge)
- Af disse 500.000 danskere skønnes ca. 200.000 at være afhængige af alkohol. De resterende 300.000 er storforbrugere
- Omkring 17.500 danskere modtog i 2000 et alkoholbehandlingstilbud, heraf ca. 700 i form af døgnbehandlingstilbud
- De 15-16-årige unge danskere havde i såvel 95 som 99 europarekord i alkoholforbrug
- 60.000 børn og unge i alderen 0-18 år havde i 1999 en forælder, der havde været indlagt på sygehus med en alkoholrelateret hoveddiagnose
- Ca. 15.500 indlæggelser på somatiske sygehuse i 1999 havde en alkoholrelateret hoveddiagnose
- Ca. 8.300 indlæggelser i psykiatrien havde i 1999 en alkoholrelateret hoved- eller bidiagnose.

Rapporten i hovedtræk

Den danske alkoholkultur og behovet for behandling

Arbejdsgruppen konstaterer, at Danmark har et højt alkoholforbrug navnlig i nordisk, men også i europæisk sammenhæng. Den danske alkoholkultur er karakteriseret ved et meget afslappet forhold til alkohol. Alkoholforbrug betragtes som et privat anliggende, hvilket skaber store barrierer for, at såvel pårørende som fagfolk forholder sig til og tidligt griber ind i forhold til alkoholproblemer.

Når det gælder de unges brug af alkohol ligger danske unge i toppen, når man sammenligner med de øvrige europæiske lande. Blandt børn i 5.-7. klasse ses en stigning i alkoholforbrug trods indførelse i 1998 af et forbud mod butikssalg af alkohol til børn under 15 år. En tidlig alkoholdebut og et højt alkoholforbrug som ung er risikofaktorer for senere udvikling af et alkoholmisbrug. Samtidig betyder de unges tidlige og meget beruselsesorienterede alkoholforbrug, at de risikerer mange farlige og negative oplevelser, der giver dem et ungdomsliv med forringet kvalitet. Der er derfor grund til at tage de unges alkoholforbrug alvorligt.

Når det gælder de voksnes brug af alkohol, viser en undersøgelse, der er gennemført i alle de nordiske lande, betydelige forskelle i forbruget. Der er navnlig forskelle mellem de

danske kvinders alkoholforbrug og alkoholforbruget blandt kvinderne i de øvrige nordiske lande. De danske kvinder drikker mellem dobbelt og tre gange så meget som kvinderne i andre nordiske lande. Forskellen er mindre, men stadig stor, når man ser på de danske mænds forbrug og forbruget blandt mænd i de andre nordiske lande.

Konsekvenserne af danskernes høje alkoholforbrug er, at sygelighed og dødelighed på grund af alkoholmisbrug er højere i Danmark end i fx de andre nordiske lande.

De skadelige virkninger af et højt alkoholforbrug rammer ikke kun de ca. 200.000 alkoholafhængige, der findes i Danmark, men også nogle af de mange, som drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, eller som drikker mere end 4-6 genstande på en gang.

Arbejdsgruppen anbefaler, at samfundet bredt sætter den danske alkoholkultur på dagsordenen. Den enkelte skal tage ansvar for eget forbrug og de professionelle fagpersoner, der møder alkoholproblemer, skal forholde sig til problemet og vurdere mulighederne for at støtte eller henvise til relevant behandling.

Ansvarsfordelingen på alkoholområdet

Lovgivningen, der regulerer den forebyggende indsats, behandlingsindsats, efterbehandling og social opfølgning på alkoholområdet, såvel på det overordnede niveau som på borgerniveau, er spredt på mange forskellige love. Det forudsætter, at der finder et tæt samarbejde sted såvel mellem amter og kommuner som mellem sektorer, forvaltninger og fagfolk, hvis den forebyggende, behandlende og efterbehandlende indsats skal have en optimal effekt.

Behandlingskapacitet og behandlingsindsatsen

Vurderingen af indsatsen bygger på materiale indsamlet i amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner. Det konstateres, at udviklingen i ressourceforbruget fra 1993 til 2001 har været jævnt stigende men på et i forhold til Norge og Sverige lavt niveau.

Behandlingsindsatsen gives i dag på alkoholambulatorier, der drives af amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner. Her kan borgerne henvende sig og blive visiteret til behandling. Behandlingen er i dag overvejende ambulante behandling og i begrænset omfang døgnbehandling. Fire procent kommer i døgnbehandling, hvor hovedparten foregår på private behandlingshjem. Generelt har personer, der henvender sig på alkoholambulatorierne, været afhængige af alkohol i en længere årrække, hvilket viser behovet for at prioritere den tidlige indsats.

Det konkluderes, at kapaciteten, for så vidt angår ambulante- og døgnbehandling er præget af begrænsede ressourcer. Trods en stigning i de afsatte ressourcer står indsatsen ikke mål med det skønnede behov for ambulante- og døgnbehandling. Det vurderes, at der er et generelt behov for styrkelse af såvel kvantitet som kvalitet i tilbudene. Tilbudene bør ligeledes være let tilgængelige og kendte og dermed i det enkelte amt understøtte en hensigtsmæssig adgang til alkoholbehandling. Endelig foreslås det, at den frie adgang til døgnbehandling, hvorefter praktiserende læger og sygehuslæger kan visitere til døgnbehandling, øges inden for en given økonomisk ramme. Det forudsætter metoder til afklaring af indikation for henholdsvis ambulante- og døgnbehandling, etablering af landsdækkende faglige kriterier for god behandling, samt at der i det enkelte amt etableres et netværk mellem ambulatoriet og visiterende læger i amtet.

Behovet for at styrke samarbejdet på alkoholområdet

Problemer forårsaget af en u hensigtsmæssig omgang med alkohol skal identificeres og omsættes til handling. Frontpersonale på social- og sundhedsområdet, der møder personer med alkoholproblemer, skal skærpe opmærksomheden om alkoholproblematikken med henblik på tidlig indsats. Oplysninger om mulighederne for alkoholbehandling skal udbredes med det formål, at borgerne får bedre mulighed for at opsøge behandling på eget initiativ. Frontpersonale, som eksempelvis læger, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger skal ligeledes have tilstrækkelig viden om alkoholområdet til at kunne tage hånd om de personer, de møder med alkoholproblemer med henblik på at støtte dem i at kontakte behandlingssystemet.

En række af arbejdsgruppens forslag er rettet mod en bred vifte af tiltag, der skal sikre en sammenhængende indsats. Der peges på etablering af faste samarbejdsstrukturer mellem amter og kommuner, relevant sundhedspersonale, herunder de praktiserende læger samt de frivillige organisationer, for at planlægge og koordinere den forebyggende indsats, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling. Det anbefales endvidere, at der i amter og kommuner sikres en organisatorisk forankring af arbejdet med at skabe en sammenhængende alkoholindsats generelt og i forhold til den enkelte person med alkoholproblemer. Herunder peges eksempelvis på en særlig indsats i forhold til børn i misbrugsfamilier.

Den manglende koordination mellem amt og kommuner giver problemer i forhold til opgaveløsningen f.eks. i forhold til børn i familier med alkoholproblemer. Disse børn er et karakteristisk eksempel på en gruppe, hvis belastninger ikke afdækkes og som følge heraf heller ikke modtager den relevante støtte.

Storforbrug af alkohol

Begrebet storforbrug contra forbrug samt overvejelser om prioriteringer af indsatsen drøftes i rapporten. En uforholdsmæssig stor andel af antallet af ulykker i forbindelse med trafik, vold, brand, drukneulykker og lignende skyldes beruselse blandt storforbrugere og de, der drikker mere end 4-6 genstande på en gang. Samtidig kan storforbrug af alkohol være forstadiet til et afhængigt forbrug. Derfor er en forebyggende indsats rettet mod storforbrug, herunder en indsats rettet mod beruselse og risikosituationer, et væsentligt indsatsområde. De alment praktiserende læger har en nøglefunktion, da en kvalificeret kort intervention i almen praksis har en effekt.

Da de unge udgør en stor gruppe blandt de beruselsesorienterede storforbrugere, er det vigtigt med en indsats i denne gruppe. En indsats skal være bredspektret og skal navnlig sigte på, at de voksne, der medvirker som normdannere for de unges liv, bliver opmærksomme på behovet for at reducere de unges alkoholforbrug. Det kan f.eks. ske gennem forældres normsætning, etablering af alkoholpolitikker og rådgivning på uddannelsesinstitutionerne og gennem skabelse af trygge festmiljøer for de unge.

Behandlingseffekter og prioriteringen mellem forskellige behandlingsformer

I vurderingen indgår bl.a. effekten af korttidsintervention i almen praksis og effekten af ambulans og døgnbehandling. På baggrund af primært en svensk udredning af effekten af alkoholbehandling konstateres det, at der ikke er fundet mærkbare forskelle i effektiviteten af ambulans- og døgnbehandling, men der er forskel på, hvilke grupper der profiterer mest af henholdsvis ambulans- og døgnbehandling. De mest alkoholafhængige med de største sociale belastninger ser ud til at profitere mest af døgnbehandling. Det begrænsede antal

døgnbehandlingspladser i døgnspektoren betyder, at de mest alkoholafhængige har svært ved at få et behandlingstilbud, som passer til deres behov.

Sammenhængen mellem pris og effektivitet gør, at ambulante behandling bør foretrækkes i de tilfælde, hvor den må antages at være ligeså effektiv som døgnbehandling.

Det vurderes, at alle specifikke behandlingsmetoder er stort set lige effektive, dog med større effektivitet ved inddragelse af familie og pårørende. Det betyder, at det vil være relevant at betragte alkoholproblemerne i et helhedsperspektiv med inddragelse af familien og pårørende i en behandlingsplan. Korttidsintervention vurderes at være en effektiv behandlingsform over for storforbrugere. Det betyder, at de praktiserende lægers rolle er helt afgørende for en forbedring af en tidlig, billig og effektiv behandlingssindsats.

Karakteristik af målgruppen, der modtager behandling

Gruppen af storforbrugere og alkoholafhængige, der modtager behandling, er en meget forskelligartet gruppe. De fleste har et langvarigt, stort alkoholforbrug bag sig, mange er i faste parforhold, og mange har tilknytning til arbejdsmarkedet og er i deres bedste arbejdsmæssige alder. De behandlingssøgende storforbrugere og alkoholafhængige har således fortsat mange ressourcer.

Behandling til særlige målgrupper

Rapporten beskriver en række målgrupper med særlige behov for behandling, som ikke tilgodeses tilstrækkeligt i dag. Det drejer sig om følgende grupper:

- Personer med sidemisbrug af medicin
- Personer med dobbelt belastning
- Personer med dobbeltdiagnose: Alkoholisme og sindssygdom

- Gravide med et for højt alkoholforbrug
- Unge med forbrug af alkohol og stoffer
- Børn og andre pårørende
- De udstødte alkoholafhængige.

Ved at indkredse, hvad der karakteriserer den enkelte gruppe og ved at beskrive, hvilken behandlingsform gruppen typisk modtager i dag, og hvilke problemer, der er hermed, nås frem til forslag om en bedre fremtidig behandlingssindsats for den enkelte gruppe.

Organisering af den akutte afrusning

Udredningsarbejdet har særligt skulle vurdere organiseringen af og komme med forslag til en mere hensigtsmæssig afvikling af den akutte afrusning. Kritik af den akutte alkoholafrusning, der for en stor del foregår i politiets detentioner, har været rejst mange gange i forskellige sammenhænge, oftest i forbindelse med dødsfald i detentionen.

Udover politiets afrusning er der endvidere beskrevet tre modeller for organiseringen af afrusningen: Afrusning på sygehuse, i socialt regi på forsorghjem og ved inddragelse af behandlingssinstitutionerne i afrusningen.

Der lægges vægt på to forhold: Dels at afrusningen sker på en forsvarlig måde og dels, at den afrusede motiveres til at søge behandling. Afrusningen skal således ske som en del af en større helhed på alkoholbehandlingsområdet.

Udvalget anbefaler, at det overlades til de enkelte amter selv at træffe aftaler om den konkrete organisering af afrusningen. For hurtigt at kunne indsamle erfaringer opfordrer arbejdsgruppen til, at der igangsættes et udviklingsprojekt i et eller flere amter. Her kan f.eks. udarbejdes lokale visitationsretningslinier for beruserne.

Alkoholforskning, alkoholbehandlingsregister og uddannelse

Alkoholforskningen er blevet styrket væsentligt de sidste 10 år, idet Sundhedsstyrelsen og Alkoholpolitisk Kontaktudvalg har givet støtte til flere projekter under de 5-årige alkoholforskningsprogrammer. Senest er der i 2002 etableret et alkoholforskningscenter på Statens Institut for Folkesundhed.

Dokumentationen er dog stadig præget af stor tilfældighed. Det anbefales derfor, at der etableres et alkoholbehandlingsregister i Sundhedsstyrelsen.

Der er desuden behov for en forskningsbaseret evaluering af det danske alkoholbehandlingsystem med henblik på at kunne give

retningslinjer for en justering og udvikling af alkoholbehandlingssystemet, således at det fungerer så effektivt som muligt.

Endvidere er der behov for økonomiske analyser af, i hvor høj grad en større investering i forebyggelse og behandling vil betyde samfundsøkonomiske besparelser.

Det anbefales, at man ikke bare gør alkohol til en fast del af social- og sundhedsuddannelserne, men at man også skaber et fagligt forum, som kan udvikle og kvalificere den nødvendige efteruddannelse.

Endvidere bør der forsøges etableret en ny uddannelse som alkoholbehandler, som hviler på et bredere grundlag end de uddannelser, der findes i dag.

Anbefalinger

1. Det anbefales, at man overalt i samfundet sætter den danske alkoholkultur på dagsordenen. Normen bør være, at enhver selv tager ansvar for at have et moderat alkoholforbrug, at umådeholdent drikkeri er uacceptabelt, og at den enkelte også har ansvar for at tage hånd om alkoholproblemer i familien, blandt venner og kolleger.

Den danske alkoholkultur accepterer et stort og hyppigt alkoholforbrug, alkoholforbrug i mange sammenhænge samt beruselse, navnlig hos de unge. Dette er en væsentlig årsag til det høje danske alkoholforbrug og de deraf følgende store samfundsmæssige omkostninger på mindst 6-10 mia. kr. om året. Den accepterende alkoholkultur kombineret med stigmatiseringen af det synlige misbrug gør det vanskeligt at gribe tidligt ind i forhold til begyndende misbrugsproblemer i familien og blandt venner og kolleger.

2. Det anbefales, at der etableres faste samarbejdsstrukturer mellem amter, kommuner, relevant sundhedspersonale, herunder de alment praktiserende læger, samt relevante frivillige organisationer med henblik på at planlægge og koordinere den forebyggende indsats, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling.

Alkoholbehandling og alkoholforebyggelse forudsætter en indsats i flere sektorer og samarbejde mellem amt og kommune. Der er derfor et stort behov for en løbende koordination mellem alkoholbehandlingssektoren, den sociale sektor og den primære og sekundære sundhedstjeneste samt de frivillige foreninger. Samtidig er der behov for en sammenhæng mellem den forebyggende indsats, herunder regulering af tilgængeligheden af alkohol, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling i amter og kommuner.

3. Det anbefales, at der i amter og kommuner sikres en organisatorisk forankring af en sammenhængende alkoholindsats i forhold til den enkelte misbruger.

Ansvar for alkoholbehandling ligger hos amterne, mens ansvaret for efterbehandling ligger hos kommunerne. Det er vigtigt, at der i forhold til den enkelte misbruger er sammenhæng i den indsats, der tilbydes fra det offentlige side både i forhold til behandling og social støtte.

4. Det anbefales, at samarbejdet mellem myndighederne og de alkoholmisbrugsbekæmpende foreninger fastholdes og styrkes.

De alkoholmisbrugsbekæmpende foreninger yder et væsentligt bidrag til det offentlige indsats på alkoholområdet. De private foreninger og organisationer står for langt størstedelen af døgnbehandlingstilbuddet og en stor del af det ambulante behandlingstilbud. Også hvad angår efterværn spiller de private foreninger en stor rolle, idet foreningerne har etableret alkoholfri klubber og væresteder for tidligere alkoholmisbrugere.

5. Det anbefales, at der i de enkelte amter træffes klare aftaler om indhold og opgavefordeling i forbindelse med akut afrusning, herunder også i forhold til detentionsanbragte. Det anbefales endvidere, at der igangsættes et udviklingsprojekt i et eller flere amter, hvor der fokuseres på udvikling af hensigtsmæssige metoder og organisationsformer.

Akut afrusning bør ses som en del af en større helhed på alkoholbehandlingsområdet. Der bør i de enkelte amter træffes klare aftaler for, hvilke myndigheder og institutioner der har hvilke opgaver på området. Der bør ligeledes formuleres kriterier for, af hvem, hvor ofte og hvordan berusere skal overvåges, samt hvorledes beruserne sikres rådgivning om alkoholbehandling. For at udvikle samarbejdet og indsatsen i forhold til akut afrusning vil det være relevant at igangsætte udviklingsprojekter.

6. Det anbefales, at skoler, ungdomsklubber og sportsklubber m.v. samarbejder og ind-

drager forældre og de unge i udarbejdelse af alkoholpolitikker, der tager sigte på at udskyde alkoholdebut og mindske de unges alkoholforbrug. Det anbefales endvidere, at der etableres ungdomsrådgivninger med mulighed for rådgivning tæt på de unges hverdagsmiljø. Ungdomsrådgivningerne kan tage udgangspunkt i bredere trivselsproblemer og i denne sammenhæng med de unges brug af rusmidler.

De danske unges europarekord i alkoholforbrug er meget bekymrende. Forældre har som rollemodeller og normsættere en afgørende mulighed for at arbejde for en udskydelse af de unges alkoholdebut og en moderering af de unges forbrug.

7. Det anbefales, at der foretages en systematisk organisering af indsatsen på alkoholområdet i kommunerne, hvilket for eksempel kan omfatte bevillingsnævnenes opgaver. Det anbefales, at der gennemføres en strammere politik ved tildeling af alkoholbevillinger. Det anbefales, at restaurationslovens muligheder for at indføre kortere bevillingsperioder udnyttes, og at det gøres lettere at fratage en bevilling. Endvidere anbefales det, at der ved tildeling af alkoholbevillinger fastsættes forbud mod aggressiv markedsføring af alkohol, som for eksempel gratis transport af unge til barer og restauranter og udskænkning af spiritus til særlig lave priser.

En strammere politik ved tildeling af alkoholbevillinger skal blandt andet sikre tryggere festmiljøer, hvilket er særligt relevant i ungdomsmiljøerne. Dette kan ske ved, at restaurationslovens muligheder for at fastsætte vilkår for restaurationsbevillinger udnyttes i højere grad, end det sker i dag. Eksempelvis kan nævnes kortere bevillingsperioder på for eksempel 2 år, skærpede vilkår for at opnå godkendelse til restauratør eller diskoteksbestyrer, samt at bevillingsmyndighederne udnytter muligheden for at godkende personale som for eksempel dørmænd. Endelig skal

personalet sikres relevant uddannelse i at håndtere jobbet som bartender, dørmænd m.v.

8. Det anbefales, at der i et samarbejde med detailhandlen og udskænkingsstederne skabes respekt om reglerne for salg og udskænkning af alkohol til børn og unge. Det anbefales, at det overvejes at udarbejde differentierede regler for salg af alkohol til unge, for eksempel således at aldersgrænsen for salg af spiritus sættes op til 18 år.

Der bør særligt fokuseres på udskænkning og salg af alkohol til børn og unge. De unge har i dag alt for let ved at skaffe sig alkohol på trods af, at det ikke er tilladt at sælge alkohol til børn under 15 år og at udskænke alkohol til unge under 18 år. De helt unge og særligt de unge piger har et stigende forbrug af hård spiritus. Det hænger til dels sammen med, at visse former for spiritus målrettes de helt unge. For eksempel kan nævnes sodavandsprodukter tilsat spiritus.

9. Det anbefales, at de praktiserende læger, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger og andre faggrupper, som møder borgere med alkoholproblemer, skærper opmærksomheden om alkoholproblematikken med henblik på tidlig indsats.

Alkoholproblemer er en stor belastning for den enkelte og for familien. Den hjælp, den enkelte og familien har brug for, kan være meget forskellig. Hjælpen kan være råd og vejledning til at stoppe et begyndende alkoholproblem, før det udvikler sig til et egentligt behandlingsbehov. Eller det kan være hjælp til at komme i behandling, hvor alkoholproblemet har udviklet sig til afhængighed. Det anbefales derfor at øge opmærksomheden på alkoholproblematikken, hvor borgeren normalt søger hjælp, for eksempel hos den praktiserende læge, socialforvaltningen eller andet frontpersonale, således at det gøres legitimt at tage alkoholproblemer op med klienten.

10. Det anbefales, at oplysningerne om mulighederne for alkoholbehandling udbredes med det formål, at borgeren får bedre mulighed for at opsøge behandling på eget initiativ. Og at alle grupper af frontpersonale, som for eksempel læger, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger m.v., ligeledes får tilstrækkelig viden om alkoholområdet til at kunne oplyse om mulighederne for behandling.

Kendskabet til behandlingsmuligheder er generelt ikke tilstrækkeligt stort hos borgeren eller hos frontpersonalet som for eksempel læger, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger m.v. Det anbefales derfor, at oplysningerne om mulighederne for alkoholbehandling udbredes med det formål, at borgeren får bedre mulighed for at opsøge behandling på eget initiativ. Og at alle grupper af frontpersonale og sundhedspersonale ligeledes får bedre mulighed for at oplyse om mulighederne for behandling.

11. Det anbefales, at der i hvert amt uddannes et antal praktiserende læger i tidlig intervention på alkoholområdet/den motiverende samtale. Endvidere anbefales det, at de praktiserendes lægers rolle i forhold til forebyggelse tages op ved overenskomstforhandlingerne mellem staten og de amtskommunale parter.

De praktiserende læger er en faggruppe med en meget bred kontaktflade til mennesker med alkoholproblemer. Selvom der stadig er åbne spørgsmål vedrørende målgruppe, intensitet og udformning af tidlig intervention i almen praksis, peger undersøgelser på, at en sådan kort intervention har en effekt. Det anbefales derfor, at der i hvert amt uddannes et antal praktiserende læger i tidlig intervention på alkoholområdet/den motiverende samtale. Dette arbejde må stadig betragtes som et udviklingsarbejde, hvorfor det vil være relevant at tilknytte forskning hertil. De læger, der uddannes i tidlig intervention, kan eventuelt forestå videreud-

nelsen af amtets øvrige læger på området, samt i samarbejde med den amtskommunale behandlingsekspertise rådgive læger omkring visitation til behandling.

12. Det anbefales, at alkoholbehandlings-systemet styrkes med henblik på at kunne yde et mere kvalificeret og differentieret behandlingstilbud til mennesker, der har behov for behandling.

Alkoholbehandlingsområdet er underlagt ressourcemæssige rammer med konsekvenser for kvaliteten i ydelserne og for behandlingstilbudenes tilgængelighed. Indsatsen på alkoholbehandlingsområdet bør ses i sammenhæng med indsatsen i det øvrige sundhedsvæsen og sociale sektoren. For eksempel behandler man i sygehusvæsenet skaderne efter et langvarigt misbrug, og i den sociale sektor ser man følgerne i form af anbringelse af børn uden for hjemmet samt vanskeligheder med aktivering af voksne.

13. Det anbefales, at der tilbydes en bred vifte af behandlingsmuligheder, så det bliver muligt for den enkelte borger at få det relevante behandlingstilbud.

Der er ingen behandlingsmetode, der har vist sig at være andre behandlingsmetoder overlegen. Men misbrugere kan have individuelle behov, der har betydning for, hvilken form for behandling, der virker. Der skal derfor være så bred en vifte af behandlingstilbud som muligt og behandlingsmulighederne skal være kendt for både den, der har behov for behandling, og det frontpersonale, som møder misbrugeren i sin dagligdag.

14. Det anbefales, at antallet af døgnbehandlingspladser, omfattet af det frie valg til behandling, øges inden for en på landsplan fastsat ramme for antallet af døgnbehandlingspladser. Det anbefales, at der ved godkendelse af behandlingstilbuddene og dimensioneringen af døgnbehandlingen tages et særligt hensyn til, at også de tunge-

ste og mest afhængige misbruges behov tilgodeses.

En forudsætning for anbefalingen er, at der udvikles standarder og etableres et amtsligt tilsyn, der giver mulighed for at vurdere det faglige indhold og kvaliteten i alkoholbehandlingen. Borgeren har i dag frit valg til ambulante alkoholbehandling. Der er ligeledes formelt frit valg til døgnbehandling, men i praksis er adgangen særdeles begrænset, fordi kun tre behandlingshjem er omfattet af det frie valg. Det er påvist, at de allertungeste misbrugere ikke får et relevant behandlingstilbud i det eksisterende behandlingssystem. Meget peger på, at navnlig de mest marginaliserede og afhængige misbrugere vil kunne profitere af et døgnbehandlingstilbud. Derfor skal det sikres, at også de tungeste og mest afhængige misbruges behov tilgodeses. Ved en eventuel forøgelse af antallet af døgnbehandlingspladser skal det sikres, at det ambulante tilbud ikke svækkes. I stedet skal ambulante og døgnbehandling ses som et samlet tilbud, hvor den ene form for behandling kan supplere den anden.

15. Det anbefales, at alkoholambulatorierne generelt styrkes med henblik på at kunne yde et mere kvalificeret og differentieret behandlingstilbud og til at kunne deltage i planlægningen og det koordinerende arbejde i kommunerne.

Der er en del dokumentation for forskellige behandlingsmetoders effekt, hvorfor der er gode muligheder for at udvikle et behandlingstilbud, der i højere grad er systematisk, vidensbaseret og eventuelt individuelt tilpasset. Alkoholambulatorierne bør have ressourcer til dels at foretage den indledende udredning af klientens og de pårørendes behandlingsbehov dels at deltage i det planlæggende og koordinerende arbejde i kommune og amt.

16. Det anbefales, at alkoholmisbrug ikke udelukkende opfattes som et individuelt problem, men også som et familieproblem,

der omfatter de pårørende, herunder børnene.

Der er forskningsmæssig dokumentation, der peger på, at familiebehandling er mere effektiv end individuel behandling. Der er desuden dokumentation for, at pårørende og navnlig børn belastes af en opvækst i familier med misbrug. Børnenes behov i en familie med alkoholmisbrug skal afklares, eksempelvis for at kunne give bredere social støtte til de børn, som har behov herfor, eller et forebyggende tilbud eller egentlig behandling. Denne afklaring kan, ligesom den forebyggende støtte, hensigtsmæssigt ske på alkoholambulatorierne.

17. Det anbefales, at der i forhold til gruppen af sindslidende med misbrug etableres særlige tilbud baseret på viden om såvel psykiatri som misbrug.

Mange mennesker med psykiske lidelser har også problemer med alkohol. I alkoholbehandlingssystemet har man vanskeligt ved at behandle misbrugere med psykiske lidelser, ligesom det psykiatriske system har vanskeligt ved at behandle den store gruppe af psykisk syge med misbrug. Et særligt tilbud baseret på viden om både misbrug og psykiske lidelser vil kunne bedre denne gruppe af misbruges mulighed for at profitere af behandlingen.

18. Det anbefales, at der i hvert amt oprettes særlige tilbud til støtte for gravide misbrugere.

Det er velkendt og veldokumenteret, at alkohol skader fostret under hele graviditeten, ligesom en medfødt alkoholskade kan vise sig senere i barnets udvikling. Tilbuddet til gravide alkoholmisbrugere er forskelligt fra amt til amt. Erfaringer viser, at gravide er meget motiverede for rådgivning, støtte og behandling med henblik på at forebygge, at deres barns udvikling skades.

19. Det anbefales, at der i alle sundhedsuddannelser, sociale uddannelser, pædagogiske uddannelser og ved uddannelse af politiet indlægges et modul om alkoholproblemer.

Der er en lang række faggrupper, som møder mennesker med alkoholproblemer. Forudsætningen for, at der sker en tidlig indsats i forhold til mennesker med alkoholproblemer er, at disse faggrupper kvalificeres til at se og håndtere de alkoholproblemer, de møder. Disse faggrupper skal derfor gives nogle metoder og værktøjer, som er relevante for, at den konkrete faggruppe kvalificeres til at se alkoholproblemer hos patienter og klienter og til at kunne motivere til behandling.

20. Det anbefales, at der arbejdes videre med planerne om at oprette en egentlig alkoholbehandleruddannelse, hvor også andre metoder end Minnesotamodellen indgår. Det anbefales videre, at der oprettes efteruddannelse for alkoholbehandlere med vægt på metodeudvikling. Og endelig at der gives mulighed for, at frontpersonale kan videreuddanne sig i alkoholspørgsmål.

De to eksisterende alkoholbehandleruddannelser er rettet mod Minnesotabehandling. Forudsætningen for, at der fortsat er en metodisk bred vifte af behandlingstilbud, er, at der også sikres uddannelsesmuligheder for de alkoholbehandlingstilbud, der baserer sig på andre metoder end Minnesotabehandling.

21. Det anbefales, at der etableres et alkoholbehandlingsregister med henblik på at skabe overblik over målgruppen og indsatsen samt at give mulighed for at evaluere og udvikle området.

Der er i øjeblikket en meget begrænset viden om indhold og omfang af den indsats, der ydes på alkoholbehandlingsområdet. En relevant dimensionering af indsatsen og udvikling af kvaliteten forudsætter, at der

etableres et overblik over, hvor mange der benytter alkoholbehandlingen, hvor mange der forlader systemet i utide, i hvilke behandlingssenheder dette sker, og over hvor mange genindlæggelser og nyindlæggelser m.v. der foretages.

22. Det anbefales, at der gennemføres en forskningsbaseret evaluering af den danske alkoholbehandling.

Der er megen international dokumentation for effekten af forskellige behandlingsmetoder, men ikke nogen systematisk viden om, efter hvilke metoder behandlingen i dag gennemføres i Danmark. Der er derfor behov for en omfattende forskningsbaseret evaluering af det danske alkoholbehandlingssystem med henblik på at kunne give retningslinjer for en justering og udvikling af alkoholbehandlingssystemet, således at det fungerer så effektivt som muligt. Dette kan ske som evaluering i form af Medicinsk Teknologivurdering ligesom på andre behandlingsområder.



1

Den danske alkoholkultur og behovet

Den danske alkoholkultur adskiller sig på afgørende områder fra alkoholkulturen i de nordiske lande og lande i Sydeuropa. Det medfører store omkostninger – både personligt, socialt og samfundsøkonomisk – og det er derfor nødvendigt at se kritisk på vores prioritering og organisering af hele alkoholområdet. En undersøgelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at alkoholforbruget koster samfundet mellem 6 og 10 mia. kr. om året. En tidlig alkoholdebut og et højt alkoholforbrug som ung øger risikoen for udvikling af et alkoholmisbrug senere i livet, ligesom der er en tydelig sammenhæng mellem det totale forbrug af alkohol og den mængde alkoholproblemer, samfundet får.

Den ændrede danske alkoholkultur

Danmark har et højt alkoholforbrug navnlig i nordisk, men også i europæisk sammenhæng. Mens danskere i 2000 drak 9,5 liter ren alkohol pr. indbygger om året, drak for eksempel nordmænd 4,4 liter, italienere 7,7 og englændere 8,1 liter. (Alkohol og Narkotikastatistik, 2001).

I 50erne drak danskere over 14 år ca. 4,5 liter ren alkohol om året. Men i 60erne ændrede den danske alkoholkultur sig radikalt, og det danske alkoholforbrug har siden midten af 70erne ligget på 11-12 liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år. Mens det registrerede danske alkoholforbrug er stagnerende, skal man være opmærksom på, at der er sket et fald i de sydeuropæiske landes alkoholforbrug i de seneste 20 år. Imens har lande som England og navnlig Irland set en stor forbrugsstigning.

Ændringen af alkoholforbruget i Danmark fra 50erne til i dag har blandt andet sin baggrund i velstandsstigningen. Denne forklaring kan imidlertid ikke stå alene, da udviklingen i andre lande med en velstandsstigning har været helt anderledes. Når alkoholforbruget i Danmark er steget i takt med velstandsstigningen, hænger det formentlig sammen med en historisk forankret holdning til alkohol. Denne holdning sætter friheden til at drikke, som det passer den enkelte, meget højt. Samtidig er der i Danmark en større accept af, at folk optræder beruset i forskellige sammenhænge, end der er i andre lande.

Stigningen i alkoholforbruget i Danmark er et udtryk for, at vores normer og vaner i forhold til alkohol er ændret. Mens det i 50erne var almindeligt at mødes uden at servere alkohol, er det at tilbyde gæster vin eller øl nu det almindelige. De nordiske landes drikkekultur har været mere orienteret mod beruselsen, end det har været almindeligt i middelhavslandene. Her har alkohol i højere grad været en del af måltidet. Med charterturismen er middelhavslandenes drikkemønstre og vinkultur blevet importeret, uden at det har betydet et opgør med øl- og ruskulturen. Vin til maden er blevet en accepteret del af den danske hverdag, mens vin tidligere var noget, der blev serveret ved festlige lejligheder. Samtidig er det stadig accepteret for eksempel at drikke sig fuld, når man går "i byen", og når man fester.

I dag er der i Danmark mange situationer, hvor det er i orden at drikke alkohol. I andre kulturer er det derimod et signal om eventuelle alkoholproblemer, hvis man drikker uden for måltidet, eller hvis man bliver set beruset på et offentligt sted. Sådanne normer eller spilleregler på alkoholområdet har en beskyttende funktion og dæmper alkoholforbruget.

I Danmark er der meget få beskyttende normer vedrørende alkohol, selvom der er sket

for behandling

ændringer de seneste år. Der er sket et markant fald i andelen af alkoholrelaterede færdselsdrab på 40 pct. fra 1986 til 1999. På trods af en mindre stigning i de seneste år er dette fald et udtryk for, at det har været muligt i store dele af befolkningen at gøre det socialt uacceptabelt at køre bil, når man har drukket. På samme måde er der i de seneste 10-15 år sket en udvikling i retning af at acceptere, at alkohol og arbejde ikke hører sammen. Der drikkes meget mindre på arbejdspladserne, og mange arbejdspladser har en alkoholpolitik. Forbruget af alkohol er imidlertid ikke blevet mindre i perioden, fordi alkohol i stedet drikkes i fritiden og i vid udstrækning i hjemmet.

De unges forbrug

I den periode, hvor alkoholforbruget generelt er stagneret, er de unges alkoholforbrug steget. I 1984 drak 20 pct. af de 15-årige piger alkohol hver uge. I 1998 var det 38 pct. Tilsvarende er andelen af 15-årige drenge, der drak alkohol hver uge, steget fra 15 pct. i 1984 til 46 pct. i 1998. (WHO's skolebørnsundersøgelsen ved Bjørn Holstein).

Blandt børn i 5-7 klasse ses et alkoholforbrug. Men forbruget så ud til at falde i netop denne gruppe af børn, efter at der blev indført et forbud mod salg af alkohol til børn under 15 år, og efter at der var blevet gennemført en informationsindsats rettet mod forældre. I 2001 ser disse børns alkoholforbrug igen ud til at være steget. Det kan være et udtryk for, at en stabil ændring af forældres normer omkring børns alkoholforbrug kræver en mere vedvarende indsats.

De danske 15-16-åriges alkoholforbrug lå i 1995 højt i Europa i en sammenligning med unges alkoholforbrug i 26 europæiske lande. I 1999 blev undersøgelsen gentaget i 30 lande. Igen lå de danske unge højt med et forbrug, der er steget fra 1995 til 1999. I 1995 sagde 34 pct. af de danske drenge, at

de havde været fulde 10 gange eller mere inden for det seneste år. I 1999 var denne andel steget til 43 pct. I en dansk undersøgelse af alkoholforbruget (Sundhedsstyrelsen) svarer 38 pct. af de 18-19-årige unge mænd og 20 pct. af de unge kvinder, at de drikker på eller over genstandsgrænserne på 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd. Mere end 1/3 af disse unge mænd har således et risikabelt alkoholforbrug.

En tidlig alkoholdebut og et højt alkoholforbrug som ung er risikofaktorer for senere udvikling af et alkoholmisbrug. Der er derfor grund til at tage de unges alkoholforbrug alvorligt.

De voksnes forbrug

Som nævnt ovenfor drikker mange unge over eller på genstandsgrænserne. Men der er færre af de voksne fra 20 år og opefter, der drikker på eller over genstandsgrænserne, end det er tilfældet blandt de unge. Den laveste andel, der drikker på eller over genstandsgrænserne, findes hos kvinder mellem 20 og 39 år og hos mænd mellem 30 og 39 år. 8 pct. af kvinderne og 17 pct. af mændene siger, at de drikker på eller over genstandsgrænserne. Det er netop i den periode, hvor mange har små børn. I de øvrige aldersgrupper er det 22-25 pct. af mændene og 14-17 pct. af kvinderne, der siger, de drikker på eller over genstandsgrænserne (Sundhedsstyrelsen, 2001).

En undersøgelse af alkoholforbruget blandt voksne, der er gennemført i alle de nordiske lande, peger på meget betydelige forskelle. Der er navnlig forskelle mellem de danske kvinders alkoholforbrug og alkoholforbruget blandt kvinderne i de øvrige nordiske lande. Mens danske kvinder i gennemsnit drikker 3,6 liter alkohol om året, drikker kvinderne i Norge kun 1,2 liter, i Finland 1,6 liter og i Sverige 1,8 liter alkohol om året. De danske kvinder drikker således mellem dobbelt og

tre gange så meget som kvinderne i andre nordiske lande. Se tabellen nedenfor.

Forskellen er mindre, men stadig stor, når man ser på de danske mænds forbrug og forbruget blandt mænd i de andre nordiske lande. Mens danske mænd i gennemsnit oplyser, at de drikker 7,4 liter alkohol om året, drikker mændene i Norge kun 3 liter, de svenske mænd 4,2 liter og de finske mænd 5,1 liter.

af mændene og 1 pct. af kvinderne, som drikker alkohol 4 eller flere gange om ugen. Se tabellen på næste side.

Det skal bemærkes, at det selvrapporterede alkoholforbrug adskiller sig fra det forbrug, der kan rapporteres gennem opgørelsen over salget af alkohol på grund af tilbøjeligheden til at underdrive eget forbrug.

Oplyst gennemsnitsforbrug og andel af storforbrugere

	Gennemsnit pr. år i liter alkohol	Forbrug (%) konsumeret af de mest drikkende 10 %	Procentdel storforbrugere (årligt 10 liter +)
Mænd			
Danmark	7,4	34,4	24,2
Finland	5,1	39,4	13,6
Norge	3,0	48,3	5,2
Sverige	4,2	37,3	9,3
Kvinder			
Danmark	3,6	38,3	7,6
Finland	1,6	50,0	2,1
Norge	1,2	51,4	1,2
Sverige	1,8	40,7	1,4

Kilde: SIFA, s.30¹.

Andelen af mænd og kvinder, der oplyser, at de drikker over 10 liter alkohol om året, er tilsvarende markant højere i Danmark end i de andre nordiske lande. I Danmark drikker 24,2 pct. af mændene og 7,6 pct. af kvinderne over 10 liter alkohol om året, mens det for eksempel i Norge drejer sig om 5,2 pct. af mændene og 1,2 pct. af kvinderne.

Tilsvarende drikkes der også meget hyppigere i Danmark, hvor 26 pct. af mændene og 11 pct. af kvinderne oplyser, at de drikker alkohol 4 eller flere gange om ugen, mens det for eksempel i Norge kun drejer sig om 3 pct.

Derimod er der ikke stor forskel på den gennemsnitlige mængde alkohol, der drikkes i den enkelte drikkesituation. Men det gennemsnitlige antal gange, hvor der drikkes mere end 6 genstande er væsentlig højere i Danmark end i de andre nordiske lande. Hvor danske mænd i gennemsnit siger, at de har drukket over 6 genstande 15 gange på et år, siger de norske mænd, at dette er sket 8,8 gange og de finske mænd 10,9 gange (SIFA, 1999).

I en undersøgelse af danskernes alkoholforbrug fra 1979 til 1992 belyses sammenhængen mellem social status og alkoholfor-

¹Pia Mäkelä: "Drinking habits in the nordic countries". Statens institut for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo. 1999

Drikkevaner i Norden

Antal gange der er drukket mere end 6 genstande i en enkelt drikkesituation inden for et år

	Danmark	Finland	Norge	Sverige*
Mænd				
19-34 år	22.6	16.9	17.1	(16.6)
35-54 år	13.1	9.9	5.4	(8.3)
55-71 år	9.3	4.9	1.0	(7.2)
alle mænd	15.6	10.9	8.8	(11.0)
Kvinder				
19-34 år	8.4	4.4	6.4	(10.2)
35-54 år	5.5	2.0	1.3	(2.8)
55-71 år	2.0	0.4	0.1	(0.6)
alle kvinder	5.6	2.0	2.9	(4.7)

*For Sverige gælder, at der her er spurgt til 9 genstande eller mere. Kilde: SIFA, s. 42

brug. Her ses det, at alkoholforbruget er størst blandt dem med den længste skoleuddannelse. Denne sammenhæng eksisterer både i 1979 og i 1992, men i 1992 var der en mindre stigning i gruppen med den længste skoleuddannelse, således at de sociale forskelle på alkoholforbrugets fordeling er blevet mindre (Helle Såbye-Hansen et al, Videnskab og praksis, 1998).

Danmark har således udviklet en intensiv alkoholkultur, hvor det er accepteret at drikke alkohol til hverdag i mange situationer, og hvor beruselse – navnlig blandt unge og blandt mænd – er accepteret i visse kredse. Denne liberale alkoholkultur og de meget få beskyttende normer på alkoholområdet bevirker, at alkoholforbruget i Danmark sammenlignet med det øvrige Europa er meget højt. Det gælder især hos de unge, og meget store grupper, navnlig blandt mændene, har et alkoholforbrug med øget risiko for fysiske skader.

Konsekvenser af den danske alkoholkultur

Der er en sammenhæng mellem det totale forbrug af alkohol og den mængde alkoholproblemer, et samfund får. Der er i en dansk undersøgelse af alkoholforbrug og -skader gennem 100 år påvist en sammenhæng mellem det totale alkoholforbrug og navnlig de tungeste former for misbrug, som kommer til udtryk i dødsfald på grund af alkoholisme, alkoholpsykose og alkoholforgiftning. Her påvises det, at en stigning i alkoholforbruget følges af en tilsvarende stigning i antallet af dødsfald og omvendt, og at et fald i forbruget følges af et tilsvarende fald i antallet af dødsfald (Thorkil Thorsen, 1990).

Alkoholforbrug er et meget socialt og kollektivt fænomen, hvor den fælles kultur

smitter af på de alkoholpolitiske signaler og de alkoholkulturer, som den enkelte møder. Et samfund, der har liberale alkoholnormer og alkoholpolitikker, medvirker i højere grad til, at flere får anledning til at udvikle en afhængighed af alkohol end et samfund med mere beskyttende alkoholpolitikker og alkoholnormer.

I den almindelige forståelse af alkoholmisbrug kan der skelnes skarpt mellem de, der er misbrugere og de, der har et almindeligt uskadeligt forbrug. Misbruget opfattes som det synlige, ukontrollerede forbrug af alkohol, der er forbundet med tegn på social deroute. Det virker derfor stærkt socialt nedvurderende at være misbruger, og behovet for at distancere sig til dét at være misbruger er stort. Det er meget vanskeligt at tale om, at man i sin omgangskreds ser tegn på begyndende misbrug.

Reelt kan der ikke skelnes skarpt mellem forbrug og misbrug af alkohol. De fleste danskere har prøvet at misbruge alkohol, hvis man ved misbrug af alkohol forstår et uhenigtsmæssigt forbrug af alkohol, der kan give fysiske, psykiske eller sociale problemer. Næsten hele den danske befolkning, voksne såvel som teenagere, drikker alkohol, og mange har drikkeepisoder, hvor de bliver stærkt berusede. De fleste har det meste af tiden et harmløst forbrug. Men udviklingen af et alkoholforbrug fra et harmløst forbrug til et forbrug, der giver problemer, er glidende. Forbruget hos den enkelte kan svinge fra perioder med et moderat forbrug til perioder med jævnlige episoder med et stort forbrug til perioder, hvor alkoholforbruget har stabiliseret sig på et for højt niveau.

Alkoholproblemer er således ikke alene knyttet til mennesker med et synligt, ukontrolleret alkoholforbrug, men faktisk i højere grad til de mange mennesker, der gennemsnitligt drikker omkring genstandsgrænserne, og som har episoder af storforbrug. Det er påvist, at hovedparten af de selvrapporterede

alkoholproblemer i en befolkning rammer mennesker, der har et ugentligt forbrug omkring gennemsnitsforbruget (B.N.J. Kreitman, 1986). Selvrapporterede alkoholproblemer kan for eksempel være fysiske symptomer (ex rysten på hænderne), sociale problemer (ex slagsmål) og nedsat arbejdspræstation. Det hænger sammen med, at disse mennesker udgør en meget stor gruppe. Mens de mennesker, der har et meget intensivt forbrug – og som individer en meget højere risiko for at få skader – udgør en meget mindre del af befolkningen. Det er desuden blevet påvist, at 85 pct. af problemerne var at finde blandt de, der sagde, at de en ud af de sidste 4 dage havde drukket mere end 5 genstande for mændenes vedkommende og 3-4 genstande for kvindernes vedkommende (Stockwell, 1998). Det er således ikke kun af betydning, hvor meget der drikkes gennemsnitligt på en uge, men også om alkoholkulturen er accepterende over for fuldskab. Dvs. at det er acceptabelt, at der drikkes meget på én gang.

Der er altså ikke alene en sammenhæng mellem det gennemsnitlige alkoholforbrug i en befolkning og mængden af alkoholproblemer. Det er også betydningsfuldt, i hvor høj grad der drikkes meget på én gang. Dvs. mere end 5 genstande for mændenes vedkommende og 3-4 genstande for kvindernes vedkommende. I den danske alkoholkultur er det gennemsnitlige alkoholforbrug omkring dobbelt så stort som det svenske, mens de danske mænd meget hyppigere end mænd i de andre nordiske lande drikker mere end 6 genstande. Og det vil ganske enkelt give anledning til et niveau af alkoholrelaterede problemer, der er væsentlig højere end i de andre nordiske lande.

Alkoholrelaterede problemer og behovet for behandling

Samfundet oplever mange problemer knyttet til alkoholforbrug, problemer, som betyder for tidlig død og forringet livskvalitet for den enkelte og familien. Alkoholmisbrug påfører ligeledes samfundet store økonomiske omkostninger. Problemerne dækker hele spektret. I en undersøgelse, der dækker perioden fra 1993-1997, er det påvist, at 6,3 pct. af alle dødsfald blandt mænd og 2,5 pct. af alle dødsfald blandt kvinder skyldes alkohol, og at mere end 2.500 danskere hvert år dør mindst 20 år for tidligt på grund af alkohol. Det vurderes i undersøgelsen, at disse tal er i underkanten, fordi for eksempel et stort alkoholforbrug for sjældent fremgår som medvirkende dødsårsag ved visse kræftdiagnoser (Knud Juel, Ugeskrift for læger, 2001).

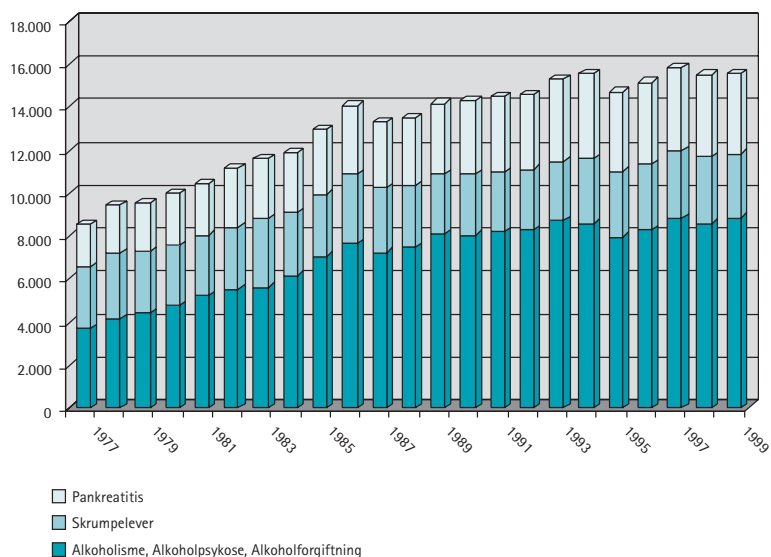
I den forbindelse skal det nævnes, at undersøgelser peger på, at et moderat alkoholforbrug, hvilket vil sige et forbrug, som ikke overstiger Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, kan have en positiv effekt isoleret set på hjerte-karsygdomme primært hos ældre (Jan White et al).

I sygehusvæsenet kan en lang række indlæggelser henføres direkte til følgerikninger af indtagelse af alkohol. For andre indlæggelser spiller alkoholindtagelse en rolle for sygdomsforløbet. Endelig kan indtagelse af alkohol have indvirkning på forløbet af den behandling, der gives, idet et stort alkoholforbrug kan påvirke behandlingsresultatet i negativ retning.

En undersøgelse foretaget i 1995 på Bispebjerg Hospital viste, at 20-35 pct. af samtlige adspurgte indlagte mænd i aldersgruppen 18-79 år angav at drikke mere end tre genstande på en normal hverdag².

Nedenfor er vist udviklingen på somatiske afdelinger fra 1977 til 1999 i antal indlæggelser med alkoholrelaterede hoveddiagnoser. (Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.)

Antal indlæggelser på somatiske afdelinger, 1977-1999
Alkoholrelaterede hoveddiagnoser



Sociale problemer – navnlig for pårørende til den, der drikker – har et meget stort omfang. I Danmark er der omkring 60.000 børn, der har en far eller mor, der har været indlagt på hospitalet med en alkoholrelateret lidelse (Mogens Christoffersen, SFI, 1999). Denne opgørelse omfatter ikke børn af forældre, der kun har været hos den praktiserende læge, i alkoholbehandlingssystemet, eller som slet ikke har haft kontakt med behandlingsvæsenet. Der er således tale om et absolut minimumstal.

²Sundhedsprofilen for Bispebjerg Hospital. Bispebjerg Hospital, Københavns Sundhedsdirektorat og DIKE. 1996.

Ud over de sociale problemer giver et for stort alkoholforbrug også problemer i forhold til arbejde, ulykker forårsaget af meget alkohol, kriminalitet og vold begået i beruset tilstand. Det giver fysiske og psykiske lidelser, der hænger sammen med et for stort alkoholforbrug, samt sygdomme, der alene er opstået på grund af et for stort alkoholforbrug.

Problemerne fremtræder ikke altid som knyttet til alkohol og bliver ikke registreret som alkoholrelaterede. Og det gør det vanskeligt at få en fyldestgørende oversigt over problemernes omfang. De samfundsøkonomiske omkostninger ved danskernes forbrug af alkohol er høje. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i en undersøgelse af de samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug fra 1999 beregnet, at danskernes alkoholforbrug koster samfundet mellem 6 og 10 mia. kr. om året, alt efter beregningsmetode.

Med fokus på omkostningerne i sundhedssektoren har man vurderet omkostningsniveauet til omkring 3 mia. kr. Den helt overvejende del af disse omkostninger går til behandling af de fysiske og psykiske skader, som er forårsaget af alkohol. Til oplysning anvendes 145 mio. kr. (2001) til alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede, dvs. den behandling, som tager sigte på at ændre den alkoholafhængige adfærd, jf. kapitel 2.

Skal man vurdere behovet for alkoholbehandling, skal man gøre sig klart, at der er to forskellige former for behandling:

- Den behandling, der gives på sygehuse til lindring af de sygdomme, der er opstået på baggrund af et intensivt alkoholforbrug, eller til skader og forgiftninger opstået på baggrund af fuldskab
- Den behandling, som gives i almen praksis, i alkoholambulatorier og på behandlingshjem, som sigter på at støtte storforbrugere og afhængige forbrugere i at ændre adfærd over for alkohol.

I denne sammenhæng skal der fokuseres på at indkredse behovet for den behandling, hvis formål er en adfærdsændring.

Storforbruget, det skadelige forbrug og alkoholafhængighed

Storforbruget

Formålet med at definere et begreb som storforbrug er at indkredse og beskrive den målgruppe, som har behov for en justering af alkoholforbruget – men hvor der endnu ikke er behov for en egentlig behandling. Indsatsen i forhold til storforbrugere kan rettes direkte mod målgruppen som oplysning, der gør det muligt for storforbrugere selv at justere forbruget. Dette er hensigten med alkoholkampagnerne. Derudover vil professionelle, navnlig de praktiserende læger, kunne yde en tidlig rådgivende indsats, der motiverer til justering af alkoholforbruget.

Der eksisterer hverken en national eller international enighed om definitionen på storforbrug. Men der er to forskellige indfaldsvinkler til indkredsning af storforbruget og afgrænsningen til det sociale, rekreative forbrug. Den ene indfaldsvinkel fokuserer på, hvor meget man drikker. Der er med udgangspunkt i alkoholforbrugets konsekvenser for helbredet sat et kvantitativt skel mellem det moderate forbrug og storforbruget, nemlig de højst 14 genstande om ugen for kvinder og højst 21 genstande om ugen for mænd (Hardt og Becker, 1999). Den anden indfaldsvinkel fokuserer mere på forbrugsmønstre og konsekvenser

af alkoholforbruget. Storforbruget karakteriseres hermed som det forbrug, der giver høj risiko for at skade brugerens fysiske og psykiske sundhed, og som måske allerede i nogen grad har påvirket evnen til at fungere. Dog uden at der er tale om massive problemer eller afhængighed af alkohol.

Den kvantitative indfaldsvinkel giver en god tommelfingerregel for, hvornår man bør se nærmere på sit eget alkoholforbrug. En sådan generelt formuleret grænse er velegnet til den brede befolkningsrettede oplysning og til at anslå et omfang af storforbrugere. Den vil imidlertid ikke kunne stå alene, når det enkelte individs alkoholforbrug skal vurderes i en behandlingskontakt. Her må forbrugsmønstret og konsekvenserne af forbruget inddrages. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at kombinere de to indfaldsvinkler.

Det skadelige forbrug

Definitionen af et skadeligt alkoholforbrug, jævnfør WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD10, er et alkoholforbrug, som allerede har ført til fysisk eller psykisk skade, men som endnu ikke kan defineres som et afhængigt alkoholforbrug. I praksis vil det være meget svært at skelne mellem gruppen med storforbrug og gruppen med et skadeligt forbrug. Desuden vil indsatsen i forhold til disse to grupper ikke være principielt forskellig. I denne udredning anvendes derfor kun begrebet storforbrug af alkohol som dækkende for både gruppen med risiko for fysiske og psykiske skader og for gruppen, hvor der allerede er forekommet skader. Dog uden at der endnu er tale om afhængighed.

Med fastlæggelsen af genstandsgrænserne kan omfanget af storforbrugere, inkl. personer med et skadeligt forbrug, og afhængige forbrugere indkredses. Ifølge undersøgelsen Sundhed og sygelighed i Danmark 2000

(Statens Institut for Folkesundhed, 2002) drejer det sig om 15 pct. af mændene og 9 pct. af kvinderne, der drikker over genstandsgrænserne. Mens det i en undersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2000 er ca. 21 pct. af mændene og ca. 13 pct. af kvinderne, der drikker på eller over genstandsgrænserne. At Sundhedsstyrelsens tal er højere beror på, at der her er spurgt til, hvor mange der drikker på eller over genstandsgrænserne.

Alkoholafhængighed

I WHO's diagnoseklassifikationssystem, der baserer sig på det amerikanske psykiatriske diagnosesystem DSM IV, lider en person af et alkoholafhængighedssyndrom, hvis en person inden for et år har haft tre eller flere af følgende reaktioner:

- "craving", dvs. et tvangsmæssigt ønske om at drikke
- kontroltab, dvs. at man ikke kan stoppe med at drikke, når man først er begyndt
- fysiske abstinenser
- toleranceudvikling med behov for stadig større mængder alkohol for at opnå samme effekt
- mindsket interesse for andre aktiviteter eller et stort forbrug af tid på at skaffe alkohol
- fortsat drikkeri på trods af kendskab til skadelige følger.



I Danmark eksisterer der ingen opgørelser over antallet af alkoholafhængige. Ifølge Landspatientregisteret var antallet af indlæggelser i 1999 på somatiske sygehusafdelinger med en alkoholrelateret hoveddiagnose 15.525. På psykiatriske afdelinger og visse behandlingshjem var der i 1999 8395 indlæggelser med en alkoholrelateret diagnose. I alt er der således tale om 23.920 indlæggelser med en alkoholrelateret diagnose. Der er ingen fortløbende registreringer af personer, som er behandlet i alkoholambulatorierne eller på offentlige eller private behandlingshjem. I forbindelse med denne udredning er der foretaget en opgørelse, der viser, at amterne i 2000 har behandlet ca. 17.000 personer ambulant og ca. 650 personer i døgnbehandling. Disse opgørelser giver et fingerpeg om, i hvilket omfang alkoholafhængige har søgt hjælp på grund af deres alkoholrelaterede lidelser, men de er stadig ikke et mål for antallet af alkoholafhængige.

Overlæge Finn Zierau, alkoholenheden på Hvidovre Hospital, har på baggrund af amerikanske undersøgelser foretaget et skøn over antallet af alkoholafhængige i Danmark. Han angiver antallet af alkoholafhængige til 200.000-250.000. ("Alkohol på godt og ondt", Psykiatrifondens Forlag, 2001). På baggrund af Sundhed- og Sygelighedsundersøgelsen vurderes antallet af mennesker, der drikker over genstandsgrænserne, at være 500.000. Trækkes førstnævnte tal fra sidstnævnte må antallet af storforbrugere vurderes at være ca. 300.000.

En amerikansk undersøgelse (National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey fra National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) gør det muligt på basis af DSM IV-kriterierne for afhængighed at foretage et skøn over antallet af personer med alkoholafhængighedssyndrom. Undersøgelsen viste, at der var tale om 4,38 pct. af personer på 18 år eller derover.

Undersøgelsen opererede også med begre-

bet alkoholmisbrug som en kategori, der angiver et problemniveau, der er lavere end alkoholafhængigheden. Alkoholmisbrug er defineret som følger:

- personer, der drikker, selvom alkoholforbruget har fået konsekvenser for de sociale relationer
- gentagen indtagelse af alkohol i situationer, hvor alkoholforbrug er fysisk farligt
- gentagen alkoholforbrug, der forhindrer varetagelse af vigtige rolleforpligtelser
- gentagne alkoholrelaterede problemer med overtrædelse af lovgivningen.

Denne definition er en indkredsning af de mere belastede storforbrugere, hvis forbrug giver sociale skader, men endnu ikke har udviklet sig til afhængighed.

I USA er det 3,03 pct. af voksne på 18 år eller derover, der opfylder disse kriterier.

Da alkoholforbruget i USA var 6,5 liter ren alkohol pr. indbygger i 1998, mens alkoholforbruget i Danmark var 9,5 liter pr. indbygger i 1999, vil antallet af alkoholafhængige være undervurderet, hvis man antager, at andelen i Danmark svarer til andelen i USA. Da der ikke eksisterer nogen tilsvarende dansk undersøgelse, vil denne beregningsmetode blive benyttet som basis for et minimumsskøn. Hvis 4,38 pct. af de voksne danskere på 18 år eller derover er alkoholafhængige, svarer det til ca. 180.000 personer. Hvis 3,03 pct. voksne danskere er misbrugere svarer det til ca. 125.000 personer. Der er således i alt tale om ca. 300.000 mennesker med enten alkoholafhængighed eller et misbrug af alkohol, der kræver en ændring for ikke at skabe problemer for den enkelte eller samfundet.

På trods af usikkerhederne i et sådant skøn er det klart, at der er tale om et meget stort, behandlingskrævende alkoholproblem. At der ikke foreligger synlige, lange ventelister til alkoholbehandling, kan skyldes flere

forhold. Det kan hænge sammen med den manglende opsporing af patienter med alkoholproblemer. Det kan skyldes manglende information blandt såvel personer med alkoholproblemer som læger og andet frontpersonale. Også alkoholproblemets tabuiserede karakter kan have betydning for, at mange ikke henvender sig. Det kan ligeledes hænge sammen med, at det oftest ikke tjener noget formål at skrive personer med alkoholmisbrug på en venteliste. Alkoholbehandling skal iværksættes, når alkoholmisbrugeren er motiveret for det, og ikke 2-3 måneder senere. Endelig hænger det sammen med, at tilbudet om alkoholbehandling varierer fra amt til amt. Således bruger man ikke ventelister til døgnbehandling i alle amter, fordi tilbudet om døgnbehandling er begrænset.

Men selvom der ikke er ventelister, der illustrerer problemets omfang, vil de negative konsekvenser for den enkelte, de pårørende og samfundet som sådan kræve samfundets ressourcer. Det vil de i form af hospitalsindlæggelser, psykiske lidelser, anbringelse af børn uden for hjemmet, kriminalitet, ulykker, nedsat produktivitet, sygedagpenge, førtidspensioner m.v. Et behandlingstilbud, der kvantitativt og kvalitativt passer til behovet, vil derfor være den mest hensigtsmæssige udnyttelse af ressourcerne, da besparelser på alkoholområdet vil forskyde ressourceforbruget til andre områder.

Alkoholbehandling – et ikke-opprioriteret område

Prioriteringen og organiseringen af alkoholbehandling er i vid udstrækning en afspejling af samfundets forståelse af og holdning til alkoholforbrug og misbrug. For omkring 100 år siden blev alkoholmisbrug opfattet som et udtryk for viljemæssig karaktersvagthed og uansvarlighed, og den samfundsmæssige

opfattelse af vejen ud af misbrug var derfor, at misbrugeren skulle tage sig sammen, skulle genopdrages, tugtes eller straffes.

I tiden efter anden verdenskrig bevægede tankegangen både i Danmark og internationalt sig hen imod en opfattelse af alkoholisme som en sygdom. Dvs. alkoholisme blev forstået som en iboende defekt i den enkelte misbruger. Konsekvensen af denne opfattelse er, at alkoholmisbrug kun er et problem for en mindre gruppe, og at der kan skelnes skarpt mellem de, der kan drikke, hvad de vil, og de, der vil udvikle et alkoholmisbrug. Med den danske opdagelse af antabus i 1948 havde man et behandlingstilbud, der svarede til denne opfattelse af alkoholmisbrug som en sygdom. Antabus bevirker en hæmning af visse leverenzymers aktivitet, hvorved nedbrydningen af alkohol afbrydes. Hvis en person i antabusbehandling drikker alkohol, opstår der en forgiftning med ubehagelige symptomer til følge. Det er bevidstheden om denne forgiftningstilstand, der skal afholde personen fra at drikke, da selv små mængder alkohol kan provokere symptomerne. Denne behandlingsform svarer til opfattelsen af, at alkoholmisbrug skyldes en iboende defekt, som den enkelte ikke har en bevidst kontrol over, hvorfor adfærden skal ændres ved hjælp af udefra kommende kemiske hjælpemidler.

Antabusbehandling har netop i Danmark fået en helt enestående udbredelse. Antabus har i mange år været næsten identisk med alkoholbehandling. Så sent som i 1988 viste en undersøgelse af behandlingen ved danske alkoholambulatorier, at 97 pct. af klientellet var blevet behandlet med antabus (Skinhøj et al., 1988). Dette er et tydeligt tegn på den svage videnskabelige fundering af alkoholbehandling, da der er meget lille evidens for en positiv effekt. I en svensk udredning af behandlingsmetoder fra 2001³ konkluderes det, at behandling med antabus kun har effekt, hvis der sker en sideløbende overvåg-

³ "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem". SBU, 2001.

ning af antabusindtagelsen. Behandling, som alene består af antabus, har ingen virkning.

I undersøgelsen af alkoholbehandlingen fra 1988 gives der et bud på en forklaring på den overvældende anvendelse af antabus. "Personalet er generelt kritiske over for Antabus og giver udtryk for, at Antabusbehandlingen på langt sigt er en erstatning for manglende behandlingsressourcer i det pågældende behandlingstilbud" (Skinhøj et al., 1988, s. 128).

Sygdomsopfattelsen betød imidlertid umiddelbart et fremskridt for alkoholikere, idet de nu ansås som berettiget til at få behandling inden for eller i tilknytning til sundhedssystemet. I forlængelse heraf blev alkoholismebehandlingen i højere grad en lægelig opgave.

Fra midten af 70'erne blev opfattelsen af alkoholmisbrug som en sygdom nedtonet, og alkoholproblemer blev nu primært omtalt som et symptom på mistrivsel. Tilsvarende blev behandlingen i stigende grad opfattet som en social opgave, der retter sig mod at løse alkoholikerens psykiske, sociale og økonomiske problemer. Alkoholmisbrug forstås således i høj grad som en afledt effekt af sociale belastninger og som et forhold, der primært vedrører personer med lav social status.

Dertil kommer, at denne opfattelse får den konsekvens, at der ikke er en forståelse for, at alkoholmisbrug er et selvstændigt problem, der kræver behandling som forudsætning for, at andre sociale problemer kan løses.

Først i 80'erne gennemføres i større stil videnskabelige undersøgelser af alkoholbehandlingsmetoderne. Det blev her slået fast, at behandling af alkoholproblemer kun kan opnå varig effekt for en større gruppe af

mennesker, hvis behandlingen indeholder centrale elementer, der retter sig mod den tænkning og adfærd, som er direkte knyttet til misbruget.

Samtidig er opfattelsen af årsagerne til alkoholmisbrug blevet meget mere nuanceret. Det er påvist, at udviklingen af alkoholmisbrug ofte indeholder en genetisk komponent, men at såvel psykiske som sociale og alkoholkulturelle forhold er afgørende for, om den enkelte udvikler et misbrug af alkohol. Det er blevet klart, at der ikke kan skelnes skarpt mellem et forbrug og et misbrug af alkohol, og at en meget stor gruppe mennesker periodisk kan udvikle problemer med alkohol. Det er samtidig blevet klart, at der er en sammenhæng mellem det gennemsnitlige forbrug af alkohol i et samfund og mængden af misbrugere, hvorfor en moderering af den samfundsmæssige alkoholkultur vil kunne nedsætte antallet af misbrugere.

Konklusion

Danskerne har et højt alkoholforbrug pr. indbygger i forhold til de andre lande, som vi normalt sammenligner os med. Det gælder både voksne over 20 år og unge under 20 år, og både kvinder og mænd. Den danske alkoholkultur er våd, og dette er bredt accepteret i samfundet.

Konsekvenserne af danskernes høje alkoholforbrug er, at sygelighed og dødelighed på grund af alkoholmisbrug er højere i Danmark end i for eksempel de andre nordiske lande. Et stort alkoholforbrug belaster familien, og fører i nogle tilfælde til, at den, der drikker, får sociale problemer i form af udstødning fra arbejdsmarkedet, manglende bolig og fjernelse af børn fra hjemmet.

De skadelige virkninger af et højt alkoholforbrug rammer ikke kun de omkring 200.000 alkoholfahængige, der findes i Dan-

mark, men også nogle af de omkring 300.000 storforbrugere, som drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, uden at være afhængige.

Prioriteringen og organiseringen af alkoholbehandlingen afspejler i vid udstrækning samfundets forståelse af og holdning til alkoholforbrug og -misbrug. Alkoholmisbrug er ofte tabuiseret og forstås i høj grad som en afledt effekt af sociale belastninger og som et forhold, der alene vedrører personer med lav social status.

Den multifaktorielle opfattelse af årsagerne til alkoholmisbrug er i meget højere grad end tidligere baseret på evidens. Og den bør derfor også afspejle sig i en anden prioritering og organisering af indsatsen for at dæmpe udviklingen i antallet af storforbrugere og alkoholafhængige på samfundsplan. Ligesom den må afspejle sig i en bred vifte af indsatstyper, som retter sig mod de forskellige grader af misbrug, som berører mellem 200.000 alkoholafhængige og 300.000 med et storforbrug af alkohol.



2

Ansvarsfordelingen på alkoholområdet

Afhængigt af hvilke problemer overforbrug af alkohol medfører, og af hvordan og i hvilke sammenhæng de viser sig, er amter og kommuners indsats reguleret af henholdsvis Sygehusloven, Sygesikringsloven, Serviceloven, Aktivloven, Retssikkerhedsloven og Folkeskoleloven. Det kræver en høj grad af samarbejde og koordination mellem kommuner og amter samt samarbejde på tværs af de forskellige sektorer.

Forebyggelse

Forebyggelse og tidlig indsats er en opgave for både amter og kommuner. Lovgrundlaget for den forebyggende indsats i amterne er dels Sygehusloven, dels Retssikkerhedsloven, der beskriver amternes forpligtelse til at yde kommunerne faglig bistand i forbindelse med kommunernes tiltag inden for forebyggelse.

Amternes indsats er koncentreret om en række aktiviteter, der knytter sig til oplysnings- og vidensformidling på tværs af kommunegrænser. Aktiviteterne er rettet mod den brede befolkning og specielt mod børn og unge i folkeskolen. Endvidere udvikles og gennemføres forebyggelsesaktiviteter sammen med det landsdækkende niveau primært i forbindelse med Sundhedsstyrelsens årlige Uge 40-kampagne. Endelig arbejdes der med at støtte arbejdspladserne i at gennemføre en alkoholpolitik.

Samtlige amter har ansat alkohol- og narkotikakonsulenter, der bl.a. står for at koordinere amternes forebyggende aktiviteter.

Den forebyggende indsats i kommunerne er beskrevet som en generel rådgivningsforpligtelse i henhold til Serviceloven. Den kommer til udtryk i bl.a. SSP-samarbejdet samt i

den forebyggende indsats, der følger af Folkeskoleloven.

Den kommunale indsats koncentrerer sig om det nære miljø og består bl.a. af opsøgende arbejde på gadeplan, hvor kommunale forebyggelsesmedarbejdere, eventuelt i samarbejde med forældre, opsøger børn og unge og derved er synlige i gadebilledet.

Samspejlet mellem den forebyggende indsats i amter og kommuner er meget forskellig. I nogle amter tages afsæt i SSP-samarbejdet. I andre amter er der etableret arbejdsdeling, hvor kommunerne står for det nære opsøgende arbejde. Her supplerer amterne indsatsen med særlige vidensfunktioner og gennemførelse af kampagner, der går på tværs af kommunerne.

Alkoholbehandling

Amternes væsentligste opgave på alkoholområdet er deres ansvar for behandlingsindsatsen i henhold til Sygehusloven, se kapitel 3.

Hvis man af egen praktiserende læge eller en anden læge har fået en henvisning til døgnbehandling for alkoholmisbrug, er der i princippet frit valg til de tre behandlingshjem, som i dag er omfattet af Sygehuslovens regler om frit valg til alkoholbehandling. Denne fortolkning af Sygehuslovens regler om frit valg til alkoholbehandling blev fastslået i et fælles brev 29. november 1995 fra Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeringen. Heri siges det, *at der er frit valg til alkoholbehandling på en offentlig sygehusafdeling, amtskommunal behandlingsinstitution eller ikke-offentlige institutioner med driftsoverenskomst med et amt. Personer, der af en læge er henvist til indlæggelse til behandling for alkoholmisbrug, kan således vælge frit mellem sådanne behandlingssteder, uanset hvor i landet patienten bor.*

Kommunerne kan i visse tilfælde yde alkoholbehandling til enkelte klienter eller borgere efter Service- og Aktivlovens bestemmelser. Det kan de, hvis behandlingsindsatsen er en forudsætning for, at kommunen kan yde anden social ydelse, og kommunen skønner, at amtets tilbud i det pågældende tilfælde ikke er tilstrækkeligt.

Efterbehandling og social opfølgning

Kommunerne har i henhold til Service- og Aktivloven hovedansvaret for efterbehandling/-værn og sociale støttetilbud til personer med nedsat sociale, fysiske eller psykiske funktionsevner. Det gælder samtidig personer med alkoholproblemer, personer, der er på vej ud af afhængigheden og endelig til disses eventuelle pårørende.

Efterbehandlingen kan i henhold til Service- og Aktivloven for eksempel bestå i ophold i et botilbud, tilbud om personlig omsorg og pleje m.v. i eget hjem, støtteperson m.v. Den kan endvidere bestå i tilbud om beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværsaktiviteter eller et tilbud om aktivering.

Efter Aktivloven er alle kontanthjælpsmodtagere principielt omfattet af ret og pligt til at modtage et aktiveringstilbud, som er tilpasset deres forudsætninger og behov. Det betyder, at kommunen kan oprette specielle aktiveringstilbud til mennesker med alkoholproblemer og tilpasset deres specielle behov. Ved etablering af sådanne revalideringsforløb kan amtet inddrages med behandlingsfaglig viden.

Når det gælder ansvaret for indsatsen for børn og unge og særlige tilbud til børnefamilier, har kommunerne det primære ansvar. I forhold til familier med alkoholproblemer – enten hos forældrene eller den unge – kan der gives forskellige tilbud spændende

Sygehuslovens § 16:

Amtskommunerne driver behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere i det omfang behandlingen ikke finder sted på psykiatriske hospitaler eller afdelinger. Den enkelte amtskommunes behandlingstilbud skal i fornødent omfang omfatte døgnbehandling uden for psykiatrisk hospital eller afdeling samt behandling, der særlig sigter på kvinder.

Stk. 2. Behandling og rådgivning på amtskommunens behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det.

Stk. 3. En amtskommune kan indgå aftale med en privat institution eller forening om driften af behandlingsinstitutioner for alkoholmisbrugere.

Stk. 4. Behandling på institutioner for alkoholmisbrugere er vederlagsfri, uanset hvor patienten bor, og uanset om behandlingen sker ved indlæggelse på behandlingshjem eller ambulat. Ved indlæggelse på et behandlingshjem uden for den amtskommune, hvor patienten bor, kan bopælskommunen afkræve de med behandlingen forbundne udgifter.

Stk. 5. Amtskommunen yder faglig bistand til kommunale støtteforanstaltninger efter behandling for alkoholmisbrug samt kommunale foranstaltninger til forebyggelse af alkoholmisbrug.

2

fra tilbud i hjemmet til anbringelser uden for hjemmet. Når det gælder støttetilbud til børn og unge under 18 år, inddrages amternes støttetilbud efter anmodning fra kommunen.

Amterne yder i henhold til Service- og Aktivloven en række supplerende tilbud til personer med alkoholproblemer, herunder botilbud, beskyttet beskæftigelse, dagtilbud

eller øvrige støttetilbud til personer med særlige sociale problemer. Disse tilbud kan gå forud for en behandlingsindsats, de kan være social opfølgning på en behandling eller supplement til kommunernes indsats.

På det overordnede niveau er der en række planlægningsbestemmelser, der skal sikre samspillet mellem kommuner og amt.

Forebyggelse	Amt		Kommune
Lovgrundlag:	Sygehuslovens § 16, stk. 5. Retssikkerhedslovens § 42, stk. 2.		Serviceovens §§ 3 og 6. Retssikkerhedslovens § 42, stk. 2. Folkeskolelovens § 7.
Behandling	Døgn	Ambulant	Døgn/ambulantbehandling
Lovgrundlag:	Amtet har ansvar for behandling efter Sygehuslovens § 16.		Kommunen kan iværksætte behandling efter Serviceovens § 86 eller Aktivlovens § 82, såfremt det vurderes at være nødvendigt for at fremme en anden social indsats.
Efterbehandling/-social opfølgning	Efterbehandling/social opfølgning		Efterbehandling/social opfølgning
Lovgrundlag:	Rådgivning efter Serviceovens §§ 69 og 70. Beskyttet beskæftigelse og dagtilbud efter Serviceovens §§ 87 og 88. Midlertidige botilbud efter Serviceovens §§ 81, 88 og 94. Revalidering efter Aktivlovens §§ 48 og 68.		Rådgivning efter Serviceovens § 68. Foranstaltninger for børn og unge efter Serviceovens § 40. Hjælp i hjemmet efter Serviceovens §§ 71 ff. Dagtilbud efter Serviceovens §§ 87, stk. 4 og 88, stk. 3. Midlertidige botilbud efter Serviceovens § 91 og eventuelt § 86. Aktivering efter Aktivlovens § 11. Revalidering efter Aktivlovens § 46. Forsørgelsesydelse efter Aktivlovens § 25.
Planlægning	Amt		Kommune
Lovgrundlag:	Sygesikringslovens § 27 a. Retssikkerhedslovens § 42, stk. 2 og 3.		Sygesikringslovens § 27 a. Retssikkerhedslovens § 42, stk. 2 og 3.

I 1994 trådte nye bestemmelser i kraft om samarbejde og planlægning på sundhedsområdet, jf. lov om offentlig sygesikring. Bestemmelserne omfatter såvel det behandlende sundhedsvæsen som den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i amter og kommuner. Formålet med bestemmelserne er at styrke samarbejdet på sundhedsområdet, indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme og at styrke kvalitetsudviklingen. Sundhedsplanlægningen var tænkt som et redskab for de enkelte amter og kommuner til at styrke samarbejdet og udvikle dialogen.

I følge Retssikkerhedsloven er det endvidere pålagt amter og kommuner at samarbejde om den forebyggende og støttende virksomhed, der er omfattet af lov om social service og lov om aktiv socialpolitik. Sammen skal de løse opgaver, der efter denne lovgivning påhviler kommune og amt. Efter Retssikkerhedsloven kan amt og kommune, medmindre andet er fastsat, indgå aftale, hvorefter forpligtelser, der efter den sociale lovgivning påhviler den ene part, overlades til den anden.

På side 31 er angivet en skematisk oversigt over lovgrundlaget samt over ansvarsfordelingen mellem amter og kommuner både vedrørende forebyggelse, behandling, efterbehandling og social opfølgning.

Konklusion

Lovgivningen, der regulerer den forebyggende indsats, behandlingsindsatsen, efterbehandling og socialopfølgning på alkoholområdet såvel på det overordnede niveau som på borgerniveau, forudsætter, at der finder et tæt samarbejde sted såvel mellem amter og kommuner som mellem sektorer, forvaltninger og fagfolk.



3

Behandlingskapacitet og behandlingsind

På baggrund af bl.a. oplysninger indhentet fra amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner er det muligt at give et overordnet billede af sammensætningen af behandlingstilbudene og en vurdering af status i forhold til ambulante- og døgnbehandling. Der er mangel på behandlingskapacitet. Både kvantiteten og kvaliteten i tilbudene bør styrkes. Således bør der være lettere adgang til behandling, for eksempel ved at det frie valg til døgnbehandling øges.

Amternes målsætninger på alkoholområdet

Det er et gennemgående træk ved amternes målsætninger for arbejdet på alkoholområdet, at man søger at reducere alkoholproblemernes sociale og sundhedsmæssige omfang gennem en tidlig forebyggende indsats. Endvidere er målet at mindske de personlige konsekvenser for den enkelte ved bedre at kunne mestre omgang med alkohol. Målgruppen er den store gruppe af borgere, som

enten har et storforbrug af alkohol, og dermed er i risikogruppen i forhold til alkoholens skadelige virkninger, eller er alkoholafhængige. Målsætningen er at tilvejebringe et behandlingssystem for alkoholafhængige for at forebygge skadelige virkninger hos pårørende, herunder børn, samt at undgå social deroute. Nøgleord og gennemgående træk i amternes målsætninger er tilbud, som er tilpasset den enkelte borger, sammenhæng i tilbudene, vægtning af samarbejdet med pårørende og samarbejde med kommuner og alkoholmisbrugsbekæmpende organisationer.

Det må imidlertid konstateres, at indsatsen ikke overalt lever op til målsætningerne. Der er eksempelvis kun ganske få tilbud til familier med børn og unge med misbrug, til gruppen af særligt belastede alkoholafhængige uden socialt netværk og til udviklingshæmmede. Desuden er der kun i begrænset omfang samarbejde mellem amt og kommune om indsatsen.

Ressourceforbruget

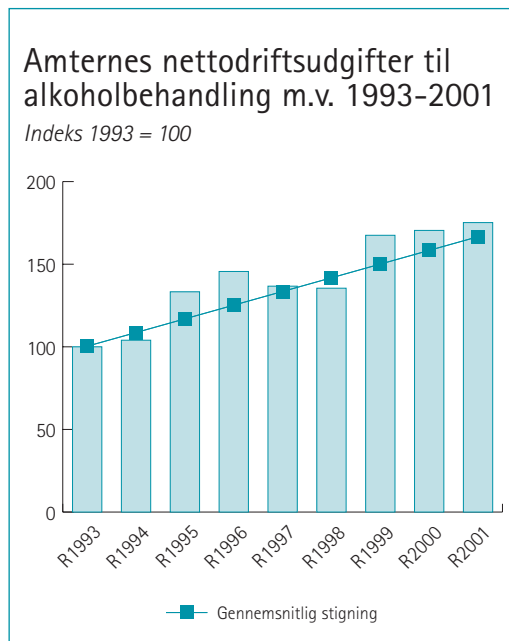
Udviklingen i ressourceforbruget på alkoholområdet har i det seneste årti været stigende. Af tabellen fremgår udviklingen i ressourceforbruget til alkoholbehandling efter sygehuslovens §16 i amterne fra 1993 til år 2001 i årets priser.

Amternes nettodriftsudgifter til ambulante og døgnbehandling i mio. kr. i årets priser

År	R1993	R1994	R1995	R1996	R1997	R1998	R1999	R2000	R2001
Samtlige amter*	53,7	57	77,3	86,3	84	85,9	106,2	116,9	125,1

Alkoholbehandling, som finder sted på somatiske eller psykiatriske sygehusafdelinger eller i praksissektoren, er ikke indeholdt i tabellen.

*Kilde: Budgetpublikation for Amternes økonomi for perioden



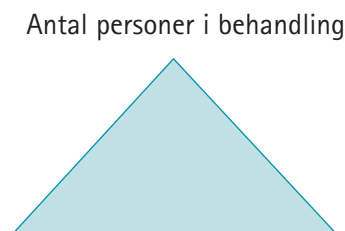
Til amternes opgørelse over udgifterne til alkoholbehandling skal lægges udgiften til alkoholbehandling i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Det har kun været muligt at fremskaffe tallene for 2000 og 2001 og budgettallene fra 2002. H:S brugte i 2000 19,5 mio. kr. og i 2001 20 mio. kr. til alkoholbehandling. I 2002 har H:S budgetteret med 19,7 mio. kr. til alkoholbehandling.

Kommunerne betaler for alkoholbehandling på behandlingshjem efter Serviceloven og Aktivloven i de tilfælde, hvor det vurderes at være nødvendigt for at fremme anden social indsats, når amtets tilbud ikke vurderes at være tilstrækkeligt. Det er imidlertid ikke muligt at sætte beløb på, hvor mange penge kommunerne anvender hertil. Kommunerne laver ikke en samlet opgørelse.

Ressourcerne til behandling har altså i perioden været stigende. I samme periode er det vurderingen, at der har været en øget tilstrømning af klienter. Kvaliteten i indsatsen afhænger alt andet lige af de ressourcer, der afsættes til området. Det betyder, at indholdet/kvaliteten i det enkelte tilbud kan fastlægges ud fra en given ressourcemængde.

Ønskes et andet indhold/kvalitet i tilbudet, kan antallet af tilbud øges eller reduceres afhængig af ønsket om mindre eller mere indhold/kvalitet i tilbudene. Ovennævnte problemstilling kan illustreres af figuren nedenfor, der viser sammenhængen mellem ressourcer, kvalitet og antal personer i behandling. Hvis en af faktorerne ændres, har det afsmittende virkning for øvrige faktorer.

Sammenhængen mellem ressourcer, kvalitet og antal personer i behandling



Ressourcer Indhold/kvalitet i tilbudet

Der findes ikke noget landsdækkende behandlingsregister på alkoholområdet og derfor heller ingen præcise opgørelser over stigningen i antallet af klienter. Der foreligger heller ikke en systematisk vurdering af kvaliteten af den behandling, der er givet i perioden. En lav kvalitet i tilbuddet vil kunne få den effekt, at tilbuddet ikke fremtræder attraktivt, og at personer med behov for alkoholbehandling ikke føler sig tilskyndet til at benytte tilbuddet.

Behandlingskapaciteten og -tilbudene

Kernen i amternes behandlingstilbud er ambulant behandling, der gives via amternes ambulatorier, socialcentre m.v. Borgeren kan i medfør af Sygehuslovens § 16 rette direkte henvendelse til et alkoholambulatorium og bede om at komme i behandling.

3

Døgnbehandling anvendes i alle amter i varieret og begrænset omfang som en del af tilbudet. 4 pct. af det antal personer, der i 2000 modtog behandling for alkoholmisbrug, fik et døgnbehandlingstilbud. Døgnbehandling kræver enten, at den alkoholafhængige er blevet henvist til behandling af en læge eller er godkendt til behandling af amtets visitationsudvalg (se nedenfor).

I det følgende gives en generel beskrivelse af de mest gennemgående træk i de eksisterende behandlingstilbud. Der suppleres med eksempler på behandlingstilbudet i enkelte amter.

Det ambulante behandlingstilbud

Der er frit valg til alkoholbehandling på et ambulatorium eller rådgivningscenter. Man har krav på, at behandlingen foregår anonymt. Ambulatorierne/centrene kan umiddelbart tage initiativ til afrusning, ambulante behandling eller dagbehandling. En række amter omkring hovedstadsområdet har indgået driftsoverenskomst med Lænkeambulatorierne i Danmark, der på amtets vegne varetager ambulatorievirksomheden. Der er på landsplan ca. 65 alkoholambulatorier,

Antal personer i ambulante behandling i amterne

Amt	1999	2000	Antal ambulante behandlinger i 2000 pr. 10.000 personer over 18 år
HS-regi	2375	2745	55
Københavns Amt	3200	3200	68
Frederiksborg Amt	1355	1358	48
Roskilde Amt	879	786	44
Vestsjællands Amt	761	700	30
Storstrøms Amt	628	710	35
Bornholms Amt		87	25
Fyns Amt	2374	2171	60
Sønderjyllands Amt	297	260	13
Ribe amt	477	391	23
Vejle Amt	1112	1120	42
Ringkjøbing Amt	900	827	40
Århus Amt	867	1471	13
Viborg Amt	752	896	50
Nordjyllands Amt	409	417	11

Tallene over antal personer i ambulante behandling kan være udtryk for forskellige opgørelsesmetoder. I nogle amter kan det være antal nytilkomne i det enkelte år. I andre amter kan det være antal indskrevne i året. Endelig kan det være udtryk for antal indskrevne på en given skæringsdag.

hvoraf omkring en tredjedel er private, som har overenskomst med et amt.

Som det fremgår af nedenstående tabel modtog knap 15.000 personer i 1999 et ambulante behandlingstilbud. I 2000 var antallet af personer omkring 17.000. Sammenlignet med Sverige er de danske tal lave. I 1991 var der 58.000 ambulante klienter i Sverige.

Det ambulante tilbud består som hovedregel i en regelmæssig opfølgning af den enkelte klients alkoholproblem, ofte som faste aftaler med ambulatorium/rådgivningscenter. Antabus benyttes i varierende omfang. Det foreliggende materiale fra amterne belyser imidlertid ikke omfanget af anvendelsen af antabus. En stikprøve i Vestsjælland og Vejle amter viser, at hos henholdsvis 62 pct. og 63 pct. af de personer, der var i behandling, indgik antabus som en del heraf.

Den ambulante behandling kan for eksempel indeholde følgende elementer:

- Udredning i varieret omfang
- Individuelle samtaleforløb, herunder psykoterapeutisk behandling, livsstils- og motiverende samtaler m.v.
- Gruppebehandling
- Kognitiv terapi
- Familieterapi
- Samtaler med pårørende
- Medicinsk behandling, herunder antabus
- Tilbagefaldsforebyggelse
- Social færdighedstræning
- Par- og familieterapi
- Stress- og angstreducerende behandling.

Tilbudene anvendes i varierende omfang.

Eksempler på amternes mere omfattende ambulante tilbud og dagtilbud

Praksis i Fyns Amt er, at der efter en eventuel afrusning (som oftest i ambulante regi) foretages en systematisk og metodisk udredning med henblik på at vælge den rigtige behandling - dvs patient-behandlingsmatchning. Målet er, at alkoholafhængige med forskellige problemer og karakteristika samordnes (matches) med forskellige former for intervention med henblik på at opnå optimal effekt. Herefter visiteres personen til behandling, som enten kan bestå af ambulante evidensbaserede tilbud som familieterapi, individuel kognitiv terapi, kontraktbehandling eller støttende samtaler, eller personen visiteres til døgn- eller dagbehandling, hvis denne ikke skønnes at kunne profitere af behandling i ambulante regi. Døgnbehandlingen bliver koordineret med efterfølgende ambulante forløb. Et væsentligt aspekt er desuden fokus på personens motivation til behandling. Alle behandlingstilbud indledes derfor med motiverende samtaler, så der ikke blot er tale om matchning mellem patient-karakteristika og behandlingstilbud, men også matchning til personens parathed i forhold til behandling.

Nogle amter tilbyder dagbehandling, mest for den sværere gruppe af alkoholafhængige. Disse tilbud er ofte kombineret med sociale støtte- og omsorgstilbud. Tilbudene kan være af flere ugers varighed. Dagtilbudene er således ofte en udvidelse af den ambulante behandling til også at omfatte undervisningstilbud og aktivering over for personen. Der er i nogle amter etableret tilbud til forskellige målgrupper: Unge, kvinder, gravide, familier, pårørende m.m.

3

Frederiksborg Amt har igangsat dagbehandlingsforløb af 7 ugers varighed. Målsætningen er at give personerne redskaber til at forstå sammenhænge mellem følelser og adfærd på et konkret plan. Der fokuseres på konkrete løsningsstrategier med inddragelse af personens egen kompetence og ressourcer. Det er ligeledes målsætningen, at den enkelte får en oplevelse af og erfaring med at blive i stand til at mestre de situationer og mønstre, der hidtil har udløst en uønsket adfærd. Herigennem skal personen opnå et større selvværd baseret på en realistisk tiltro til egen formåen. Tilbudet henvender sig til borgere, der for manges vedkommende er karakteriseret ved at være psykisk skrøbelige, og hvor der skønnes at være behov for sammenhængende forløb med henblik på at kunne fastholde den alkoholafhængige i et behandlingsforløb.

Århus Amt har etableret intensiv dagbehandling. Den består af intensiv gruppebe-

handling, hvor der dagligt arbejdes med at give de alkoholafhængige indsigt i alkoholmisbrug – både på et alment og et individuelt plan. I den intensive dagbehandling er der bl.a. fokus på drikkemønstre, udvikling i klientens misbrug, adfærd og konsekvenser, kortlægning af misbrugsmønstre, tanker, m.v. samt tilbagefaldsforebyggelse. Denne ydelse har en varighed af 4 uger, 4-5 dage om ugen.

Det er vanskeligt at vurdere tyngden i tilbudene. De spænder fra kvartalsvise korte støttesamtaler suppleret med behandling med antabus til et mere intensivt ambulantly forløb og/eller dagtilbud, hvor forskellige behandlings- og/eller støtte- og omsorgstilbud sammensættes til en helhed. Men generelt kan det siges, at behandlingstilbudet er meget forskelligt fra amt til amt.

Mange steder har ambulatorierne kort åbningstid, personalet er fåtalligt, og afstanden mellem de enkelte ambulatorier er stor.

Antal personer i døgnbehandling i amterne

Amt	1999	2000	Antal ambulante behandlinger i 2000 pr. 10.000 personer over 18 år
HS-regi	47	44	0,89
Københavns Amt	134	142	2,96
Frederiksborg Amt	61	42	1,49
Roskilde Amt	62	50	2,78
Vestsjællands Amt	54	47	2,04
Storstrøms Amt	8	14	0,68
Bornholms Amt		5	1,44
Fyns Amt	136	100	2,78
Sønderjyllands Amt	48	49	2,52
Ribe amt	9	10	0,59
Vejle Amt	14	18	0,67
Ringkjøbing Amt	10	7	0,34
Århus Amt	108	70	1,40
Viborg Amt	3*	10*	0,56
Nordjyllands Amt	51	44	1,17

*Viborg Amt anvender herudover Nørbygård, der er et beskyttet pensionat og drives efter § 94 i Serviceloven. Amtet visiterede henholdsvis 83 og 80 i 1999 og 2000 til alkoholbehandling på den pågældende institution.

Enkelte ambulatorier og dagbehandlingstilbud anvender Minnesota-modellen som behandlingsform.

Døgnbehandlingstilbudet

Døgnbehandling forstås som en særlig intensiv behandlingsindsats over en begrænset periode, og hvor den alkoholafhængige bor på behandlingshjemmet.

Døgnbehandlingskapaciteten i Danmark (her forstået som de institutioner, der oftest benyttes af amterne) består af 5 behandlingstilbud, som er drevet af frivillige foreninger i tilknytning til Blå Kors Danmark og KFUMs Sociale Arbejde i Danmark med i alt 94 pladser og af 5 behandlingstilbud, organiseret under Professionelle Minnesota-Behandlingstilbud i Danmark (S.P.M.D) med omkring 120 pladser. Herudover findes der en række selvstændige behandlingstilbud, der ligeledes yder alkoholbehandling. Endelig findes også en række andre institutioner, hvor den primære sociale og pædagogiske indsats kombineres med alkoholbehandling.

Det vurderes, at den samlede kapacitet ligger på 18 til 25 behandlingstilbud med ca. 250 pladser. Arbejdsgruppen har forsøgt at foretage en sammenligning mellem udbudet af behandlingstilbud i Danmark og udbudet i Norge og Sverige. Det har imidlertid vist sig ikke at være muligt at lave en sådan sammenligning, fordi behandlingssystemet er organiseret anderledes i Norge og Sverige end i Danmark. Det er således ikke muligt at opgøre antallet af behandlingstilbud, som udelukkende behandler alkoholmisbrugere, idet der er i de to andre lande ikke skelnes mellem institutioner, som behandler narkomisbrugere og alkoholmisbrugere. Ligeledes har man i Norge og Sverige andre former for behandlingstilbud, som man ikke kender i Danmark. Dog kan det konstateres, at samlet set

er behandlingstilbudet i både Norge og Sverige betydeligt større end i Danmark.

En mindre del af døgnbehandling gennemføres via amternes egne institutioner. Enkelte amter har etableret egne døgnbehandlingstilbud efter Sygehusloven. Det gælder Århus og Nordjyllands amter. Københavns Amt har etableret døgnbehandling via driftsoverenskomst med Blå Kors i Tåstrup.

I 1999 modtog omkring 750 personer et tilbud om døgnbehandling. I 2000 var det omkring 700 personer.

Mulighederne for at få et døgnbehandlingstilbud er øget i perioden fra 2001 til 2004, fordi Folketinget i denne periode har bevilget 20 mio. kr. årligt fra satspuljemidlerne til styrkelse af behandlingsindsatsen. Satspuljemidlerne er penge, som partierne bag satspuljeforliget hvert år afsætter til bl.a. en styrkelse af indsatsen på det sociale område. I 2001 og 2002 er 15 mio. kr. afsat til fripladser til døgnbehandling på 8 forskellige behandlingstilbud for de svageste alkoholmisbrugere. Amterne kan henvise til disse fripladser efter først til mølle princippet.

Følgende private behandlingstilbud anvendes ofte af amterne:

Blå Kors behandlingstilbud Bjæverskov.

Ringgården.

Sydgården.

Blå Kors behandlingstilbud Egåhus.

Blå Kors behandlingstilbud og Ambulatorium i Tåstrup.

Behandlingscentret Tjele (Minnesota-modellen).

Den Selvejende Institution Taarup BehandlingsCenter (Minnesota-modellen).

Majorgården (Minnesota-modellen).

Fontana Behandlingscenter (Minnesota-modellen).

Helioscentret (Minnesota-modellen).

3

På Internettet er de enkelte institutioner nærmere beskrevet.

Eksempler på døgnbehandlingstilbud

I Århus Amt er kerneydelsen i døgnbehandlingen et 6-ugers gruppebehandlingsforløb. Døgnbehandlingen omfatter bl.a.:

- Motivationsarbejde
- Mestring af drikketrang
- Mestring af tilværelsen som rusfri
- Tilbagefaldsforebyggelse/-mestring
- Konsekvenser af fortsat misbrug
- Identificering af risikosituationer m.v.

Ud over den deciderede misbrugsbehandling indeholder et døgntilbud elementer af motion, undervisning og temagrupper.

Ud over 6-ugers forløbene gives 1-uges behandlingstilbud til klienter, der i en periode på mellem 3 og 12 måneder efter deltagelse i et 6-ugers forløb har behov for at bearbejde nederlag og/eller sejre. Der er tale om et intensivt gruppetilbud, hvor der arbejdes individuelt med den enkeltes erfaringer efter udskrivning fra 6-ugers forløbet.

Blå Kors' døgnbehandling, der drives via driftsoverenskomst med Københavns Amt, er differentieret i fire grundbehandlingsmodeller af forskellig varighed på henholdsvis 3, 4 og 6 måneder. Behandlingsmålet er total afholdenhed. Behandlingsindholdet indbefatter psykisk, social og fysisk genoptræning og udvikling samt støtte og eventuelt vejledning i eksistentielle spørgsmål.

Der findes en række behandlingshjem, som arbejder efter Minnesota-modellen. Det er et behandlingsprogram, der er bygget op omkring Anonyme Alkoholikeres (AA) tankegang og de tolv trin.

Behandlingen består af primærbehandling for den kemisk afhængige, familieprogram for pårørende og fælles efterbehandling. Alle behandlingens elementer er vigtige for et godt resultat.

Primærbehandlingen varer 6 uger, hvor den alkoholafhængige bor på behandlingshjemmet.

Programmet omfatter:

- Gruppeterapi med gruppens alkoholterapeut
- Gruppeterapi med psykolog
- Foredrag fælles med alle grupper
- Undervisningsfilm
- Varierende individuelle opgaver
- Gruppearbejde i selvstyrende grupper
- Individuelle samtaler med egen terapeut og med psykolog
- Diverse praktiske opgaver, eksterne AA-møder og socialt samvær
- Individuel familiesamtale med egen terapeut og familierapeut
- Særskilt mande-kvindegruppe én gang pr. uge med terapeut
- Afspænding én gang pr. uge.

Adgangen til døgnbehandling

Som nævnt i kapitel 2 har en person, der af egen praktiserende læge eller en anden læge har fået en henvisning til døgnbehandling for alkoholmisbrug, i princippet frit valg til de behandlingshjem, som i dag er omfattet af Sygehuslovens regler om frit valg til alkoholbehandling. Det drejer sig om det amtsligt ejede Foldbjergcenteret i Nordjyllands Amt, en institution for alkoholmisbrugere i Århus Amt samt Blå Kors i Taastrup, som har driftsoverenskomst med Københavns Amt.

På alle andre behandlingshjem kræves, at et amt eller en kommune har visiteret til behandlingen og dermed indvilget i at betale for den.

Den amtslige visitation til døgnbehandling finder typisk sted i et visitationsudvalg. Det mødes en eller flere gange om måneden og træffer beslutning om døgnbehandling på baggrund af indstilling fra alkoholambulatoriet. Visitationsudvalget er ofte sammensat af en repræsentant fra ambulatorierne, lægelige repræsentanter samt en medarbejder fra amtets forvaltning. Det er ofte en forudsætning, at ambulans behandling har været forsøgt forud for døgnbehandling. Der er dog også amter, hvor behandlingen indledes med døgnbehandlingen, hvis udredningen indikerer, at dette er den rette behandling. Dette gælder bl.a. Fyns Amt.

Amterne har ofte indgået aftale om et antal pladser inden for en økonomisk ramme, som visitationsudvalget kan handle indenfor. Eller der foreligger en aftale mellem amtet og en privat behandlingsinstitution om løbende at kunne visitere til et antal pladser. Det betyder, at det ikke nødvendigvis altid er personens behov for døgnbehandling, der er afgørende for den behandlingsform, som vælges. I stedet er det den i forvejen fastsatte økonomiske ramme, der tit sætter grænsen for, hvem der kan få tilbudt døgnbehandling.

Skønt det er et amtsligt ansvar at tilvejebringe behandling for alkoholmisbrug, finansierer kommuner, privatpersoner og arbejdsgivere døgnbehandling i en vis udstrækning. En undersøgelse gennemført af Videnscenter om Alkohol viser, at over halvdelen af kommunerne yder tilskud til døgnbehandling efter den sociale lovgivning. Tilskud til alkoholbehandling ydes for eksempel efter Servicelovens § 86 eller Aktivlovens § 82, hvis det er en forudsætning for anden social indsats.

Nogle arbejdsgivere har tegnet sundhedsforsikringer, som indeholder tilbud om alkoholbehandling for medarbejderne. Sådanne

sundhedsforsikringer findes dog kun i begrænset omfang, idet det for langt de fleste virksomheder er billigere at betale for alkoholbehandling fra gang til gang frem for at tegne en forsikring for alle ansatte i virksomheden.

Når både kommuner og arbejdsgivere finansierer alkoholbehandling, selvom det er et amtsligt ansvar, så kan det være et udtryk for, at det amtslige tilbud ikke er kendt eller vurderes som utilstrækkeligt enten i omfang eller kvalitet.

Endelig må det konstateres, at der synes at være en vis tradition for at regulere anvendelsen af døgnbehandling ved brug af ventelister.

Øget adgang og frit valg

Hvis man er syg, henvender man sig til en læge. Men der er ikke på tilsvarende måde en umiddelbar motivation for at henvende sig til alkoholbehandlingssystemet, hvis man har problemer med alkohol. Det hænger ofte sammen med manglende erkendelse af problemet, og at det generelt betragtes som et udtryk for svaghed at have alkoholproblemer. Samtidigt gør denne stemplende holdning alkoholproblemer til et tabu. Konsekvensen er, at det varer meget længe, før den enkelte selv tager initiativ til at søge hjælp for et alkoholproblem⁴. Samtidig betyder den manglende opmærksomhed på alkoholproblemer fra den praktiserende læge og andet frontpersonales side, at personer med alkoholproblemer ikke konfronteres med deres uhensigtsmæssige adfærd. Det betyder, at de fysiske, psykiske og sociale skader for den drikkende og familien bliver omfattende, før der sættes ind med behandling. På et så fremskredet tids-

⁴ Ifølge Mulford (1977) søger en alkoholmisbruger typisk behandling, når hun/han har drukket i 7,3 år, har modtaget bebrejdelser fra de nærmeste i 6 år og selv har talt om sit behandlingsbehov i 3 år.

3

punkt kræver det en meget større indsats at komme ud af et alkoholmisbrug.

For at imødegå disse barrierer mod at modtage den nødvendige behandling, skal det være så nemt som muligt at få et kvalificeret behandlingstilbud, som modsvarer den enkeltes behov. Tilbudet skal være kendt, og det skal være nemt tilgængeligt. Det skal endvidere være kendt som kvalificeret, og der skal være gode muligheder for at vælge netop den form, som den enkelte er motiveret for at indgå i.

Kvantiteten og kvaliteten af det ambulante tilbud skal derfor udbygges. Amternes alkoholbehandlingssystemer skal være den faglige base for at kunne yde rådgivning og vejledning til den øvrige social- og sundhedssektor. Endvidere er det vigtigt, at der i den amtslige planlægning sikres den bredest mulige vifte af tilbud i det enkelte amt. Det vurderes, at den alment praktiserende læge er en væsentlig ressource, der i højere grad kan gå ind og være bindeled mellem borgere med alkoholproblemer og behandlingssystemet. Eventuelt kan der etableres et særligt uddannet korps af praktiserende læger, der kan understøtte praksissektoren i den tidlige intervention. Dette skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne.

Formelt er døgnbehandling på et behandlingshjem efter Sygehuslovens § 16 omfattet af borgerens frie valg til behandling, men kapaciteten modsvarer langt fra behovet.

At behandlingen reelt ikke er frit tilgængelig skyldes som nævnt, at kun 3 behandlingshjem er omfattet af Sygehuslovens regler om frit valg til alkoholbehandling, nemlig to amtsligt ejede behandlingshjem og et hjem med overenskomst med et amt. De øvrige behandlingshjem, som er en del af det offentlige tilbud, er alle private behandlingshjem, som har en eller anden form for pladskøbsaftale med et eller flere amter. Her gælder det frie sygehusvalg ikke.

For langt de fleste sygdomsbehandlinger gælder det frie sygehusvalg. Det vil for eksempel sige, at en hoftepatient frit kan vælge, på hvilket sygehus i landet vedkommende vil have indopereret en ny hofte. En patient, som lider af skrumpelever på grund af for stort indtag af alkohol, kan ligeledes vælge, på hvilket sygehus vedkommende vil behandles for denne lidelse. Derfor er det ikke helt logisk, at der ikke reelt er frit valg til behandling for alkoholmisbrug, som er den "lidelse" eller "sygdom", som er årsagen til, at misbrugereren behøver behandling for sin skrumpelever, navnlig da den type behandling kræver stor individuel motivation.

I forbindelse med satspuljeforliget for år 2000 blev det fra politisk hold tilkendegivet, at der skulle være lettere adgang til døgnbehandling, idet der blev afsat 15 mio. kr. årligt i 2001 og 2002 til behandling på private behandlingshjem. Man ønskede således fra politisk side at øge antallet af behandlingspladser på de private behandlingshjem og at opprioritere døgnbehandlingen. Disse pladser er ikke omfattet af det frie valg efter sygehuslovens § 16. Der er endnu ikke taget stilling til fordeling af midlerne for 2003 og 2004.

Let adgang til behandling forudsætter, at det sundhedspersonale m.v., som hjælpen søges hos, har kendskab til de eksisterende behandlingstilbud, hvilket betyder, at sundhedspersonalet skal have information om, hvilke behandlingsmuligheder, der er. Samtidig skal en lægehenvielse til alkoholbehandling give adgang til frit valg af behandlingsinstitution. Det betyder, at den praktiserende læge, læger på sygehuset og personalet på ambulatoriet skal have reel mulighed for at henvise til døgnbehandling, hvis der skønnes at være behov for dette. Og det betyder, at en lægehenvielse skal give adgang til døgnbehandling på det behandlingshjem, som den alkoholafhængige ønsker at komme i behandling på.

En sådan ordning forudsætter synlighed og kendskab til de behandlingsmuligheder, der foreligger, samt metoder til afklaring af indikation for henholdsvis ambulant- og døgnbehandling. Og den stiller krav om et tæt netværk mellem ambulatorierne, de praktiserende læger og læger i sundhedsvæsenet i øvrigt, således at der sikres sammenhæng og fælles krav til visitation under de givne økonomiske rammer.

En sådan ordning forudsætter imidlertid også, at der fra det offentlige side stilles krav til kvaliteten af den behandling, der foregår på de behandlingshjem, som der gives fri adgang til. Det foreslås derfor, at der etableres et godkendelsessystem, således at en række behandlingshjem godkendes til at være omfattet af det frie valg til alkoholbehandling. En form for godkendelsessystem er allerede etableret i forbindelse med fordelingen af satspuljemidlerne til alkoholbehandling for de fire Minnesotahjem, de to behandlingshjem under Blå Kors Danmark og de to behandlingshjem under KFUM's Sociale Arbejde i Danmark, som har fået del i de etablerede fripladser. Et godkendelsessystem vil endvidere sikre, at der på landsplan kan fastsættes en overordnet ramme for antallet af døgnbehandlingspladser, en ramme, der kan justeres, hvis der viser sig at være et større eller mindre behov for døgnbehandling.

Den samlede vurdering af behovet for antallet af behandlingspladser på landsplan vil Sundhedsstyrelsen kunne foretage, ligesom Sundhedsstyrelsen vil kunne opstille de faglige kriterier for at opnå godkendelse. Den endelige godkendelse af behandlingshjemmene vil kunne ligge i amterne. Et godkendelsessystem er i øvrigt allerede etableret på narkobehandlingsområdet, hvor de enkelte amter godkender bosteder til voksne narkomaner i behandling.

Problemet ved at øge muligheden for frit valg til behandling kunne imidlertid være, at an-

tallet af personer, der blev henvist til døgnbehandling, steg med store omkostninger for amterne til følge. Et tæt samspil mellem ambulatorierne og visiterende læger i amtet om kriterier for visitation kan her være et styringsinstrument. I en alkoholkultur som den danske, hvor misbrug er stigmatiserende, må det dog antages, at der ikke vil være mange uden behov for døgnbehandling, der vil vælge dette behandlingstilbud, hvis der samtidig er et ambulant tilbud med en tilsvarende kvalitet.

Konklusion

Det kan konkluderes, at kapaciteten for så vidt angår ambulant- og døgnbehandling er præget af begrænsede ressourcer. Trods en stigning i de afsatte ressourcer står indsatsen ikke mål med det skønnede behov for ambulant- og døgnbehandling. Det vurderes, at der er et generelt behov for styrkelse af såvel kvantitet som kvalitet i tilbudene. Tilbudene bør ligeledes være let tilgængelige og kendte og dermed i det enkelte amt understøtte en hensigtsmæssig adgang til alkoholbehandling. Endelig foreslås det, at den frie adgang til døgnbehandling øges, hvilket forudsætter metoder til afklaring af indikation for henholdsvis ambulant og døgnbehandling. Dels etablering af landsdækkende faglige kriterier for god behandling og dels at der i det enkelte amt etableres et netværk mellem ambulatoriet og visiterende læger i amtet.



4

Behovet for at styrke samarbejdet på

Alkoholproblemer eksisterer i mange sammenhænge. En ændring af alkoholkulturen og en tidlig indgriben over for alkoholproblemer forudsætter, at en række forskellige professionelle er villige til og kvalificeres til at gøre en indsats. Samtidig er en sammenhængende planlægning og koordination af hele indsatspektret fra forebyggelse, tidlig indsats, behandling til efterbehandling nødvendig.

Hvis det samfundsmæssige omkostningsniveau ved danskernes alkoholforbrug på mellem 6-10 mia. kr. årligt er uacceptabelt, og hvis de menneskelige omkostninger ved en alkoholkultur som den danske vurderes at være for store, kræver det en ændring på mange forskellige niveauer og en indsats fra en række forskellige professionelle. Alkoholproblemer eksisterer i mange sammenhænge, hvilket kræver, at professionelle i en række blandt andet pædagogiske, sociale og sundhedsmæssige sammenhænge kvalificeres til at starte en dialog om de alkoholkulturelle normer og kvalificeres til at tage hånd om de alkoholproblemer, som de møder. Samtidig er det en forudsætning, at man i amter og kommuner har et helhedssyn på målsætningerne på alkoholområdet og gennemfører en sammenhængende planlægning og koordination af de mange forskellige indsatsstyper. I det følgende tegnes der et billede af de mange værktøjer, der eksisterer til påvirkning af alkoholkulturen og effektivisering af samarbejdet omkring den tidlige indsats, behandling og efterbehandling.

Kommunernes aktiviteter på alkoholområdet

Kommunernes budgetter og det sociale liv er på en række områder belastet af alkoholrelaterede problemer: mennesker som i beruset tilstand skaber problemer i form af vold, gadeuorden, husspektakler og kriminalitet. Mennesker som på grund af deres misbrug glider ud af arbejdsmarkedet: mennesker på sygedagpenge, bistandshjælp eller førtidspension, som hænger fast i systemet og vanskeligt lader sig aktivere. Udgifter til kompenserende foranstaltninger i familier med misbrug: rådgivning, hjemmehoser, aflastningsfamilier, anbringelser uden for hjemmet m.v.

Der er lavet en første landsdækkende undersøgelse af kommunernes indsats på alkoholområdet, foretaget af Videnscenter om Alkohol ("Alkoholproblemer – en kortlægning af kommunernes indsats", september 2001), som giver et hovedsageligt kvantitativt indblik i kommunernes aktuelle aktiviteter på alkoholområdet.

Af undersøgelsen fremgår det bl.a.:

- At 78 pct. af kommunerne ingen kortlægning har af deres alkoholproblemer
- At der i 61 pct. af kommunerne ikke er nogen bestemt, der er ansvarlig for alkoholindsatsen
- At over 50 pct. af kommunerne mener, at alkohol er et mellemstort eller stort problem
- At over 50 pct. af kommunerne giver tilskud til alkoholbehandling efter Serviceloven, som forudsætning for at løse andre sociale opgaver.

Circa hver tiende kommune anser misbruget af alkohol som et stort problem blandt borgerne, mens næsten hver anden kommune

anser det som et mellemstort problem. En tredjedel af kommunerne ser alkoholmisbrug som et lille problem. Der er flere blandt de større kommuner end blandt de mindre, der anser omfanget af problemerne med alkoholmisbrug som stort eller mellemstort.

Undersøgelsen viser også, at langt de fleste kommuner har en eller flere målrettede aktiviteter eller tilbud på alkoholområdet. Hver tredje kommune har formuleret eller overvejer at udarbejde målsætninger, handleplaner eller lignende for tiltag mod alkoholmisbrug. Circa halvdelen af kommunerne har gjort en eller anden indsats for at kvalificere medarbejderne til at tage sig af alkoholområdet, især i de store og mellemstore kommuner.

Der er således startet en proces i kommunerne i retning af at fokusere på alkoholproblemet. Men der er stadig ikke tradition for at behandle alkoholproblemet som et problemfelt, der kræver en sammenhængende planlægningsindsats, der er forankret i den kommunale organisation.

Nogle enkelte kommuner har arbejdet med en sammenhængende planlægning på alkoholområdet. Sundhedsstyrelsen bevilgede i februar 2001 5 mio. kr. til 7 kommuner⁵ for at få erfaringer med, hvordan der kan planlægges og gennemføres et systematisk arbejde i kommunerne med såvel kortlægning af forbruget som problemerne med alkohol. Målet er desuden at beskrive de værktøjer, som kommunerne har til rådighed på alkoholområdet til at gennemføre en indsats, der omfatter både forebyggelse, herunder regulering af alkoholtilgængeligheden, tidlig indsats, behandling og efterbehandling. Erfaringerne fra disse kommuner vil blive sammenfattet i en manual, der skal gøre det lettere for andre kommuner at udarbejde en sammenhængende plan på alkoholområdet og at gennemføre og forankre indsatsen i den kommunale organisation.

Kommunernes indsatsmuligheder

I kommunerne er der mulighed for at påvirke alkoholkulturen på egne arbejdspladser, i institutioner og klubber med relation til børn og unge, i sportsklubber m.v. Det kan ske gennem diskussion og vedtagelse af en fælles alkoholkultur, af fælles spilleregler, værdier og politikker på alkoholområdet. Det er ikke alene de nedfældede regler, der motiverer til en adfærdsændring; det er først og fremmest de holdninger og den viden, der bliver fælles i denne proces.

Kommunerne har også mulighed for at forholde sig målrettet til tilgængeligheden af alkohol i kommunen gennem styring af omfanget af alkoholbevillinger og gennem fratagelse af alkoholbevillinger. Det kan de gøre i det omfang, det konstateres, at forudsætningerne for at modtage alkoholbevillinger ikke overholdes. Det kunne for eksempel gælde de restauranter og værtshuse, som ikke overholder loven om forbud mod udskænkning af alkohol til unge under 18 år.

Navnlig i forhold til alkoholforbruget hos de unge har kommunen muligheder for at forholde sig målrettet til de festmiljøer, hvor de unge færdes. Det kan for eksempel dreje sig om de fester, som sportsklubber arrangerer for gennem ølsalg til de unge at kunne finansiere sportstilbudet til de unge i kommunen. Kommunen har her mulighed for at stille betingelser til sportsklubberne for at modtage kommunalt tilskud. En sådan betingelse kunne være, at der gennemføres en alkoholpolitik i klubberne.

Tilsvarende kan kommunerne for eksempel gennem et bevillingsnævn udvikle et samarbejde med repræsentanter for branchen, hvor der for eksempel vedtages en fælles

⁵ Nykøbing Falster, Nykøbing Rørvig, Ballerup, Horsens, Randers, Ikast og Fredericia.

4

kodeks for at undgå hård udskænkning, dvs. slagtilbud som: drik to øl betal for en, happy hour m.v. Der kan gennemføres kurser for beværterpersonalet i ansvarlig udskænkning, og der kan vedtages forholdsregler for at sikre, at der ikke bliver udskænket til unge under 18 år.

Forældre kan spille en stor rolle for påvirkning af de unges alkoholvaner og som drivkraft i gennemførelse af alkoholpolitikker i skoler, klubber, ungdomsklubber og omkring de unges festmiljøer. Et projekt som "Natteravnene" viser, at mange forældre også er interesserede i at yde deres bidrag til nogle mere trygge rammer for de unge.

Kommunerne har således en lang række muligheder for at påvirke alkoholkulturen i kommunen og at sende signaler navnlig til de unge om et mere moderat alkoholforbrug. En sammenhængende, koordineret indsats i kommunen for at udvikle en beskyttende alkoholkultur vil på bare lidt længere sigt få konsekvens for omfanget af alkoholrelaterede problemer, som kommunen skal håndtere.

Amterne har en fagligt rådgivende funktion på forebyggelsesområdet og kan med netværket af alkohol- og narkotikakonsulenter på afgørende måde støtte kommunerne i at udvikle en sammenhængende plan på alkoholområdet.

Kommunerne vil kunne høste store fordele ved at kombinere den sociale indsats med alkoholbehandling, hvilket projekt Phønix i Greve kommune er et godt eksempel på. I projektet har man meget positive erfaringer med at kombinere en aktiveringsindsats i forhold til en gruppe unge alkohol- eller blandingsmisbrugere med en indsats for at hjælpe de pågældende ud af misbruget. Projektet er helhedsorienteret, idet indsatsen omfatter boligsituationen, økonomien, misbruget, netværksdannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig inddrages famili-

en i processen. Resultaterne for deltagerne og kommunen har været positive: Omkring halvdelen af deltagerne var ædru eller stof-fri efter endt kursusforløb, og omkring en tredjedel var både ædru og fulgte udslusningsplanen eller var kommet i arbejde et halvt år efter kursets ophør.

Kvalificering af frontpersonale

Det er karakteristisk for mennesker med et for stort forbrug af alkohol, at de forsøger at skjule eller benægte det. Det er også karakteristisk for den danske alkoholkultur, at alkoholproblemer betragtes som en privat sag. Desuden har både det private netværk og de fagpersoner, der møder storforbrugeren eller den alkoholafhængige, mange barrierer for at tale med den pågældende om problemet. Resultatet af disse holdninger er, at mennesker med alkoholproblemer alt for længe går alene med dem. De får ikke eller først meget sent i forløbet den støtte til en omlægning af alkoholvanerne, der er en forudsætning for at forhindre udviklingen af både sociale og sundhedsmæssige problemer.

I en undersøgelse fra Græsted-Gilleleje Kommune er der indkredset en række personlige barrierer hos frontpersonalet, som for eksempel kan være socialrådgivere, pædagoger og lærere, for at tage hånd om alkoholproblemerne:

- Usikkerhed over for at genkende og identificere signaler på misbrug og misbrugets konsekvenser
- Usikkerhed over for hvornår, der skal handles
- Usikkerhed om konsekvenserne af indgriben.

Disse forskellige former for usikkerhed betyder, at frontpersonalet ikke føler sig fagligt klædt på til noget så indgribende som at blande sig i det, der stadig opfattes som et

privat anliggende, nemlig alkoholproblemer hos en person eller i en familie.

På Fyn er igangsat et modelprojekt om børn i misbrugsfamilier. Frontpersonalet nævner her, at en af projektets helt afgørende ændringer er, at det at forholde sig til alkoholproblemer nu ikke længere opfattes som snagen og sladder. I stedet ses det som et fagligt problem, man som professionel har en pligt til at tage fat om.

Det er derfor vigtigt, at de mange fagpersoner, for eksempel pædagoger, socialrådgivere og politi, der møder mennesker med alkoholproblemer, bliver støttet i at betragte det som en faglig opgave at tage fat om alkoholproblemet og at motivere storforbrugeren eller den alkoholafhængige til at henvende sig til behandlingssystemet. Det er vigtigt, at de offentlige institutioner, miljøer og faggrupper, der har en omfattende borgerkontakt, har gjort sig klart, hvordan de vil håndtere de alkoholproblemer, som de uvægerligt møder: Hvilken rolle institutionen kan have og vil påtage sig; hvem der har ansvaret for at tage samtalen med den person, der har alkoholproblemet; og hvordan samarbejdet skal være med de sociale myndigheder og med de lokale alkoholbehandlingsinstitutioner.

Hos personalet kræver det generelt en minimumkompetence på alkoholområdet, når det drejer sig om, hvordan man ser signaler på et alkoholoverforbrug. Og det kræver et kendskab til institutionens handleplan på området. Dette er en nødvendighed for at kunne arbejde professionelt med de alkoholproblemer, man møder i sit arbejde. Det er vigtigt, at særlige nøglepersoner har en bredere kompetence på alkoholområdet. Disse nøglepersoner skal desuden vide, hvordan man gennemfører en samtale om alkohol. Og de skal have kendskab til de relevante lokale behandlingstilbud og støttemuligheder for de børn, der lever med forældres misbrug. Det vil være oplagt, at lederen af en institution er en sådan nøgleperson.

På arbejdspladser vil der generelt være behov for, som et væsentligt element i en alkoholpolitik, at kvalificere sådanne særlige nøglepersoner. De skal rustes til at tage samtaler om alkohol med de berørte personer, og de skal have en viden om, hvor man kan få et kvalificeret rådgivnings- eller behandlingstilbud.

Det er oplagt, at amt og kommune i fællesskab støtter en sådan udvikling. I langt de fleste amter har man foruden alkohol- og narkotikakonsulenterne en appa-konsulent (appa = alkoholpolitik på arbejdspladsen). Appa-konsulenten vil kunne støtte udviklingen af alkoholpolitikker og gennemførelsen af temadage og kurser for professionelle på såvel private som offentlige arbejdspladser.

Man har på den måde værktøjer til moderering af den lokale alkoholkultur og til kvalificering af den tidlige indsats. Værktøjer, som er afprøvet, og som ikke er særlig ressourcekrævende. Men de kræver først og fremmest en vilje til at gennemføre initiativerne, til at lave en samlet planlægning og styring af alkoholinitiativerne i kommunen og endelig til at udnytte de ressourcer, som et samarbejde mellem amter og kommuner vil give.



4

Den praktiserende læges nøglefunktion

Af statistik fra primærsektoren og sygehussektoren ses det, at der gennemføres en række behandlinger ved den praktiserende læge, som sigter på at ændre livsstilen hos borgeren. En gennemgang af § 2-aftaler indgået efter overenskomst for alment praktiserende læger viser, at der har været eksempler på lokalaftaler, der rettede sig mod en indsats i almen praksis mod alkoholmisbrug. I dag er § 2-aftaler på dette felt afløst af generelle ydelser i form af livsstilssamtaler. De sigter bl.a. på at behandle problemstillinger i forbindelse med alkoholproblemer.

Der findes imidlertid ikke statistik for, hvor mange patienter de alment praktiserende læger har i behandling for alkoholproblemer. Eller hvor mange patienter, der visiteres videre til alkoholbehandlingssystemet. Det er dog indtrykket fra enkelte projekter, at de praktiserende læger kun i meget begrænset omfang er interesseret i at gennemføre alkoholbehandling. De henviser i meget begrænset omfang til alkoholbehandlingssystemet, og de finder det generelt vanskeligt at tale med deres patienter om alkohol. I et WHO samarbejdsprojekt (Torkil Thorsen, Sundhedsstyrelsen, 2000) foretages en sammenligning af, hvor ofte danske læger rutinemæssigt spørger om alkohol sammenlignet med læger i andre lande. Her viser det sig, at gennemsnittet for de 13 deltagende lande er, at 21 pct. af lægerne siger, at de rutinemæssigt spørger om patienternes alkoholforbrug. Det er kun tilfældet hos 2 pct. af de danske læger. Mens spørgsmål om alkoholforbruget ligger på 3. pladsen blandt de livstilsfaktorer, der spørges rutinemæssigt til i de 13 lande under et, så er alkohol et af de 7 livstils spørgsmål, som danske læger sjældnest spørger rutinemæssigt om. Danske læger synes således at have særlige barrierer for at spørge til patienternes alkoholproblemer.

Det vil være et kvalitetsmæssigt løft for opsporingen af personer med uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, hvis praktiserende læger systematisk taler alkohol med de patienter, der har lidelser, der kan være alkoholrelaterede, eller hvor der er mistanke om et alkoholproblem.

De praktiserende læger er således den gruppe, der kunne gøre den mest afgørende forskel, når det gælder et kvalitetsløft i alkoholbehandlingen. Fordi de har omkring 30 mio. patientkontakter på årsbasis (Sygesikringsregistret), heraf et stort antal kontakter til patienter med alkoholrelaterede lidelser. Derfor er det en udfordring at udvikle metoder, der gør det lettere at integrere samtalen om alkohol i arbejdet med patienter med formodede alkoholproblemer.

Det er vigtigt at styrke og støtte almen praksis i varetagelsen af denne opgave. Især er det vigtigt, at den alment praktiserende læge har mulighed for at bidrage til den tidlige opsporing af alkoholmisbrug.

Det anbefales, at der overenskomstmæssigt sikres almen praksis mulighed for yderligere at styrke indsatsen, at der uddannelsesmæssigt og via kvalitetsudvikling sker en oprustning af de praktiserende lægers forudsætninger for en sådan styrket indsats, og at der rettes henvendelse til overenskomstparterne og kvalitetsudviklingsudvalgene i henhold til overenskomstens § 12 c med en opfordring til at tage disse opgaver op.

Når de praktiserende læger har identificeret et alkoholproblem, kan de henvise til alkoholbehandling på et af de tre behandlingshjem, som er omfattet af reglerne om frit valg til sygehusbehandling (se afsnittet om døgnbehandling i kapitel 3). Lægen kan også enten henvise til alkoholambulatoriet eller selv stå for behandlingsindsatsen. Endelig kan en læge, der har identificeret et alkoholproblem men ikke har overblik over behandlingsmulighederne, henvise sin pati-

ent til et alkoholambulatorium med henblik på udredning af patientens behandlingsbehov.

Når den praktiserende læge selv gennemfører behandlingen, er det afgørende, at familien inddrages. Det er ligeledes afgørende, at det gennem et samarbejde med kommunen sikres, at børnene og ægtefællen får støtte til at ændre familiedynamikken og til at bearbejde de belastninger, alkoholproblemerne har været årsag til. I hvilket omfang et sådant samarbejde eksisterer aktuelt er vanskeligt at vurdere.

I en rapport fra Græsted-Gilleleje Kommune fremgår det, at de praktiserende læger synes meget indstillede på at tage forældres alkoholproblemer og børnenes situation op. Men samtidig kunne der i undersøgelsesperioden ikke registreres nogen henvisninger fra lægerne til alkoholbehandling, og lægerne kunne heller ikke registreres som initiativtager til børnesager.

For mange læger er den manglende tillid til effekten af alkoholbehandling en barriere for at henvise patienten. Der er derfor behov for at formidle de internationale forskningsresultater, der viser den gode effekt af alkoholbehandling, til de praktiserende læger. Lokalt kan man arbejde på at opbygge kendskabet og tilliden mellem de praktiserende læger og alkoholbehandlingssystemet. Det er forudsætningen for, at de praktiserende læger finder det meningsfuldt at arbejde målrettet med patienternes alkoholproblemer, og for at de henviser til alkoholbehandlingssystemet.

Hvis patienten og den praktiserende læge vurderer, at ambulatoriets eller døgnbehandlingens tilbud vil være det bedste for patienten, er det vigtigt, at den praktiserende læge kan formidle sin tillid til behandlingens effekt. Det skal motivere patienten til at henvende sig. Den praktiserende læge må endvidere forholde sig til, at der kan

være barrierer hos patienten for at henvende sig til alkoholbehandlingssystemet. I et samarbejde må de praktiserende læger og behandlingssystemet arbejde med at gøre disse barrierer så små som muligt.

Sygehusvæsenet og behandlingssektoren

Også sygehuspersonalet møder konsekvenser af alkoholoverforbrug, som ofte er hovedårsagen eller medvirkende årsag til patienters indlæggelse på sygehuset. Der er så vidt vides ingen faste procedurer på sygehusene for, hvordan alkoholproblemer hos en patient skal gribes an. Der findes ingen tal for, i hvor høj grad sygehuspersonalet drøfter alkoholforbrug og muligheder for adfærdsændrende behandling med patienterne. Der er også sjældent procedurer for samarbejdet mellem de psykiatriske og somatiske afdelinger.

Det må for sygehusvæsenet ikke være tilstrækkeligt at behandle den lidelse, som er en konsekvens af alkoholproblemet.

På Bispebjerg Hospital, der er modelhospital inden for forebyggelse, har man gennemført samtaler med alle patienter på forskellige livsstilsområder, blandt andre alkohol. Erfaringerne fra disse samtaler har vist, at de største barrierer for at gennemføre disse samtaler indledningsvis lå hos de professionelle. Patienterne opfattede det derimod som naturligt og ofte som en lettelse, at der blev taget fat i problemet.

Generelt er der i sygehusvæsenet behov for at koordinere indsatsen for de patienter, der bliver indlagt med helt eller delvist alkoholrelaterede sygdomme. Herved kan en sådan indlæggelse blive anledningen til, at der gives en støtte til omlægningen af de sundhedsskadelige alkoholvaner. En sådan koordination kræver dels, at personalet på syge-

4

husene kvalificeres til at tage samtaler om alkohol, dels et samarbejde mellem sygehuset og ambulatorierne om de patienter, der har problemer med deres alkoholvaner. Når det drejer sig om børn, som mistrives i en familie med alkoholproblemer, har sygehuse- ne i øvrigt allerede pligt til at underrette de sociale myndigheder.

Det er indtrykket, at der kun i de færreste amter er indgået formaliserede samarbejds- aftaler mellem amternes behandlingsindsats i relation til Sygehuslovens § 16 og sygehus- sektoren. Der synes at være en tættere til- knytning mellem alkoholbehandlingen og de psykiatriske afdelinger. Dette kan dels hænge sammen med, at disse afdelinger hyppigt foretager afrusning, dels at klienterne ofte har både alkoholproblemer og psykiske pro- blemer.

I det materiale, som ligger til grund for nær- værende rapport, er der kun få eksempler på tilbud, der tager sigte på at skabe netværk i sundhedssektoren. Det Udgående Team (DUT) i Københavns Amt er et eksempel på et projekt, der fungerer som brobygger mellem behandlingsstederne og sygehuset. Det understøtter sygehuspersonalet i samtaler med patienter med alkoholproblemer, hovedsageligt på de psykiatriske skadestuer, og giver orientering om hjælpemuligheder. Afhængigt af ønsker fra den enkelte bruger hjælper teamet med at skabe den første kontakt til behandlingsstederne. DUT tilby- der ligeledes kurser og temadage.

For mange patienter vil det være en proces at erkende, at de har sundhedsskadelige alkoholvaner. Det er derfor vigtigt, at samar- bejdet mellem sygehuse og alkoholambu- latorierne om den enkelte patient gør det så let som muligt for patienten at komme fra det ene til det andet system. Der kan tænkes mange modeller lige fra et besøg fra ambu- latoriet på sygehuset for at planlægge det videre forløb med patienten til en rådgiv- ningsfunktion på sygehuset, der sikrer, at

patienten følges til den første samtale på ambulatoriet. Man kan også vælge at over- lade initiativet til patienten ved kun at give en pjece om ambulatoriets rådgivningstil- bud. Det vil imidlertid gøre det vanskeligt at overvinde de barrierer, som mange har ved at henvende sig i et alkoholambulatorium. Dette gælder navnlig de patienter, som endnu ikke har fået en helt klar bevidsthed om de negative konsekvenser af deres alko- holvaner.

Børn i familier med alkoholproblemer

Socialforvaltningen har en vigtig opgave i alle de sager, der omfatter familier med alkoholproblemer. Ud fra gældende arbejds- deling mellem amt og kommune er det kom- munernes ansvar at give støtte til truede børn, herunder børn i familier med alkohol- problemer.

De fleste mennesker med alkoholproblemer er ikke sociale klienter. Derfor vil socialfor- valtningen kun få kendskab til børnenes vanskeligheder, hvis de får underretninger fra frontpersonalet: pædagoger, lærere, læger m.v. Da såvel forældre som børn for- søger at skjule alkoholproblemer, og da frontpersonalet har mange barrierer for at henvende sig til socialforvaltningen, vil mange børn ikke få den støtte, de har behov for.

I alkoholbehandlingssystemet har man der- imod en umiddelbar mulighed for at tale med forældre om alkoholproblemernes kon- sekvenser for deres børn. For disse forældre vil det ofte være vanskeligere at give tilsagn om, at børnene må modtage den nødvendige støtte, hvis det kræver, at familien registreres som en social sag i socialforvaltningen. For disse børn og deres familie vil det være hen- sigtsmæssigt, hvis de første samtaler til afklaring af børnenes behov for støtte fore-

går i ambulatoriets regi. De børn, der i sådanne samtaler viser sig at have udviklet psykiske lidelser, skal henvises til det psykiatriske system. For de børn, som har brug for en indsats, der involverer en bredere social støtte til familien, bør handlingsplanen laves i et samarbejde mellem alkoholambulatoriet og socialforvaltningen. Der er mange børn, som kun har brug for enkelte samtaler for at få fastslået, at det ikke er deres skyld, at deres forældre drikker, og at det heller ikke er deres ansvar at få dem til at holde op, samt at der er andre voksne, der overtager ansvaret for at støtte forældrene. For disse børn vil ambulatoriets umiddelbare og enkle indsats være nødvendig, men også tilstrækkelig.

Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet har igangsat to modelprojekter for børn i familier med alkoholproblemer i samarbejde med Fyns amt og 10 kommuner og Frederiksborg amt og fire kommuner. Hensigten med samarbejdet har været at finde frem til organisationsformer, metoder og rutiner, som kan sikre et samspil mellem det amtslige alkoholbehandlingcenter, frontpersonalet i institutioner og skoler, der møder børn i familier med alkoholproblemer, og den kommunale socialforvaltning vedrørende støtten til disse børn. Resultatet fra det fynske projekt har været udviklingen af en række handlevejledninger i socialforvaltninger, skoler og daginstitutioner om, hvordan man kommer fra bekymring for et barn til vurdering og etablering af den støtte, barnet har behov for. Der er desuden blevet arbejdet med rutiner for, hvordan der skal spørges til børnene i alkoholbehandling, og der er ved at blive udarbejdet kliniske retningslinjer for, hvordan der skal arbejdes med forælderrollen i behandlingsforløbet.

Hvis det i sygehuslovens § 16 tydeliggøres, at behandlingen af et alkoholproblem også skal omfatte afklaring af, hvorvidt der er behov for støtte til pårørende, herunder børnene, vil den ukomplicerede støtte til børnene naturligt kunne integreres i behandlings-

forløbet som en del af arbejdet med, hvordan misbruget påvirker forælderrollen og relationen til barnet. Det vil således kun være de egentlige sociale børnesager, der henvises til kommunerne. Som det er nu, burde alkoholbehandlingscentret henvise alle børn, der bor eller har hyppigt samkvem med en far eller mor, der har alkoholproblemer, til kommunen, der så skal undersøge, om barnet har symptomer, der berettiger kommunen til at gribe ind. Da omkring halvdelen af børnene ikke har synlige symptomer, men risikerer at få dem senere, vil kommunen formentlig, efter at have foretaget en undersøgelse, afvise at give støtte til den gruppe af børnene, som således ikke får den forebyggende støtte, der vil kunne hindre, at de senere udvikler psykiske eller sociale vanskeligheder. Det mest hensigtsmæssige vil derfor være at integrere støtten til de pårørende og børnene i den alkoholbehandling, der alligevel må arbejde med misbrugets konsekvenser for forælderrollen og relationen til barnet.

Klienter i socialforvaltningerne i øvrigt

Socialforvaltningen møder blandt sine klienter mange mennesker med alkoholproblemer. Fra en række lokale projekter, for eksempel "Rosengårds projektet" i Odense og fra en udredning fra Roskilde Amt, ved man, at alkohol kun er nævnt sporadisk i klienternes journaler. En forklaring på dette kan være, at den faglige tænkning på det sociale område i en årrække har været, at alkoholproblemer opstår på baggrund af sociale belastninger. Og at forudsætningen for at løse problemet således er en ændring af de sociale vilkår omkring den person eller familie, som drikker. Denne tænkning har betydet, at man har fokuseret på at lette de sociale belastninger for de familier, hvor der er alkoholproblemer, ud fra en antagelse om, at alkoholproblemet så vil ophøre.

4

Det er vigtigt, at der i socialforvaltningerne udvikles en rutine omkring de første samtaler med nye klienter. Her kan socialrådgiveren gennem enkle "screeningsspørgsmål" få afklaret, om alkohol hører med til billedet af klientens sociale problemer. Det vil være en støtte for den enkelte socialrådgiver, hvis socialforvaltningen har uddannet en nøgleperson, der kan være sparringspartner og samtaler med klienter med alkoholproblemer. På samme måde vil det være hensigtsmæssigt, at der er en afklaring af samarbejdsrelationen med alkoholbehandlingssektoren. Det gælder både alkoholbehandlingen for klienten, støtten til den pårørende og børnene samt efterbehandlingen. En mulighed kunne være, at socialforvaltningen i samarbejde med klienten og alkoholambulatoriet udarbejdede en handlingsplan, hvor alle disse elementer indgår, og hvor målsætningerne og arbejdsdelingen bliver klare for alle involverede.

De private/frivillige organisationers indsats

De private frivillige organisationer driver langt den overvejende del af de behandlingshjem, der gennemfører døgnbehandling. En række af de private og frivillige organisationer driver ligeledes en lang række tilbud, hvor hovedvægten kan være lagt på alkoholforebyggelse eller alkoholbehandling, men hvis hovedsigte fortrinsvis er støtte- og omsorgstilbud til bl.a. socialt belastede alkoholmisbrugere. Her kan nævnes Blå Kors Danmark og KFUM's sociale arbejde i Danmark, der driver en lang række pensionater og forsorgshjem, eller Kirkens Korshær, som står for driften af væresteder og lignende. Ligeledes er der etableret AA-netværk som opfølgning på Minnesotabehandlingen.

De landsdækkende organisationer har institutioner placeret i større by- eller landområder. Kommuner og amter visiterer personer med alkoholfafhængighed til disse institutioner. Forsorgshjemmene optager borgere, som selv henvender sig. Tilsvarende driver organisationerne lokalafdelinger, ofte i samarbejde med kommuner og amter, samt støtte- og omsorgstilbud såsom væresteder og varmestuer m.v. Ligeledes udfører organisationerne andet frivilligt arbejde i samarbejde med pårørende- og patientforeninger.

De private frivillige organisationer og pårørende- og patientforeningerne udfører et værdifuldt stykke arbejde, der kan være en del af kommuners og amters tilbud eller tilbud, der ligger i forlængelse heraf. Personkredsen vil ofte være kendetegnet ved at have en række sociale og sundhedsmæssige problemer, som bl.a. kan henføres til brug af alkohol. Det er derfor vigtigt, at de frivillige/private organisationer indgår i netværket og har tæt kontakt og viden om mulighederne for at få hjælp til at komme ud af et alkoholproblem, som kan være en forudsætning for at løse andre sociale og sundhedsmæssige problemer. Her er således et væsentligt bindeled til en personkreds, som ofte er svær at nå. Det samarbejde, der er mellem de offentlige myndigheder og de private organisationer og de aktiviteter, som de private og frivillige organisationer udfører, er derfor uomgængeligt. Aktiviteterne og det personale, der indgår, må derfor naturligt indgå i de netværk og eventuelle uddannelsesaktiviteter, som etableres på området.

Tidlig opsporing og samtidighed i indsatsen

Konsekvenser forårsaget af u hensigtsmæssigt brug af alkohol har mange faser. Udviklingen af alkoholafhængighed er ofte en lang proces, hvor de negative konsekvenser ofte viser sig, langt før personen erkender at have et alkoholproblem.

Kommunerne konfronteres med en række sociale begivenheder, som kan være forårsaget af et u hensigtsmæssigt forbrug af alkohol, eller hvor alkohol er en del af problemet. Tilsvarende mødes problemet hos den praktiserende læge og i sundhedsvæsenet i øvrigt.

Erfaringerne viser, at identifikationen af alkohol som skadevolderen ofte finder sted ret sent i processen, hvor der allerede er sket skade på borgeren og/eller dennes pårørende.

Skøn over antallet af personer, der har et forbrug omkring eller over genstandsgrænserne, indikerer, at problemet går upåagtet hen.

Erfaringer viser også, at et fåtal af borgere bliver henvist eller erkender, at de har et alkoholproblem og henvender sig til et alkoholambulatorium. Selvom borgeren henvender sig og anmoder om behandling for et alkoholproblem, så er det ikke givet, at der finder den fornødne sammenhæng sted i indsatsen. De forskellige systemer må derfor i fornødent omfang spille sammen om at tage hånd om de problemer, der viser sig, således at tidlig opsporing kan iværksættes, og således at der kan skabes helhed i indsatsen. Med accept fra den alkoholafhængige vil det være muligt at få skabt et samarbejde om den optimale indsats i forhold til den alkoholafhængige og de sociale problemer, som denne måtte have.

Det anbefales derfor, at der etableres faste samarbejdsstrukturer mellem amter, kommuner, alkoholambulatorierne, relevant sundhedspersonale, herunder de alment praktiserende læger, samt relevante frivillige organisationer med henblik på at planlægge og koordinere den forebyggende indsats, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling.

Alkoholbehandling og alkoholforebyggelse forudsætter en indsats i flere sektorer. Der er derfor et stort behov for en løbende koordination mellem alkoholbehandlingssektoren, den sociale sektor og den primære og sekundære sundhedstjeneste samt de frivillige foreninger. Samtidig er der behov for en sammenhæng mellem den forebyggende indsats, herunder regulering af tilgængeligheden af alkohol, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling i amter og kommuner.

Det er i vid udstrækning lykkedes at opbygge en overordnet planlægningsindsats, når det gælder indsatsen på stofmisbrugsområdet. Uden sammenligning i øvrigt vil en tilsvarende proces kunne medvirke til at få større sammenhæng og helhed i opgaveløsningen.



4

Tilsvarende anbefales det, at der i amter og kommuner sikres en organisatorisk forankring af en sammenhængende alkoholindsats i forhold til den enkelte borger.

Endelig anbefales det, at alkoholambulatorierne generelt styrkes med henblik på at kunne yde et mere kvalificeret og differentieret behandlingstilbud til mennesker, der har behov for behandling, og med henblik på at koordinere samarbejdet mellem amt og kommune.

Der er en del dokumentation for forskellige behandlingsmetoders effekt, hvorfor der er gode muligheder for at udvikle et behandlingstilbud, der i højere grad er systematisk, vidensbaseret og eventuelt individuelt tilpasset. Alkoholambulatorierne bør have ressourcer til dels at foretage den indledende udredning af klientens og de pårørendes behandlingsbehov dels at deltage i det planlæggende og koordinerende arbejde i kommune og amt.

Konklusion

Skal der ydes en mere effektiv indsats til løsning af samfundets alkoholproblemer, vil det være helt centralt at satse på, at såvel amter som kommuner laver en sammenhængende plan på alkoholområdet: En plan, der omfatter såvel forebyggelse og tidlig indsats som behandling og efterbehandling. En sådan plan omfatter såvel en ansvarsfordeling på det overordnede niveau som en konkret ansvarsfordeling i forhold til den enkelte klient.

For at sikre den kontinuerlige løsning af de mange samarbejdsopgaver kan det være relevant at etablere et fast netværk med repræsentation fra de forskellige regionale interessenter.





5

Storforbrug af alkohol

En indsats rettet mod gruppen af storforbrugere er nødvendig, hvis mængden af samfundsmæssige problemer relateret til alkohol skal reduceres, og hvis en udvikling mod alkoholafhængighed skal forebygges. En indsats, som primært er af forebyggende karakter, men som også omfatter en kort intervention i almen praksis samt en særlig indsats rettet mod de unge.

Hvornår er man storforbruger?

Som nævnt i kapitel 1 kan man indkredse storforbruget af alkohol på to måder. Man kan se på, hvor meget alkohol der drikkes, og man kan se på forbrugsmønstrene, altså hvordan der drikkes. På samfundsniveau er der påvist en højere risiko for død ved et alkoholforbrug på over 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd. Ud fra en sådan kvantitativ indfaldsvinkel kan storforbrugere defineres som de, der drikker over genstandsgrænserne på 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd. Herfra skal fratrækkes den gruppe, der er afhængige af alkohol. Genstandsgrænserne er velegnet til at anslå omfanget af storforbrugere i samfundet, og de er en grov indikator for, hvornår det er relevant at se på sit eget alkoholforbrug.

Men genstandsgrænserne er ikke tilstrækkelige til at vurdere om enkelte individers alkoholforbrug er problematisk. Det er nødvendigt også at se på alkoholforbrugsmønstret, som omfatter: om man drikker dagligt eller meget på en gang; hvor og hvornår man drikker; antallet af situationer, hvor man drikker meget; hvad man laver, mens man drikker; hvilke risici man udsætter sig selv og andre for, når man drikker; hvem man drikker sammen med osv. De umiddelbare konsekvenser af at drikke en bestemt mængde alkohol vil

være meget forskellige, afhængigt af hvordan man drikker. Alkoholforbrugsmønstret vil derfor have stor betydning for de umiddelbare problemer, som man oplever i forbindelse med beruselse, mens den gennemsnitlige mængde af alkohol om ugen primært har konsekvenser for de langsigtede helbreds-mæssige skader.

Når man skal vurdere enkeltindividers forbrug, må man derfor både se på det gennemsnitlige alkoholforbrug og på konsekvenserne af forbruget. Ud fra en sådan kvalitativ indfaldsvinkel definerer man storforbruget som det forbrug, der giver høj risiko for at skade brugerens fysiske og psykiske sundhed, og som måske allerede i nogen grad har påvirket evnen til at fungere. Dog uden at der er tale om massive problemer eller afhængighed af alkohol.

Problemer i forbindelse med storforbrug

Storforbrugeren vil ofte selv være utilbøjelig til at vurdere sit alkoholforbrug som et problem, blandt andet fordi der vil eksistere mange eksempler på mennesker med et meget alvorligere alkoholforbrug med tydelige sociale og helbreds-mæssige konsekvenser.

Men storforbrug af alkohol er forbundet med en lang række problemer. Nogle af de væsentligste tidlige problemer, som et storforbrug af alkohol kan medføre, er vanskeligheder i relationen til familien, herunder til børnene. Konsekvenserne for familien og navnlig børnene er forskellige afhængigt af alkoholforbrugsmønstret. For børnene er det afgørende, om alkoholforbruget betyder, at familiens dagligdag, traditioner og ritualer brydes på grund af alkoholforbruget. Tilsvarende betyder storforbruget ændringer i arbejdsindsatsen, som kan give anledning til problemer for den enkelte og for arbejdspladsen. I relation til beruselse kan der ske

ulykker, som kan ramme den, der drikker eller andre. Endelig kan storforbruget medføre inddragelse i forskellige typer af lovovertrædelser.

Australske undersøgelser peger på, at store andele af det samlede antal ulykker og dødsfald i forbindelse med ulykker kan tilskrives alkohol: for eksempel faldulykker 34 pct., brandulykker 44 pct., drukneulykker 34 pct., vold og overfald 47 pct., selvmord 12 pct. (Australian alcohol guidelines, Alcohol Guidelines, 2001). I Danmark er 12 pct. af samtlige trafikuheld og 27 pct. af samtlige færdselsdrab alkoholrelaterede (Alkohol- og Narkotika statistik 2001). Som nævnt i kapitel 1 er der flere undersøgelser, der viser, at flertallet af de problemer, som finder sted på grund af alkohol, sker for mennesker, der drikker lige over genstandsgrænserne. En undersøgelse viser, at 84 pct. af de problemer, man fandt med relation til alkohol som for eksempel spirituskørsel, ulykker, skader i forbindelse med vold, arbejdspladsproblemer, kriminelle handlinger m.v., var at finde blandt de, der sagde, at de en ud af de seneste fire dage havde drukket mere end 5 genstande for mændenes vedkommende og 3-4 genstande for kvindernes vedkommende (Stockwell, 1998). Det hænger sammen med, at disse mennesker udgør en stor en gruppe, mens de mennesker, der har et afhængigt forbrug af alkohol og en meget større individuel risiko for skader, udgør en mindre gruppe.

Det er åbenlyst, at der skal fokuseres på gruppen af afhængige for at forbedre disse menneskers og deres pårørendes trivsel. Hvis man derimod ud fra en samfundsmæssig indfaldsvinkel også ønsker at reducere mængden af alkoholrelaterede problemer, er det gruppen af storforbrugere, der skal fokuseres på.

Et fokus på storforbrugeren er samtidig i forhold til den enkelte en støtte til at modvirke, at storforbruget udvikler sig til et afhængigt forbrug. Dette peger på, at en forebyggelsesstrategi både skal omfatte den brede gruppe af storforbrugere og de

afhængige. Det peger også på, at det er vigtigt at begrænse det beruselsesorienterede alkoholforbrug.

Antallet af storforbrugere

9 pct. af kvinderne og 15 pct. af mændene, svarende til omkring 500.000 danskere, drikker over genstandsgrænserne på 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande om ugen for kvinder (Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2000). Med et skønnet antal alkoholafhængige på 200.000 er der således 300.000 storforbrugere af alkohol omfattende både de med et skadeligt forbrug og de med et forbrug, der endnu ikke har medført skader. Det er blandt unge mænd i aldersgrupperne under 25 år og mænd i aldersgrupperne fra 50 år til 60 år, at de største andele, som drikker over genstandsgrænserne, skal findes. Et tilsvarende mønster ses blandt kvinderne, hvor det også er blandt de unge under 25 år og de 50-60 årige, at der ses de største andele, der drikker over genstandsgrænsen. Det peger på, at storforbruget af alkohol er mindst i den periode af livet, hvor børn og arbejde fylder meget.

De unge storforbrugere

Danske unge har det største forbrug af alkohol i Europa (ESPAD 1995-1999) (jævnfør kapitel 1). I en ny undersøgelse (Monitoring af unges livsstil og dagligdag, Sundhedsstyrelsen og Kræftens bekæmpelse 2002) ses det, at 24 pct. af de 16-20 årige drenge og 14 pct. af pigerne i samme aldersgruppe drikker over de voksnes genstandsgrænser. 17,5 pct. af drengene og 11,4 pct. af pigerne drikker mere end genstandsgrænserne på en weekend. Og de unge drikker hyppigt: 81 pct. af drengene og 73 pct. af pigerne har drukket alkohol den seneste

5

uge. Omkring 58 pct. af drengene og 36 pct. af pigerne har drukket over 5 genstande 3 eller flere gange den seneste måned og hele 10 pct. af de 16-20 årige drenge har drukket 10 gange eller mere inden for den seneste måned.

Der skal meget til, før de unge vurderer, at de er fulde. 37 pct. af drengene oplyste, at de drak mellem 8-14 genstande, sidst de var fulde og 15 pct. oplyste, at de drak mellem 15-21 genstande, sidst de var fulde.

På trods af dette massive overforbrug af alkohol hos en stor gruppe af de unge, vurderes det, at ganske få unge selv vil mene, at de har et problem med alkohol. Det hænger sammen med den gennemgående accept af et højt alkoholforbrug i den danske alkoholkultur og navnlig blandt unge.

Et højt forbrug af alkohol hos unge har sammenhæng med deres rygevaner og med deres tilbøjelighed til at eksperimentere med andre stoffer. Blandt de unge, der ryger dagligt, er det 40 pct., som drikker over genstandsgrænserne. For de unge, der ryger en gang imellem, er det 26 pct., mens det ligger på 18 pct. blandt de drenge, som slet ikke ryger. Hos pigerne er mønstret det samme. Mens det er 27 pct. af de dagligrygende piger, som drikker over genstandsgrænsen, er det kun 8 pct. af de piger, som ikke ryger.

På samme måde er det de unge, der har et højt forbrug af alkohol, som også ryger hash. 44 pct. af de drenge, der har røget hash inden for det seneste år, drikker over genstandsgrænsen. Blandt dem, der ikke har røget hash, er det kun 13 pct., der drikker over genstandsgrænsen. Blandt de piger, der har røget hash, drikker 26 pct. over genstandsgrænsen, mens det kun er 12 pct. af de piger, der ikke ryger hash. Lasternes sum er således ikke konstant. Tværtimod er den ene last befordrende for den næste.

De unge drikker for at blive beruset, og netop dette drikkemønster betyder, at de unge får

en række både negative og direkte farlige oplevelser, fordi de har drukket så meget, at de mister overblikket og kontrollen med deres handlinger. De problemer de unge oplever i forbindelse med, at de drikker alkohol, spænder fra sociale problemer som skænderier, problemer med venner, forældre og lærere, til farlige og strafbare ting som problemer med politiet, spirituskørsel og ulykker. I forbindelse med at de har drukket alkohol, er der blandt de 16-20 årige drenge 17 pct., der har været udsat for en ulykke, 14 pct. der har været på skadestue, 15 pct. der har kørt spirituskørsel, 8 pct. der uønsket har taget stoffer og 32 pct. der har været i slagsmål. Blandt pigerne er det 12 pct., der har haft uønsket sex, 11 pct. der har været i slagsmål, 9 pct. der har været på skadestue, 6 pct. der uønsket har taget stoffer, og 9 pct. der har været udsat for en ulykke.

En indsats i forhold til de unges massive alkoholforbrug skal ikke alene forebygge disse negative og farlige oplevelser, men skal også forhindre, at de unge får etableret nogle alkoholvaner, som vil give dem et højt alkoholforbrug med risiko for afhængighed som voksne.

For at forebygge et storforbrug af alkohol skal der generelt gennemføres en forebyggende indsats for at moderere alkoholkulturen og en tidlig indsats for at sætte ind over for alkoholproblemer. De alment praktiserende lægers indsats vil her være af afgørende betydning

Tidlig indsats i almen praksis

Da de praktiserende læger har en meget bred kontaktflade til befolkningen, vil den praktiserende læge ofte møde mennesker med et storforbrug af alkohol, som endnu ikke har udviklet sig til afhængighed. De alment praktise-

rende læger har således gode muligheder for at gennemføre en tidlig indsats i forhold til alkoholproblemer. Der har derfor været interesse for at undersøge effekten af en tidlig kort intervention i almen praksis.

En alkoholintervention i almen praksis dækker ikke et fast forløb, men indeholder almindeligvis følgende elementer: Screening af patienter når det forekommer relevant, en grundig kortlægning af de patienters alkoholvaner, som er fundet ved screeningen, gennemgang af kortlægningsresultaterne sammen med patienten, omtale af sammenhængen mellem alkohol og skadevirkning, motivering af patienten til at ændre alkoholvaner, opstilling af mål m.v. Herefter gennemføres en opfølgende konsultation, hvor de satte mål vurderes og evt. justeres. Patienten kan som supplement få udleveret en selvhjælpspjece. Ud over disse elementer fremhæver undersøgelser, at en optimal kort alkoholintervention omfatter: At patienterne bliver gjort opmærksom på, at det er deres eget ansvar at beslutte og gennemføre en ændring af alkoholforbruget; at der beskrives ikke én, men flere måder at nedsætte forbruget på; at der er empati i rådgivningsstilen, og at patienten opmuntres til at tro på sin evne til at gennemføre ændringen af alkoholforbruget.

Undersøgelser viser, at en sådan korttidsintervention, hvis den gennemføres kvalificeret, kan medføre et markant fald i patienternes alkoholforbrug og i de problemer, som følger af forbruget (se kapitel 6). En alkoholintervention i almen praksis synes derfor at være en effektiv metode til at nedsætte alkoholforbruget for storforbrugere.

Som beskrevet i kapitel 4 er det imidlertid kun få danske læger, der rutinemæssigt spørger til deres patienters alkoholforbrug. Udenlandske undersøgelser har peget på lægens motivation, engagement og færdigheder som forudsætning for at tidlig opsporing og kort intervention gennemføres. Dette konkretiseres som: Parathed til at arbejde med patienters alkoholproblemer, forventning om beløn-

ning af denne indsats i form af succes og positiv feedback bl.a. fra kolleger, følelse af at man gør det rigtige og har den tilstrækkelige viden, tillid til at man er dygtig nok til at påtage sig dette arbejdsfelt samt fornemmelsen af, at det er legitimt at spørge til patientens alkoholforbrug.

Når de praktiserende læger i så begrænset omfang taler alkohol med deres patienter, kan det hænge sammen med, at den danske alkoholkultur placerer alkohol som en væsentlig værdi, og at alkoholforbruget betragtes som et privat anliggende i det omfang, konsekvenserne ikke er offentligt synlige. Når de praktiserende læger i Danmark ikke er tilbøjelige til rutinemæssigt at spørge om alkoholforbruget, kan det skyldes, at de frygter, at dette vil opfattes som en overskridelse af lægens beføjelser, og at det vil nedbryde tilliden mellem læge og patient. Det kan også hænge sammen med, at danske læger foretrækker at inddrage spørgsmålet om alkohol i en rådgivning, der tager udgangspunkt i de problemer, patienten kommer til lægen med.

Praktiserende Lægers Organisation/Dansk Selskab for Almen Medicin's forebyggelsesudvalg har udfærdiget en status- og hensigtserklæring for forebyggelse i almen praksis, hvor man problematiserer systematisk screening og rådgivning og gør sig til talsmænd for situationsbestemt og timet indsats i forhold til livsstilsfaktorer, herunder alkohol. Bl.a. fordi en sådan metode bedre tilgodeser det patientcentrerede udgangspunkt dvs., at der tages de spørgsmål op, som er væsentlige for patienten. Da der, som det ses af WHO-undersøgelsen, er mange barrierer for at gennemføre en sådan situationsbestemt rådgivning, når det gælder alkoholproblemer, vil en sådan indfaldsvinkel til alkoholintervention i almen praksis gøre behovet for uddannelse og træning af de praktiserende læger særlig påkrævet. En sådan uddannelse af de praktiserende læger kan beskrive de kulturelle barrierer for og give den tilstrækkelige viden om, hvordan der opnås et positivt samspil

5

mellem læge og patient vedrørende arbejdet med alkoholproblemer. Samtidig skal der være opmærksomhed på, om der er specielle patientgrupper, der profiterer på en kort intervention i almen praksis, og om andre patientgrupper med fordel kan henvises til alkoholbehandlingsenhederne. Men selv en henvisning kræver, at den alment praktiserende læge er i stand til at opspore alkoholproblemet.

Skal der gennemføres en samfundsmæssig indsats for at begrænse storforbruget af alkohol, er det uomgængeligt, at de alment praktiserende læger motiveres til at tage spørgsmålet om alkohol op med deres patienter. En uddannelse heri kan være en del af en bredere sundhedspædagogisk indfaldsvinkel, der træner lægen i den motiverende samtale.

Forebyggelse på alkoholområdet i forhold til unge

Hos både drenge og piger stiger alkoholforbruget drastisk i perioden fra 16-17 år. Blandt de 16 årige drenge er det 32 pct., der ikke drak i sidste uge. Blandt de 16 årige piger er det 35 pct. Når de unge bliver 17 år, er det kun 19 pct. af drengene og 26 pct. af pigerne, der ikke har drukket. Tilsvarende er andelen af de, der drikker over voksengrænserne 14 pct. blandt de 16-årige drenge og 27 pct. blandt de 17-årige. Blandt pigerne er det 6 pct. af de 16-årige og 18 pct. af de 17-årige.

Dette peger på, at der skal ske en indsats i den periode, hvor de unge forlader folkeskolen og overgår til ungdomsuddannelser som gymnasier, HF, tekniske skoler m.v. Denne overgang er præget af, at forældrenes samarbejde med skolen forsvinder, og at forældrene generelt er tilbøjelige til at lade de unge have et meget selvstændigt ungdoms-

liv. Spørgsmålet er, om det ikke i netop denne overgangsperiode, hvor så meget ændres for de unge, ville være relevant at fastholde et samarbejde mellem skole og hjem, bl.a. for at sikre nogle tryggere rammer for de unges omgang med alkohol. Såvel forældre til de unge i denne alder som ungdomsuddannelsesinstitutionerne må have et fokus på at fastlægge nogle modererende normer for de unges omgang med alkohol og deltage i at lægge nogle rammer om de unges fester. Rammer som begrænser deres forbrug.

Det vil være et stort fremskridt, hvis der kunne sikres tryggere festmiljøer, hvor unge under 18 år ikke får udsænket alkohol, og hvor der generelt sker en ansvarlig udsænkning.

Der er mulighed for at arbejde med at sikre nogle tryggere festmiljøer for de unge ved at gennemføre en strammere politik ved tildeling af alkoholbevillinger. Det kan ske ved, at det bliver lovpligtigt at have et bevillingsnævn i alle kommuner med et diskotek. Det kan også ske ved, at der kræves autorisation for at kunne nedsætte sig som restauratør eller diskoteksejer, og ved at bevillingsmyndighederne skal godkende personale, for eksempel bartenderne. Der kan videre udarbejdes et centralt register over bevillingshavere, hvilket vil gøre det lettere for bevillingsnævnene at sikre sig mod restauratører, der misligholder deres bevilling.

Tilsvarende kan proceduren for tildeling af alkoholbevilling strammes ved at kræve et personligt fremmøde ved tildeling af bevilling for på den måde at sikre sig mod stråmandsvirksomhed. Det vil samtidig kunne skabe grobund for en fremtidig positiv dialog mellem bevillingsmyndigheden og ansøgeren. Kortere bevillingsperioder vil endelig gøre det lettere at fratage de restauratører alkoholbevillingen, som viser sig at misligholde forudsætningerne for alkoholbevillingen. Det vil også medvirke til at undgå meget beruselsesorienteret druk blandt

unge, hvis der indføres forbud mod aggressiv markedsføring som for eksempel happy hour.

Hvis unge allerede, fra de er 15 år, er i besiddelse af billedlegitimation, vil det fremme mulighederne for, at butikspersonalet kan sikre, at de ikke sælger alkohol til unge under 15 år. En sådan billedlegitimation vil også være anvendelig, når det skal sikres, at unge under 18 år ikke kommer ind på diskoteker.

De unges meget beruselsesorienterede drikemønstre kunne modereres ved at lægge begrænsninger på de unges tilgang til spiritus. Der er et stigende forbrug af spiritus blandt de danske unge, navnlig blandt piger. Problemet med de unges spiritusforbrug er, at det er særligt vanskeligt at kontrollere, hvor meget alkohol man drikker, når man blander spiritus med sodavand. En sådan blanding af sodavand og spiritus letter desuden overgangen fra barndommens søde læskedrikke til et voksent alkoholforbrug. Der er på det seneste fremkommet en række færdigblandede drinks i sodavandsflasker med en styrke på 5,6 pct. Disse har fået en meget stor udbredelse.

På den baggrund foretog Sundhedsstyrelsen en undersøgelse af forældres holdning til en ændring af aldersgrænsen for salg af alkohol til unge fra 15 år til 18 år. Det viste sig, at 47 pct. af forældrene mente, at aldersgrænsen for salg af alkohol generelt skulle hæves til 16, 17 eller 18 år, mens 47 pct. mente, at den skulle forblive på 15 år. I forhold til spiritus mente 68 pct. af forældrene, at aldersgrænsen skal hæves til 16, 17 eller 18 år. 46 pct. mente, at aldersgrænsen skulle være 18 år. Der er således en bred voksenopbakning for en opstramning af aldersgrænsen for salg af spiritus til unge. I den samme undersøgelse viste det sig, at 74 pct. af forældrene var tilhængere af billedlegitimation til unge, så det bedre kan sikres, at der ikke sælges alkohol til unge under 15 år.

Selvom mange unge kunne have behov for rådgivning på alkoholområdet, opsøger de ikke denne rådgivning. Indsatsen i forhold til disse unges alkoholforbrug vil derfor være initiativer, der integrerer muligheden for rådgivning i forhold til bredere trivselsproblemer i den unges dagligdag og nærmiljø. På denne måde kan mere legitime problemer i relation til skole, stress, fravær, trivsel m.m. være en indgang til at få en dialog om forbruget af alkohol. En sådan rådgivning kunne eventuelt integreres på ungdomsuddannelsesinstitutionerne.

De unges alkoholforbrug vil herudover primært skulle påvirkes gennem en indsats rettet imod ændringer i alkoholkulturen som sådan og gennem en ændring af de voksnes og navnlig forældrenes omgang med alkohol.

Konklusion

Der er omkring 300.000 storforbrugere af alkohol i Danmark. En uforholdsmæssig stor andel af den samlede mængde af ulykker i forbindelse med trafik, vold, brand, drukneulykker o.lign. skyldes beruselse blandt storforbrugere. Samtidig kan storforbrug af alkohol være forstadiet til et afhængigt forbrug. Derfor er en forebyggende indsats rettet mod storforbrug, herunder en indsats rettet mod beruselse og risikosituationer, et væsentligt indsatsområde. De alment praktiserende læger har en nøglefunktion, da en kvalificeret kort intervention i almen praksis har en effekt. Da de unge udgør en stor gruppe blandt de beruselsesorienterede storforbrugere, er det vigtigt med en indsats i denne gruppe. En indsats skal være bredspektret og skal navnlig sigte på, at de voksne, der medvirker til at skabe rammer for de unges liv, bliver opmærksomme på behovet for at reducere de unges alkoholforbrug. Det kan for eksempel ske gennem forældres normsætning, alkoholpolitikker og rådgivning på uddannelsesinstitutionerne og gennem skabelse af trygge festmiljøer for de unge.

6

Behandlingseffekter og prioritering mellem

De eksisterende videnskabelige undersøgelser af forskellige behandlingsmetoders effekt gør det ikke muligt at fremhæve én behandlingsmetode frem for andre. Alle behandlingsmetoder, som retter sig specifikt mod misbrugsadfærden, vurderes stort set lige effektive. Der vurderes heller ikke at være store forskelle i effektiviteten af ambulante behandling og døgnbehandling. Der er dog forskel på hvilke grupper, der har mest gavn af et givent tilbud. De mest afhængige misbrugere ser ud til at profitere mest af døgnbehandling. Nedprioriteringen af døgnbehandlingspladser er derfor især gået ud over denne gruppe.

Denne udredning har ikke haft til opgave at sammenfatte den eksisterende forskning med henblik på at vurdere forskellige behandlingsmetoder og behandlingsformers effekt. Effekten af behandlingsformerne på forskellige typer af klienter har imidlertid konsekvenser for, på hvilken måde der prioriteres mellem sektorerne i alkoholbehandlingen. Derfor gives her en ganske kort beskrivelse af enkelte hovedresultater på forskningsområdet. De udvalgte resultater stammer primært fra en svensk udredning om effekten af alkoholbehandling ("Behandling af alkohol og narkotikaproblem – en evidensbaseret kunskapsammenstilling". Statens beredning for medicinsk utvardering, 2001). Disse resultater vil illustrere det grundlag, som eksisterer for prioriteringen mellem tidlig intervention i almen praksis, ambulante behandling og døgnbehandling.

Forudsætninger ved vurdering af behandlingens effekt

Det er ressourcekrævende at foretage undersøgelser af alkoholbehandlingens effekt. Ligesom det er vanskeligt at sammenligne forskellige videnskabelige undersøgelser af denne effekt. Det er således væsentligt at holde sig følgende for øje:

- Gruppen af mennesker med alkoholproblemer er en uensartet gruppe, hvor alkoholproblemerne varierer fra lejlighedsvis drikkeproblemer til svær afhængighed. Alene derfor bør en vurdering af resultater af effektundersøgelser altid tage hensyn til, hvilke klienter der indgår i den pågældende undersøgelse. Prognosen for de forskellige typer alkoholafhængige omfatter således grader fra respons på næsten al behandling til manglende respons på næsten al behandling
- Alkoholbehandling er et komplekst fænomen. Særlige psykologiske interventioner indgår i sammenhæng med bl.a. behandlerens og klienternes forventninger, forskellige settings (forstået som det regi behandlingen foregår i), terapeut-karakteristika, klient-karakteristika, behandlingsintensitet, medicinsk behandling og behandlingsmål. Det er derfor overordentlig vanskeligt at sammenligne resultater af forskellige undersøgelser af alkoholbehandlingens effekt
- Studier af behandling i forskellige ambulante og døgnbehandlingstilbud har ofte været begrænset til at omfatte socialt stabile middelklassepopulationer. Der er således kun foretaget få undersøgelser, hvor de undersøgte personer har alkoholproblemer sammen med psykiske problemer, sidemisbrug og social ustabilitet (McCrary & Langenbucher, 1996).

Ulem for forskellige behandlingsformer

Effekten af forskellige behandlingsmetoder

På trods af de komplicerende forhold, som gør det vanskeligt at sammenligne de eksisterende undersøgelser, gøres forsøget i den svenske rapport, hvor der ses nærmere på 139 randomiserede, kontrollerede studier af behandlingens effekt.

I rapporten inddeles behandlingsmetoderne i følgende hovedgrupper:

- Øgning af motivation for ændring af misbruget
- Reduktion af selve misbruget
- Metoder rettet mod bagvedliggende faktorer, der kan have betydning for misbrugets opståen og vedligeholdelse
- Behandling rettet mod partnere og andre pårørende
- Almindelig, støttende rådgivning.

Behandlinger, der retter sig efter de fire førstnævnte punkter, karakteriseres som *specifikke metoder*, idet de retter sig direkte mod misbruget. Disse metoder er teoriforankrede og oftest velbeskrevne i behandlingsmanualer. Almindelig støttende rådgivning – det sidste punkt – kaldes *standardbehandling* og er kendetegnet ved manglende strategi i forhold til misbrugsadfærden. Standardbehandlingen består sædvanligvis af støttende samtaler kombineret med forskellige former for social indsats, rettet mod de afledte følger af misbruget. Denne behandlingsmetode tager udgangspunkt i alkoholmisbruget som en konsekvens af andre sociale problemer (se kapitel 1).

Vigtigst i denne sammenhæng er, at alle specifikke behandlingsmetoder stort set kan fremvise samme resultater. Dette gælder således motivationsfremmende teknikker,

kognitiv-adfærdsterapeutiske behandlingsmetoder, netværksforstærkende tiltag, selvkontroltræning samt den såkaldte 12-trinsbehandling. Sidstnævnte anvendes bl.a. i Minnesotabehandling (både som dag- og døgnbehandling).

I rapporten konkluderes desuden, at misbrugere, som tilbydes parterapi og andre interventioner, som inddrager pårørende, kan fremvise bedre resultater end klienter, som alene tilbydes individuel behandling.

I det danske behandlermiljø har det i de senere år været den dominerende opfattelse, at kognitiv adfærdsendrende terapi er andre terapiformer overlegen. En sådan antagelse finder dog ikke støtte i den svenske rapport. Ingen behandlingsform er andre behandlingsformer overlegen.

Kun standardbehandling vurderes som mindre effektivt i forhold til de specifikke metoder. Det viser sig altså at være vigtigt, at terapien inddrager den tænkning og adfærd, der knytter sig direkte til alkoholforbruget, frem for blot at være generelt støttende.

Det er i nogle studier fundet, at forskellige undergrupper af alkoholafhængige har effekt af forskellige former for behandling, af den såkaldte "matchning". Tankegangen er, at der ved visiteringen af klienterne fokuseres på at finde den rette behandling til den rette klient. Udover en forskel, der kan henføres til placeringen i ambulans eller døgnregi (se nedenfor), finder matchningstanken kun beskedent støtte i den svenske rapport.

I det danske Odense-projekt⁶ vurderes matchningstanken derimod værdifuld. Det angives her, at man udover at finde den rette behandling til den rette patient, også skal finde det rette tidspunkt, hvor en given

⁶ Odense-projektet, der er det mest omfattende alkoholbehandlingsprojekt gennemført i Danmark, præsenteres i "Odense-modellen. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere", Fyns Amt, 2001.

6

behandling skal sættes ind. Dette kaldes dynamisk matchning. Forskningen i Odense understøtter tillige resultaterne af de tidligere nævnte undersøgelser, der viser særlig effekt ved brug af specifikke metoder i alkoholbehandlingen.

Effekten af korttidsintervention i almen praksis

I almen praksis møder man storforbrugere og alle typer alkoholafhængige. Almen praksis har ofte været fremhævet som et oplagt sted for tidlig intervention over for alkoholstorforbrug og som et sted, hvor man også kan motivere egentlige alkoholafhængige til at søge specialistbehandling. Begge dele kræver, at lægen er opmærksom på et eventuelt storforbrug, og – ikke mindst – at lægen ikke er tilbageholdende med at tage emnet op over for patienterne.

Det er særligt den såkaldte "korttidsintervention", der er relevant for almen praksis. Korttidsinterventionen omfatter typisk identifikation af risikofyldt alkoholforbrug, information om risikoen ved alkoholforbruget samt empatisk motiverende rådgivning om at mindske eller stoppe alkoholforbruget (interventionsformen blev nærmere beskrevet i kapitel 5).

Den førnævnte svenske rapport konkluderer, at korttidsintervention medfører en markant reduktion af alkoholforbruget og af afledte problemer. Dette er en væsentlig konklusion, eftersom korttidsinterventionen er væsentligt billigere end både ambulante og døgnbehandling. Korttidsintervention er især relevant i forhold til storforbrugere, mens egentligt alkoholafhængige patienter bør motiveres til at søge specialistbehandling. I den svenske rapport nævnes det, at en sådan tidlig indsats viser langt bedre resultater sammenlignet

med forebyggende medicinsk behandling af de fleste øvrige lidelser som eksempelvis hjerte-karsygdomme.

I en dansk litteraturgennemgang vedrørende effekten af korttidsintervention i almen praksis (Alkoholintervention i almen praksis, Thorkil Thorsen, Sundhedsstyrelsen 2000) siges det, at det navnlig er de studier, hvor interventionen er foregået under optimale betingelser nemlig et selekteret patientmateriale, særligt interesserede læger og med særlig bevågenhed omkring forsøget, at man har kunnet påvise en effekt. Samtidig viser gennemgangen, at der i de fleste tilfælde har kunnet ses en effekt i kontrolgruppen, formentlig som resultat af den minimale intervention, som kortlægningsinterventionerne udgør, hvilket kan være et indicium på, at selv en så minimal intervention kan have en effekt på alkoholforbruget. Samtidig kan effekten i kontrolgruppen betyde, at effekten i interventionsgruppen undervurderes. Dette peger på, at det nytter noget, at de praktiserende læger taler med patienter om deres alkoholforbrug, at det kræver en særlig motivation hos lægen, og at der er barrierer for, at læger føler sig motiverede for at tage denne opgave op.

Effekten af behandling i ambulante- og døgnregi

Helt overordnet set vurderes behandling af alkoholproblemer at have samme effekt som behandling af andre sygdomme og sundhedsproblemer i sundhedssektoren⁷.

Der er i de kendte undersøgelser ikke fundet forskel på effektiviteten af døgnbehandling og ambulante behandling (Stein et al., 1975; Mosher et al., 1975; McLachlan et al., 1982; Longabaugh et al., 1985; Eriksen, 1986; Chapman, 1988; Walsh et al., 1991). Men det ser ud til, at der er forskel på, hvilke grupper der har mest gavn af henholdsvis ambulante behandling og døgnbehandling. Ambulante behandling ser ud til at være lige så effektiv som døgnbehandling, når det gælder personer med relativt lav grad af afhængighed. Dog synes døgnbehandling mere effektiv, når det gælder personer med høj grad af afhængighed og/eller kognitiv dysfunktion (Rytcharik et al., 2000).

Tilsvarende konkluderes det i den svenske rapport, at personer med begrænsede alkoholproblemer har samme nytte af en kortvarig intervention som af et mere langvarigt og intensivt program. Personer med omfattende alkoholproblemer har imidlertid større effekt af et længerevarende program.

Ved en vurdering af ambulante over for døgnbehandling bør ikke kun reduktion i alkoholforbruget være målestok for pris-effektivitet-forholdet. Men også for eksempel nedgangen i forbrug af øvrige sundhedsydelser, der i en enkelt undersøgelse fandtes klart større ved døgnbehandling (Walsh 1991).

Forskning i forbindelse med Odense-projektet viser, at det kun er en mindre gruppe af de,

der enten henvender sig via egen læge eller direkte til det ambulante system, der ikke har en god prognose i ét af de ambulante behandlingstilbud. Det kan dog ikke tages som en fyldestgørende baggrund for vurdering af prognosen blandt behandlingskrævende alkoholafhængige personer som helhed. Denne type af forskning er i reglen baseret på et mindre belastet og mere homogent udsnit af klientellet, end det man ser i gruppen af alkoholafhængige som helhed.

De alkoholafhængige personer, der i dag behandles i døgnregi, er meget belastede. Forskning på døgnbeholdingshjemmet Ringgården har således påvist, at døgnklientellet her gennemgående er langt mere belastet (socialt, psykisk og misbrugsmæssigt) end det typiske klientel i ambulante behandling.

Frem for at være en bevidst prioritering af behandlingsressourcerne, er dette dog mere sandsynligt et udtryk for, at det i dag er vanskeligt at blive visiteret til døgnbehandling, hvis ambulante behandling ikke tidligere har været forsøgt. Mange klienter er derfor kommet langt i deres uhensigtsmæssige alkoholforbrug, med komplicerende omstændigheder til følge, før døgnbehandling tilbydes.

Døgnbehandling bør derfor være til rådig-



⁷ *Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. SBU, 2001*

hed, når en person vurderes at være svær at hjælpe hurtigt og tilstrækkelig effektivt i ambulant behandling. For eksempel ved et vist niveau af bestemte karakteristika ved klienten, så som svær afhængighed, social ustabilitet, negativt socialt netværk, side-misbrug, demens, psykisk dobbelt-belastning eller dobbelt-diagnose. Der kan også være tale om procesmæssige overvejelser, hvor døgnbehandling – ofte i kort, intensiv og særlig målrettet form – sættes ind som et led i en i øvrigt ambulant behandlingsproces (motivationsbearbejdning, erkendelsesudvikling, tilbagefaldsforebyggelse, o.lign.).

Det er derfor vigtigt, at ambulatorier og døgnbehandlingsinstitutioner ikke ser sig selv som konkurrenter om klienter men derimod som gensidigt supplerende. De to typer af institutioner vil således kunne drage nytte af hinandens særlige forcer på forskellige tidspunkter i behandlingsforløbet og dermed styrke klientens mulighed for en succesfuld behandling. Døgnbehandling bør for mange klienters vedkommende ses som processtart efterfulgt af ambulant procesudvikling/-vedligeholdelse.

Som tidligere nævnt er der ikke fundet mærkbare forskelle ved de forskellige specifikke behandlingsmetoders effektivitet. Hermed er det altså også, med den begrænsede tilgængelige viden, vanskeligt at vurdere de forskellige former for døgnbehandling i forhold til hinanden. Her tænkes særligt på en diskussion, der har været fremme i de senere år, nemlig om succesraten for hhv. behandling baseret på Minnesota-modellen og de "øvrige" behandlingsformer. Metodisk stærke undersøgelser, der sammenligner effekten af Minnesota-behandling med en traditionel døgnbehandling, peger på meget få effektforskelle ("Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden and Traditional Treatment", Lauri Keso, Helsinki, 1988).

Konklusion

Der er ikke fundet mærkbare forskelle i effektiviteten af ambulant- og døgnbehandling, men der er forskel på hvilke grupper, som profiterer mest af henholdsvis ambulant behandling og døgnbehandling. De mest alkoholafhængige ser ud til at profitere mest af døgnbehandling. Det betyder, at det meget begrænsede antal døgnbehandlingspladser i døgnsektoren har fået som konsekvens, at de mest alkoholafhængige har svært ved at få et behandlingstilbud, som passer til deres behov.

Sammenhængen mellem pris og effektivitet gør, at ambulant behandling bør foretrækkes i de tilfælde, hvor den må antages at være ligeså effektiv som døgnbehandling.

Det vurderes, at alle specifikke behandlingsmetoder er stort set lige effektive, dog med større effektivitet ved inddragelse af familie og pårørende. Det betyder, at det vil være relevant at betragte alkoholproblemer i et helhedsperspektiv med inddragelse af familien og pårørende i en behandlingsplan. Korttidsintervention vurderes at være en effektiv behandlingsform over for storforbrugere, og det betyder, at de praktiserende lægers rolle er helt afgørende for en forbedring af en tidlig, billig og effektiv behandlingsindsats. Endelig er der delte meninger om effektivitetsgevinsten ved matchning. Det betyder, at denne metode stadig må betragtes som et udviklingsområde.



7

Karakteristik af målgruppen, der modta

Gruppen af storforbrugere og alkoholafhængige er en meget forskelligartet gruppe. En stor del af de alkoholafhængige personer fremtræder som velfungerende mennesker med arbejde, familie m.v.

Overordnet betragtet kan (alkohol)afhængighed beskrives som et variabelt fænomen, altså fra "lidt" til "meget", og ikke som et "enten/eller". Afhængighedsfænomener har – uanset hvad afhængigheden retter sig imod, om det er alkohol, narkotika, medicin, hasardspil osv. – en række psykologiske og adfærdsmæssige fællestræk:

- Et stærkt begær efter at gøre bestemte ting
- Afsvækket kontrol med denne adfærd
- Psykisk ubehag, når man hindres i at fortsætte
- Man fortsætter, uanset de problemer adfærden skaber af modsatrettede følelser, fordi alkohol på kort sigt er en effektiv løsning, samtidig med, at den på længere sigt er et problem.

Nogle af de klienter, der behandles for alkoholproblemer, har i større eller mindre grad et eller flere problemer ved siden af alkoholproblemet. De kan være med til at gøre behandlingsopgaven vanskelig.

De mest almindelige komplicerende problemer til alkoholmisbrug er:

- Sidemisbrug (ofte af nerve-/sovemedicin, smertestillende medicin, hash; sjældnere stærk narkotika)
- Depressive symptomer, især ved behandlingsstart
- Angsttilstande
- Personlighedsforstyrrelser.

I alkoholbehandlingssystemet ses også egentlig sindssyge alkoholafhængige, for eksempel skizofrene, paranoidt psykotiske

eller bipolart affektivt psykotiske, men kun i begrænset antal.

Generelt viser erfaringerne, at dét at behandle storforbrugere og alkoholafhængige er at behandle en personkreds som:

- Har et problem, der giver nogle negative konsekvenser. Samtidig er problemet (drikkeriet) løsningen på en række andre problemer. Personen har derfor et ambivalent forhold til dét at holde op med at drikke
- Er heterogen, dvs. er meget forskelligartet og vidtspændende og kræver derfor, at der er mange forskellige indsatser til rådighed
- Er stabilt ustabile, dvs. at problemet opstår igen og igen. Behandling for alkoholmisbrug kræver derfor rytme, tilbagefaldsforebyggelse og frustrationstolerance
- Er sårbare. Disse personer har gode grunde til deres store alkoholforbrug, hvorfor det altså ikke bare går væk af sig selv. Behandlingen kræver nænsomhed, timing, tilbageholdenhed – men også at der sættes grænser og gives struktur.

Ud over denne overordnede beskrivelse af de fællestræk, som karakteriserer storforbrugere og alkoholafhængige, kan gruppen beskrives ud fra deres demografiske og sociale karakteristika.

Der mangler imidlertid en samlet landsdækkende beskrivelse af gruppen af personer, der modtager alkoholbehandling. Nogle amter har udarbejdet karakteristika af deres typiske ambulatorieklientel. På trods af mindre forskelle beskrivelserne imellem vil nogle af disse blive gengivet som de bedste bud på en karakteristik af målgruppen.

ger behandling

H:S:

- Mand 72 pct.
- Afhængighed 88 pct.
- Henvender sig selv 41 pct.
- Henvist fra egen læge 8 pct.
- Henvist fra hospital 18 pct.
- Gift eller samboende 34 pct.
- Ude af erhverv 60 pct.

Københavns amt:

- Mand (75 pct.)
- Enlig
- Jævn fordeling af sociale grupper
- Uden for arbejdsmarkedet
- 30-50 år.

Fyns amt:

Den mandlige alkoholmisbruger:

- Jævnligt forbrug før 18 års alderen (77 pct.)
- Afhængig af alkohol (85 pct.)
- Overforbrug af alkohol – over 21 genstande om ugen – i 12 år
- 25-44 år (65 pct.)
- Samboende (54 pct.)
- I arbejde (54 pct.) eller arbejdsløs (25 pct.)
- Søger behandling på eget initiativ (62 pct.)
- Har haft problemer af social og psykisk karakter.

Den kvindelige alkoholmisbruger:

- Jævnligt forbrug før 18 års alderen (56 pct.)
- Afhængig af alkohol (84 pct.)
- Overforbrug af alkohol – over 14 genstande om ugen – i 9 år
- 25-44 år (65 pct.)
- Samboende (54 pct.)
- Har ofte børn (45 pct.)
- Arbejdsløs (41 pct.) eller er uden for arbejdsmarkedet (40 pct.)
- Søger behandling på eget initiativ (52 pct.)
- Har haft svære problemer af social og psykisk karakter.

Århus amt:

- Mand (69 pct.)
- 43 år
- Søger behandling på eget initiativ (46 pct.)
- Lønindkomst (45 pct.), kontanthjælp (19 pct.) eller arbejdsløshedsdagpenge (13 pct.)
- Overforbrug af alkohol i 11,4 år
- Anklaget eller sigtet for spirituskørsel (57 pct. af mændene og 25 pct. af kvinderne)
- Gift eller samboende (56 pct.).

Konklusion

Beskrivelsen viser, at det typiske klientel stadig har mange ressourcer. De fleste klienter har et langvarigt misbrug bag sig, men mange er i faste parforhold, og de har for en stor dels vedkommende tilknytning til arbejdsmarkedet og er i deres bedste arbejdsmæssige alder. De behandlingssøgende storforbrugere og alkoholfafhængige har således fortsat mange ressourcer.

8

Behandling til særlige målgrupper

I dette kapitel beskrives en række målgrupper med forskellige behov for alkoholbehandling. Ved at indkredse, hvad der karakteriserer den enkelte gruppe, og ved at beskrive, hvilken behandlingsform, gruppen typisk modtager i dag, og hvilke problemer, der er hermed, nås frem til forslag om en bedre fremtidig behandlingsindsats.

Den største gruppe blandt alkoholambulatoriernes klientel er formentlig gruppen af afhængige misbrugere uden øvrige belastninger, der kræver en særlig behandlingsindsats. I undersøgelsen ("Alkoholprojektet", Bent Nielsen, Enheden for Klinisk alkohol-forskning), der drejede sig om behandlingsbehovet hos klienter i et alkoholambulatorium, fandt man, at 38,9 pct. af klienterne havde et stort behandlingsbehov på alkoholområdet men ikke på andre områder i deres liv. Det vil sige, at det blev vurderet, at de problemer, som patienterne havde i forhold til arbejde, fysiske gener, temperament, psykisk stabilitet m.v., var afledte konsekvenser af alkoholforbruget, og at patienten ville være velfungerende efter gennemført alkoholbehandling.

Denne gruppe af patienter med god social funktion klarer sig ifølge Project Match (Ojehagen 2000, Proudfoot og Teesson 2000) godt i kognitiv behandling. Terapi, der er motivationsskabende, vil formentlig være tilstrækkeligt til de mindst afhængige af denne type misbrugere.

De problemer, der er for denne gruppe af patienter i den danske alkoholbehandlingssektor, hænger sammen med de gennemgående problemer, som sektoren har, der drejer sig om, at ressourcerne er små, og at der generelt ikke arbejdes systematisk ud fra retningslinjer for alkoholbehandling. Men man er blevet mere opmærksom på, at behandling, udformet som en generel støtte, ikke er tilstrækkeligt, og man anvender der-

for flere steder behandlingsformer rettet specifikt mod misbruget.

En forbedring af indsatsen for denne store gruppe af klienter vil hænge sammen med de øvrige økonomiske og uddannelsesmæssige m.v. tiltag, der peges på for at højne kvaliteten i alkoholbehandlingen og vil derfor ikke yderligere blive beskrevet i dette afsnit.

I stedet vil der blive fokuseret på grupper, der er store, og som har særlige problemer, der ikke i øjeblikket tages højde for i alkoholbehandlingssektoren, grupper som derfor har vanskeligt ved at profitere af de tilbud om alkoholbehandling, som gives i dag. Men det skal understreges, at ikke alle grupper, der kunne have særlige behov, er beskrevet. For eksempel kunne ældre og udviklingshæmmede også have særlige behov, der skal indtænkes i et bredspektret alkoholbehandlingstilbud.

Personer med sidemisbrug af medicin

Definition af målgruppen

En person, som både har et misbrug af medicinske præparater (benzodiazepiner) og alkohol, har et sidemisbrug.

Benzodiazepiner er den gruppe af medicinske præparater, som langt overvejende misbruges af alkoholafhængige. Grunden er, at alkohol og benzodiazepiner aktiverer de samme områder i hjernen. Det betyder, at en person, som er afhængig af alkohol, kan nedbringe det daglige alkoholindtag gennem et passende forbrug af benzodiazepiner og omvendt.

Skøn over gruppens omfang

Hvis man ser på Lægemiddelstyrelsens opgørelse over salg af benzodiazepiner – for eksempel stesolid – kan man regne sig frem til, at næsten 200.000 danskere dagligt tager en døgn dosis benzodiazepin. I Danmark er der 13.000 registrerede narkotikamisbrugere. Heriblandt kan en stor del karakteriseres som blandingsmisbrugere. Det er vanskeligt at sige, hvor mange der ud over den registrerede gruppe har et misbrug af alkohol og piller. Men der er tale om et væsentligt problem.

Der er mange årsager til, at folk indtager benzodiazepiner. Stofferne har især en god og hurtig virkning på angsttilstande, mavesymptomer, søvnproblemer og muskelspændinger pga. stress. Benzodiazepiner bruges også ved behandling af skizofreni sammen med andre præparater. Ved brug af benzodiazepiner reagerer patienterne forskelligt. Nogle bryder sig ikke om præparatets virkning, hvorimod andre kan være i behandling i længere tid uden at få gener eller udvikle afhængighed.

Nogle personer udvikler misbrug af benzodiazepiner. Det er typisk personer med angstsymptomer, hvor medicinen dæmper angsten, men ikke fjerner den. Konflikterne, der udløste angsten, er ikke væk. Samtidig kan benzodiazepiner udløse nye angstanfald, når man forsøger at stoppe med behandlingen.

Benzodiazepiner kan efter nogle få ugers brug udvikle tolerans, hvilket betyder, at dosis skal øges for at få den ønskede effekt. Hvis patienten ikke kan få flere tabletter fra sin læge, gør mange den spontane opdagelse, at de kan supplere med alkohol i stedet for. Blandingsmisbruget er blevet en realitet.

Den typiske mandlige medicinmisbruger er en person i 40 års alderen, som over en årrække er blevet afhængig af alkohol. Han henvender sig til sin praktiserende læge for

at få hjælp og sættes i behandling med antabus og benzodiazepiner. Efter nogen tid har han udviklet tolerans, og det vil sige, at der skal flere stoffer til for at opnå den ønskede effekt. Lægen bliver derfor mere restriktiv med at ordinere benzodiazepiner. Patienten ophører selv med at tage antabus og supplerer nu med alkohol. Problemet med afhængigheden er således ikke løst. Der er i stedet skabt et nyt misbrug, idet et misbrug er erstattet af et andet.

Den kvindelige blandingsmisbruger er ligeledes en person i 40 års alderen. Hun er for få år siden blevet sat i behandling med benzodiazepiner på grund af, at hun var trist, stresset, angst og følte, at tilværelsen var uoverkommelig. Behandlingen har haft god effekt på symptomerne. Men i takt med, at hun udvikler tolerans, stiger forbruget af medicin. Hendes læge bliver derfor mere restriktiv med at udskrive medicin, så hun får abstinenser. Men hun opdager hurtigt, at alkohol fjerner ubehaget. Hun er nu blandingsmisbruger.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

Gruppen af personer med sidemisbrug er normalt ikke synlig i det etablerede behandlingssystem. Personer, som af egen læge har fået udskrevet medicin, og som supplerer med alkohol, modtager oftest kun behandling i det omfang, hvor den praktiserende læge tager fat i problemet. Sidemisbrugere henvender sig sandsynligvis i første omgang til egen læge, som sætter en behandling i gang. De, der har mulighed for det, kommer måske i behandling på et behandlingshjem eventuelt for egen regning.

8

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af personer med sidemisbrug?

Det er i de fleste tilfælde muligt at hjælpe en person over de to til seks uger, som det tager at komme igennem en periode med alkoholabstinenser. Det kan ske ved brug af psykoterapi og medicin, der ikke skaber afhængighed. Det afgørende er behandlernes indstilling. Man skal nemlig gøre sig klart, at det er personens misbrugsadfærd, og hvad der knytter sig hertil, som skal være behandlingens mål. Og ikke i så høj grad hvad det er for et stof, personen er afhængig af. At erstatte et stof med et andet ændrer nemlig ikke noget ved personens misbrugsadfærd.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Den praktiserende læge spiller en særlig rolle i forhold til denne gruppe personer. Den praktiserende læge er den nærmeste til at opdage problemerne i og med, at det er den praktiserende læge, som udskriver medicinen til patienterne. Den praktiserende læge skal derfor være opmærksom på, at et misbrug af alkohol og medicin ikke er under udvikling, og være parat til at iværksætte tidlig forebyggende indsats.

Personer med dobbeltbelastning

Alkoholisme og personlighedsforstyrrelse

Definition af målgruppen

Personer, som ud over deres alkoholmisbrug også har en personlighedsforstyrrelse, er en dobbeltbelastet alkoholmisbruger.

Ved personlighedsforstyrrelser forstås her varige, dysfunktionelle træk ved personens tænkning, følelsesliv, adfærd og relationer til andre mennesker. Der kan for eksempel være tale om personer, der kan karakteriseres som anti-soziale, aggressive/sadistiske, masochistiske, paranoide, narcissistiske, passive/aggressive. De kan også lide af tvangsmæssige handlinger m.v. Som følge af disse personlighedstræk vil de dobbeltbelastede alkoholafhængige ofte fremstå som mere tungt belastede end øvrige alkoholafhængige personer.

Der er ikke noget sikkert grundlag i faglitteraturen for en forståelse af et muligt samspil mellem alkoholproblemer og personlighedsforstyrrelser. Det fremstår derfor som uvist, om personlighedsforstyrrelserne har været til stede forud for – og eventuelt har været årsag til – udviklingen af alkoholproblemerne. Eller om personlighedsforstyrrelserne er kommet efter – og som et resultat af – udviklingen af alkoholafhængigheden.

Skøn over gruppens omfang

Omkring ti pct. af den almindelige voksne befolkning hævdes at have en personlighedsforstyrrelse. Alle undersøgelser peger på, at der i forhold til dette tal er en overrepræsentation blandt alkoholmisbrugere af personer med personlighedsforstyrrelser.

Det samlede middeltal for personlighedsforstyrrelser af såvel ambulante som døgnbehandlede alkoholklinter er 44 pct. Det fremgår af undersøgelser i en omfattende litteraturgennemgang. En ny dansk undersøgelse har fundet, at 1/3 af en gruppe ambulante klinter led af en personlighedsforstyrrelse. Tallet vurderes at være højere blandt klientellet på døgnbehandlingsinstitutionerne. Det skyldes en visitationspraksis i de fleste amter med, at de lettere klinter behandles ambulant og de tungere klinter henvises til døgnbehandling. En ny undersøgelse

gelse, foretaget på døgnbehandlingsinstitutionen Ringgården, viste, at syv ud af otte undersøgte klienter udviste tegn på mindst én personlighedsforstyrrelse, mens 65 pct. af klienterne havde mindst to.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

På de fleste danske ambulatorier og døgnbehandlingshjem omfatter klientudredningen ikke systematisk klinisk personlighedsudredning og/eller psykologisk testning. Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere tilbydes derfor samme behandling som øvrige alkoholafhængige, dvs. ambulante eller døgnbehandling, hvor den terapeutiske strategi ikke er tilrettelagt efter klientens specifikke personlighedsforstyrrelse.

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af personer med dobbeltbelastning?

Personlighedsforstyrrelser hos alkoholmisbrugere øger risikoen for, at klienten ikke får udbytte af sin alkoholbehandling. Det skyldes, at en personlighedsforstyrrelse er en væsentlig komplicerende faktor i et behandlingsforløb. Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere falder oftere fra, modarbejder oftere og skaber flere konflikter omkring sig. De kan også være så ustabile eller ængstelige, at ingen relevant behandling kan finde sted.

Det er efterfølgende svært for klienten at opnå og fastholde kontrol med misbruget – ud over vanskelighederne med at gennemføre behandlingen. En undersøgelse af personer, som sammen med deres alkoholmisbrug havde mindst én personlighedsforstyrrelse, viste, at næsten halvdelen havde tilbagefald inden for en opfølgning på tre måneder. Dette gjaldt kun for hver ottende af klienterne uden personlighedsforstyrrelse.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Behandling af patienter med personlighedsforstyrrelser bør inddrage den enkelte klients personlighedsforstyrrelse. Et sådant initiativ kræver videreuddannelse af alkoholbehandlere, så de får en forståelse, der er teoretisk begrundet. Det gælder en forståelse både af dynamikken i forskellige personlighedsforstyrrelser og evnen til at kunne udvikle hurtige, overkommelige og pålidelige metoder, der kan kortlægge den enkelte klients personlighed. Ligeledes skal behandlere på baggrund af kognitiv metode trænes i at sammensætte den bedst mulige terapeutiske strategi. Det skal ske under hensyntagen til klientens særlige forstyrrelser i tænkning, adfærd og relationer til omverdenen.

Det kræver ikke mange flere ressourcer at opfylde disse krav til behandlingen, selvom der skal afsættes midler til oprettelse og drift af videreuddannelsen, og til de enkelte behandlingsinstitutioner til opkvalificering af de enkelte medarbejdere og indarbejdelse af nye rutiner vedrørende klientudredning.

Personer med dobbeltdiagnose

Alkoholisme og sindssygdom

Definition af målgruppen

Alkohol- og stofmisbrug er et konstant fund i undersøgelser af patienter med sindssygdomme, som er gennemført igennem de sidste ti år. Begrebet "doppeltdiagnoser" er en udbredt betegnelse for denne gruppe patienter.

8

De skizofrene misbrugere udgør en særligt udsat gruppe med dobbeltdiagnoser. Skizofreni er ofte en kronisk og svært invaliderende sygdom. Ud over de egentlige psykotiske symptomer i form af hallucinationer og vrangforestillinger ændrer sygdommen den syges tænkemåde, følelsesliv og kontakt til omverdenen.

Skøn over gruppens omfang

Det anslås, at 20.000 danskere lider af skizofreni. Undersøgelser viser, at der de senere år er sket en stigning i antallet af skizofrene patienter med misbrug. Andelen er steget fra 25 pct. i 1995 til 40-45 pct. i 2001. I Danmark er de mest benyttede stoffer blandt skizofrene patienter alkohol og cannabis.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

Behandlingsresultaterne af dobbeltdiagnosepatienter har hidtil været nedslående. Undersøgelser viser, at 80 pct. af skizofrene patienter med misbrug bliver genindlagt inden for det første år efter udskrivelse. Det sker på grund af forværring af deres sygdom, mens dette kun er tilfældet for halvdelen af skizofrene patienter, der ikke har et misbrug. Én af grundene til, at dobbeltdiagnosepatienter får mindre ud af behandlingen end de patienter, der ikke har et misbrug, er, at de ikke passer ind i nogen af de nuværende behandlingssystemer. Traditionelt behandles psykiske sygdomme og misbrug i hvert sit system. Det har mange fordele, men for dobbeltdiagnosepatienter, især de skizofrene, har dette vist sig at være yderst uhensigtsmæssigt. De skizofrene falder så at sige "mellem to stole".

På behandlingsinstitutionerne benytter man sig traditionelt af konfrontation som et terapeutisk værktøj og lægger vægt på personligt ansvar og selvkontrol. Ofte er afholdenhed en forudsætning for at deltage i behandlingen, snarere end den er et mål. For skizofrene,

der mangler selverkendelse og har øget sårbarhed over for stress, er denne metode uegnet. Patienterne er endvidere ofte ude af stand til at indrømme fejl eller til at se forbindelsen mellem deres adfærd, deres symptomer eller deres livssituation. Ofte vil de derfor ikke acceptere kravet om afholdenhed tidligt i behandlingen. Konfrontation kan fremkalde stress og øge risikoen for forværring af de psykotiske symptomer. Desuden mangler medarbejderne viden og færdigheder for at kunne omgås og behandle psykotiske patienter, der kan være skræmmende og uforståelige. Endelig mangler medarbejderne helt den viden, der er nødvendig i forbindelse med den farmakologiske behandling. Denne er ofte livslang og betydningsfuld for patientens fremtidsudsigter.

I de psykiatriske behandlingssystemer er der en stor viden om og erfaring med behandling af skizofreni. Behandlingen vil traditionelt være tolerant, støttende, ikke konfronterende, men accepterende. Denne holdning er gavnlig i behandlingen af skizofrene patienter. Men holdningen har vist sig utilstrækkelig, når det gælder håndtering af misbrugsproblemer hos de skizofrene. Ofte bliver misbruget ikke diagnosticeret, idet man ikke fokuserer på problemet. De skizofrene patienter er vanskelige at have under en indlæggelse og bliver hurtigt udskrevet fra afdelingen.

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af personer med dobbeltdiagnose?

Personer med dobbeltdiagnose profiterer dårligt af såvel behandling for alkoholmisbrug som af behandling for en psykisk lidelse.

Misbrug hos dobbeltdiagnosepatienter, specielt skizofrene patienter, har en negativ indflydelse på de psykiske, fysiske og sociale funktioner. Endvidere er der øget risiko for sygdomsforværring, tilbagefald og helt eller delvist frafald fra den antipsykotiske

behandling. Misbruget medfører ofte konflikter i familien. Det medfører et øget stressniveau, som den skizofrene er særligt sårbar overfor.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Nedenfor er beskrevet nogle kriterier for succesfulde behandlingsprogrammer, som er gennemført i USA:

Integreret misbrugs- og psykiatrisk behandling: Ved integreret behandling forstås, at den samme behandler eller det samme behandler-team forestår det samlede behandlingstilbud. Behandleren eller teamet skal have en betydelig ekspertise i behandling af såvel skizofreni som misbrug.

Fleksibilitet: Hvis det skal lykkes at involvere den skizofrene misbruger i behandlingen, er det nødvendigt at være fleksibel og tage hensyn til den enkelte patients særlige omstændigheder, forudsætninger og ønsker. Der skal være en kontaktperson fra teamet, som skal være koordinator og den primære kontakt til patienten og hans eller hendes omgivelser.

Vedholdenhed og opsøgning: Teamet skal være opsøgende og vedholdende og ikke uden videre lade sig afvise, mens de arbejder på at opbygge og bevare kontakten til patienten. Der skal vedholdende være fokus på misbruget som et centralt problem. Det kan hjælpe på såvel skizofrenien som muligheden for rehabilitering. Den antipsykotiske behandling skal ligeledes hele tiden vedligeholdes og optimeres. Behandlerne arbejder i patientens miljø og har kontakt med ham eller hende, hvor vedkommende tilbringer sin tid.

Omfattende behandlingstilbud: Behandlingen bør ikke kun rette sig mod misbrugets og skizofreniens specifikke udtryk, men mod en bred vifte af problemstillinger. Det kan være

problemer med bolig, beskæftigelse, fritidsaktiviteter, personlige færdigheder, den daglige livsførelse og relationen til andre personer.

Langtidsperspektiv: Både misbrug og skizofreni kan betragtes som kroniske tilstande med forværring og tilbagefald i perioder. Behandlingen bør være vedvarende og ikke kun ved kriser. Ligeledes skal behandlingen fortsætte i årevis, men med svingende intensitet. Man må observere bedring af misbruget over år, ikke måneder.

Tæt opfølgning: Tæt opfølgning er af stor betydning ved behandling af dobbeltdiagnose-patienter. Metoderne spænder fra frivillig til tvungen opfølgning. Herudover omfatter tiltagene bl.a. administration af patientens økonomi og betalingsordninger. Urinscreeninger, antabus og depotmedicinering kan man herud over også benytte. Sideløbende foregår selvfølgelig en intensiv støtte og kontakt til patienten. Det er vigtigt at tage hensyn til balancen mellem, at patienten selv bestemmer, og at man fratager patienten ansvar for sig selv.

Patienterne vil ofte være ambivalente over for kontrol. De vil frygte at miste uafhængighed, men erkender ofte, at de har behov for ydre kontrol. Når deres tilstand forbedres, vil der typisk være brug for mindre kontrol. De kan således blive mere og mere uafhængige.

Såvel misbrugsbehandling som behandling af skizofreni gennemløber nogle trinvisse faser. Ofte skrider behandlingen ikke lineært frem, men patienten svinger frem og tilbage mellem faserne.

Første fase kaldes engagementsfasen. I denne fase er det vigtigt at få en alliance med patienten. Behandleren skal være accepterende, forstående og engageret i sit forhold til patienten. Anden fase kaldes motivationsfasen. Den har til opgave at

hjælpe patienten til at erkende de negative konsekvenser af misbruget og at motivere ham/hende til at ændre sin adfærd. Tredje fase beskrives som den aktive behandlingsfase. I denne fase har patienten accepteret behovet for behandling af misbruget. Her kan man anvende metoder, der er adfærdsterapeutiske og kognitive, for eksempel social færdighedstræning. Den fjerde og sidste fase kaldes profylakse-fasen, dvs. forebyggelsesfasen. I denne fase er der fokus på risikofaktorer og problemer, og hvordan man forebygger tilbagefald.

De beskrevne dobbeltdiagnose-team kan etableres for relativt små udgifter i det nuværende distriktspsykiatriske system. I de økonomiske overvejelser bør indgå, at dobbeltdiagnose-patienter ofte dropper ud af den traditionelle behandling. De totale behandlingsomkostninger er derfor betydelig højere for denne patientgruppe end for ikke-misbrugende psykiatriske patienter. Patienterne bruger således ofte uhyre dyre foranstaltninger som skadestue og hospitaler. Dobeltdiagnose-team vil medføre et mindre ressourcetræk på disse institutioner.

Gravide med et for højt alkoholforbrug

Definition af målgruppen

Det er både velkendt og veldokumenteret, at alkohol skader fostret under hele udviklingen. Indtagelse af alkohol under graviditeten kan forårsage graviditetskomplikationer som for tidlig fødsel, moderkageløsning, abort, dødfødsler, komplicerede fødsler og iltmangel under fødslen. Alkohol kan for barnet endvidere give væksthæmning, hjerne-

skade og misdannelser i alle barnets organer og i barnets ansigtstræk. Det kan medføre abstinenser hos det nyfødte barn. Endelig kan medfødt alkoholskade vise sig senere i barnets udvikling, bl.a. som hyperaktivitet, indlæringsvanskeligheder og dårlig koncentrationsevne.

Det vides ikke, hvor meget alkohol der skal til for at udløse de nævnte komplikationer. Man kender ikke en sikker nedre grænse for indtagelse af alkohol under graviditeten. Men jo mere alkohol der drikkes, des større risiko er der for det ventede barn. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at gravide højst drikker en genstand i døgnet, og at gravide ikke drikker alkohol hver dag.

I Danmark er gravide kvinders forbrug af alkohol stort sammenlignet med andre lande i Norden og det øvrige Europa. 80 pct. af de gravide, danske kvinder har indtaget alkohol under graviditeten, og 18 pct. har indtaget mere end syv genstande ved én eller flere lejligheder. Den gruppe gravide i Danmark med det højeste alkoholforbrug er kvinder over 30 år med akademisk uddannelse.

Skøn over gruppens omfang

En dansk undersøgelse – fra 1984 – af gravide kvinders alkoholforbrug viste, at 3,4 pct. har et stort alkoholforbrug, hvilket vil sige mere end tre genstande i gennemsnit dagligt eller mere end fem genstande på en gang mere end to gange om måneden. Man konstaterede føtal alkoholsyndrom (FAS) – dvs. de ovennævnte symptomer i svær grad – ved en ud af 612 fødsler. Med et fødselstal på 60.000 om året svarer det til, at ca. 2000 børn hvert år fødes med risiko for varige skader, og at ca. 100 børn om året fødes med FAS. Ifølge udenlandske undersøgelser vil børn med føtal alkoholeffekt (FAE) – en mildere form for FAS – udgøre tre gange antallet af børn med FAS. Det kan derfor antages, at ca. 300 danske børn hvert år fødes med FAE.

I Danmark findes der endnu ikke brugbar statistik over de medfødte alkoholskader. Mange af børnene bliver aldrig diagnosticeret som alkoholskadede, men man finder dem blandt mange andre diagnoser. Det kan være lav fødselsvægt, medfødt hjertefejl, læbe-ganespalte, dødfødsel, dårlig trivsel, hjerneskade, retarderet psykomotorisk udvikling, hyperaktivitet, adfærdsforstyrrelse, psykisk udviklingshæmning, DAMP, MBD, indlærings- og koncentrationsvanskeligheder, omsorgssvigt, mishandling m.m.

En væsentlig grund er, at alkohol ikke får tilstrækkelig opmærksomhed i sundhedssystemet og det sociale system, der står for forebyggelse, diagnosticering og behandling af børn og gravide. Alkohol indgår ikke systematisk som en mulig sygdomsårsag, når man undersøger børn med udviklings- og trivselsproblemer, adfærdsforstyrrelser, indlæringsproblemer, medfødte skader eller andre symptomer. Det indgår heller ikke systematisk i forebyggelsen af komplikationer under graviditeten.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

Tilbuddet til gravide alkoholmisbrugere og storforbrugere er forskelligt fra amt til amt. I Hovedstadens Sygehusfællesskab, Vejle amt og Nordjylland amt har man udviklet særlige forebyggelses- og behandlingstilbud til gravide med et for stort alkoholforbrug. Som eksempel på behandlingstilbuddet til gravide har arbejdsgruppen valgt at beskrive tilbuddet i H:S.

I Hovedstadens Sygehusfællesskab har man etableret et tværfagligt forebyggelses- og behandlingstilbud, der retter sig mod gravide med misbrug af alkohol eller andre afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter. Det foregår på Familieambulatoriet, som er en tværfaglig specialafdeling under fødsels- og gynækologisk afdeling ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Disse hospitaler har

ligeledes funktioner i børneafdelingen og afdelingen for tidligt fødte. Personalet består af læger, jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer, der arbejder i tværfaglige team. Teamet har ansvaret for forebyggelse og behandling under graviditet, fødsel, for tidlig fødsel og barsel – indtil mor og barn er klar til udskrivning og videre frem til barnets skolealder.

Familieambulatoriet har et formaliseret og udbygget samarbejde med den primære social- og sundhedssektor og med andre instanser uden for hospitalet. Det har tillige et formaliseret og tæt samarbejde med flere hospitalsafdelinger, især alkoholenhederne og de psykiatriske afdelinger.

Familieambulatoriets arbejde omfatter bl.a. oplysning til alle gravide om alkohol og andre rusmidlers betydning for fosterudvikling, graviditet, fødselsforløb og barnets videre udvikling. Der foregår desuden en tidlig opsporing af gravide med forbrug af alkohol, nervemedicin, tobak og andre rusmidler. Det sker ved hjælp af et spørgeskema, som alle gravide bliver præsenteret for ved første undersøgelse i jordemodercenter eller på hospitalet. Alle gravide, som oplyser at have et forbrug eller tidligere at have haft et overforbrug, indkaldes til en rådgivende samtale hos læge eller jordemoder i Familieambulatoriet. Efter behov tilbydes de hjælp, støtte og behandling i Familieambulatoriet i det videre forløb.

Alle graviditetsundersøgelser varetages herefter af Familieambulatoriet, der tilbyder socialrådgiver og psykolog efter behov. Det tværfaglige team kan tilbyde hjælp, støtte og behandling til hele familien – for eksempel i samarbejde med socialforvaltning, praktiserende læge, alkoholambulatorium og andre relevante instanser. Hvis den gravides misbrug kræver medicinsk afrusning – eller hvis der er andre problemer, hvor døgnbehandling er nødvendig – indlægges hun i kortere eller længere tid. Den gravide undersøges tillige for

8

mulige følgesygdomme, eksempelvis leversygdom. Hvis faren til barnet har et overforbrug af alkohol, tilbydes også han behandling i relevant regi.

Allerede under graviditeten inddrages socialforvaltningen og andre relevante instanser i samarbejdet. Det sikrer den gravide og hendes familie tidlig og bedst mulig støtte i det videre forløb. Formålet er, at barnet kan fødes efter ukompliceret graviditet, til forventet tid og med normal fødselsvægt, uden misdannelser, abstinenser eller andre symptomer eller sygdomme. Målet er desuden, at barnet udskrives til velordnede forhold i et rusmidelfrit miljø med tilstrækkelig støtte til barnet og familien. Da det sjældent er muligt at konstatere en medfødt alkoholskade allerede ved fødslen, tilbyder Familieambulatoriet opfølgning af børnenes trivsel og udvikling hver tredje måned i første leveår og hver sjette måned i de efterfølgende år. Det sker for at sikre, at en mulig fejludvikling opdages så tidligt, at man kan iværksætte hjælpeforanstaltninger og løbende afpasse dem efter barnets trivsel, udvikling, helbredstilstand og sociale situation. Efter fødslen vejledes kvinderne om prævention, som tildeles efter ønske før udskrivning fra hospitalet.

For at sikre tidlig indsats er lægehenvielse til Familieambulatoriet ikke nødvendig. Alle kan henvise, og gravide kan desuden henvende sig direkte fra gaden. Der er ingen ventetid for nyhenviste, og den gravide kan også tilbydes rådgivning anonymt.

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af gravide med for stort alkoholforbrug?

Som nævnt ovenfor er tilbudet til gravide med for stort alkoholforbrug forskelligt fra amt til amt. De tilbud, som er i Hovedstadens Sygehusfællesskab, Vejle Amt og Nordjyllands Amt bør således danne skole for de øvrige amter, som ikke har så udbyggede tilbud til de gravide.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Familieambulatoriets erfaringer viser, at gravide kvinder – uanset livssituation og livsstil – er meget motiverede for rådgivning, støtte og behandling under graviditeten og gennem hele resten af forløbet. De er alle motiverede for at ændre på de forhold, som kan skade deres barns udvikling. 50 pct. af kvinderne ophører helt med indtagelse af alkohol hurtigt efter at behandling og støtte er iværksat. Og 80 pct. ændrer radikalt på alkoholforbrugets størrelse. Dermed forebygges alvorlige skader hos børnene i meget betydelig grad. Herudover sikres børnene et professionelt netværk, som forebygger videre fejludvikling, omsorgssvigt og mishandling.

Unge med forbrug af alkohol og stoffer

Definition af målgruppen

Der er generelt ikke en erkendelse blandt unge med et stort alkoholforbrug af, at de har et problem, hvilket betyder, at de generelt ikke efterspørger alkoholbehandling. Først når de unge blander et højt alkoholforbrug med andre former for rusmidler, begynder der at udvikle sig en problemerkendelse, og nogle af de unge føler sig motiverede til at opsøge rådgivning. I det følgende vil fokus derfor være rettet mod unge med et blandingsmisbrug. Der henvises i øvrigt til afsnit 5 om storforbrugere.

Et blandingsmisbrug af alkohol og hash ses ikke sjældent hos unge. Ligeledes er en kombination af alkohol og de centralstimulerende stoffer, såsom amfetamin, ecstasy og kokain,

blevet populært blandt unge i alderen 15 til 30 år. En mindre gruppe unge har et blandingsmisbrug af alkohol og GHB (Fantasy). Der er blandt de risikovillige unge en tendens til, at alt skal afprøves i alle mulige kombinationer.

Skøn over gruppens omfang

Man skal holde sig for øje, at gruppen af afhængige misbrugere blandt de unge må anses for at være ret lille. Der er derfor heller ikke i dag et egentligt behandlingstilbud til de helt unge misbrugere, ud over det tilbud, der findes på sygehusenes ungdomspsykiatriske afdelinger.

Nogle unge har et betydeligt blandingsmisbrug af alkohol og benzodiazepiner enten i kombination, eller de tager benzodiazepinerne, når de skal slappe af efter en druktur. Tabletterne får de ofte ved at tage fra forældrene, som har dem stående.

Alkohol og hash

Det typiske mønster for unge, som misbruger både alkohol og hash, er, at når man ophører med alkoholindtaget, øges forbruget af hash og omvendt. Det er således afhængighedsadfærden og ikke rusmidlet, der er afgørende.

Det er typisk unge, som har brug for at slappe af, der bruger hash. De føler sig stressede på grund af konflikter med de voksne. Det kan være i skolen, med forældrene eller ordensmagten. Hash er så et godt valg at slappe af på, fordi man bliver så dejligt ligeglad med alt, og de voksne kan ikke umiddelbart se, at man er påvirket. I de perioder, hvor den unge forsøger at nedsætte forbruget af hash, øges indtaget af alkohol.

Alkohol og amfetamin

En udbredt form for blandingsmisbrug er alkohol og amfetamin. Kombinationen ople-

ves som behagelig, fordi amfetaminen ophæver alkoholens sløvende effekt. De unge kan derfor drikke mere og i længere tid uden at falde i søvn. Unge, der især går efter denne form for blandingsmisbrug, vil typisk opleve at blive afhængige af amfetamin efter nogle år, hvorimod alkoholmisbruget ikke opfattes som et problem, selvom det er betydelige mængder, de indtager.

Alkohol og GHB

GHB (gamma hydroxy butyrat) også kaldet Fantasy er et gammelt kendt bedøvelsesmiddel, som ikke bruges mere på grund af dets bivirkninger som opkastninger og kramper. Stoffet påvirker hjernen på samme måde som alkohol og kan derfor erstatte eller supplere alkohol. De unge bruger stoffet, fordi de kan gå i byen uden at lugte af alkohol, hvilket er en fordel for at komme ind på diskoteker og barer. De unge oplever heller ikke at få tømmermænd på samme måde som af alkohol. GHB er ligeså afhængighedsskabende som benzodiazepiner. Problemet med GBH er også, at det let overdoseres, hvorved den unge kan risikere at miste bevidstheden og i værste fald holde op med at trække vejret.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

De unges ses sjældent i ambulatorierne eller andre steder i behandlingssystemet, fordi de ikke selv mener, at de har et problem. Men de har en misbrugsadfærd, som giver risiko for at udvikle afhængighed. Men det er vanskeligt at få en person i behandling, når vedkommende ikke mener at have behov for behandling. De unge tror selv, at de til enhver tid kan stoppe med at tage stofferne.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Der er ikke noget enkelt svar på, hvordan indsatsen over for de unges blandingsmis-

8

brug bør intensiveres. Men der kan gives nogle forslag til løsningsmuligheder.

Generelt kan man forebygge tidlig alkoholdebut og et tidligt alkoholforbrug bl.a. gennem en indsats i forhold til forældre, skole og lokalsamfundet.

Indsatsen over for risikogrupper kan ske ved en tidlig indsats i skolen. Når man kommer op i for eksempel en niende klasse, har eleverne internt en god fornemmelse for, hvem der blandt kammeraterne har et større og anderledes rusmiddelforbrug end de andre. Anderledes forstået på den måde, at de drikker voldsommere, tåler mere, bliver mere fulde, ændrer personlighed under rusen og bliver mere ekstreme i deres reaktioner, når de er fulde. Denne gruppe unge har kimen til at udvikle et misbrug af alkohol eller stoffer senere i livet.

Da disse unge ikke selv mener, at de har et problem, kommer de ikke af sig selv i behandlingssystemet. Det er derfor nødvendigt med en tidlig indsats i form af dialog eller kontakt til denne gruppe unge. En rådgivning i forhold til brede trivsels- og livsstilsproblemer, herunder brug af rusmidler, kunne man integrere i de unges nærmiljø for eksempel på skolen. Man kunne også opsøge de unge i de festmiljøer, hvor de færdes, som for eksempel på byens diskoteker. Hvis man møder de unge på hjemmebane, vil det give en helt anden naturlig kontakt mellem konsulenter/behandlere og de unge, og konsulenterne/behandlerne vil kunne erfare, hvad der rører sig i tiden, og hvad der er in i øjeblikket.

Samtidig vil det heller ikke være så grænseoverskridende for de unge at opsøge konsulenterne/behandlerne på behandlingsstederne, hvis de allerede kender de voksne fra deres egne miljøer.

Børn og andre pårørende

Definition af målgruppen

Tidligere betragtede man problemer med alkohol som individuelle. Men i de seneste årtier er det blevet dokumenteret, at alkoholproblemer i høj grad påvirker misbrugers familie. Desuden er problemerne knyttet til forhøjet risiko for udvikling af en række psykiske og sociale problemer for både partner og børn. Endvidere ser det ud til, at børnenes vanskeligheder ofte fortsætter efter, at de er blevet voksne.

Der er altså flere grunde til, at der skal gives en særlig støtte til misbrugernes pårørende.

Pårørende har en forhøjet risiko for selv at udvikle psykiske og sociale problemer. De har derfor et selvstændigt behov for at få bearbejdet egne symptomer og oplevelser. En kvalificeret indsats i forhold til pårørende vil i mange tilfælde kunne forebygge udvikling af mere alvorlige symptomer. Specielt i forhold til børnene vil en tidlig indsats også kunne medvirke til at forebygge udvikling af misbrug senere i livet. Endelig skal man være opmærksom på, at inddragelse af pårørende i alkoholbehandlingen kan have positiv betydning for misbrugers mulighed for at få gavn af alkoholbehandlingen.

Skøn over gruppens omfang

Der er ikke fundet et specifikt symptom, en bestemt psykologisk profil eller et særligt klinisk syndrom, der kan karakterisere børn fra familier med alkoholproblemer. Gruppen består af en blanding af tilsyneladende veltilpassede børn. De udgør omkring halvdelen. Den anden halvdel er børn med forskellige vanskeligheder: følelsesmæssige problemer – for eksempel lav selvsvurdering, depression og angst – eller adfærdsmæssige problemer

som aggressiv adfærd. Desuden kan der være tale om kriminalitet, hyperaktivitet og intellektuelle problemer, for eksempel lav IQ og dårlige skole-præstationer. Endelig kan børnene have problemer i relation til andre, for eksempel kan de være for afhængige af voksne eller være socialt isolerede.

Børnenes symptomer er af forskellig sværhedsgrad. Omkring ti pct. af danske børn fra familier med alkoholproblemer har symptomer, der er så alvorlige, at de kræver behandling i børnepsykiatrisk regi. Det er kun tilfældet for fem pct. i en repræsentativ befolkningsgruppe af danske børn. Cirka 40 pct. befinder sig i gråzonen mellem at kræve behandling og være velfungerende ifølge en artikel af H.B. Christensen & N. Bilenberg fra 2000.

I 1999 foretog Mogens Christoffersen en undersøgelse for Socialforskningsinstituttet (SFI). Her fremgår det, at der af to fødselskohorter er ca. 4,6 pct. af en årgang, hvis far eller mor har været indlagt med en alkoholrelateret diagnose. Hvis en årgang er på 65.000, vil der således være i alt ca. 60.000 børn og unge fra 0-18 år, der har en far eller mor, som har været indlagt med en alkoholrelateret diagnose. Det må understreges, at dette tal er et absolut minimumstal, der kun dækker den hårdest belastede gruppe. Det skyldes bl.a., at der vil være mange forældre, som er indlagt på hospitalerne med en alkoholrelateret lidelse uden at have fået en alkoholdiagnose. Desuden medregner denne opgørelse ikke de forældre, der har søgt behandling alene hos den praktiserende læge, på alkoholambulatorium eller på behandlingshjem. Derudover er de mange, som har et alkoholproblem uden at have søgt behandling, ikke medregnet. Det giver dermed en gråzone af børn med forældre med misbrugsproblemer, som det er svært at vurdere omfanget af. Det er endvidere vanskeligt at foretage et skøn over det samlede antal af pårørende, men for hver person med et alkoholproblem er der to til tre nære pårørende, der er berørt.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

Det er lagt ud til de enkelte amter og kommuner at fastlægge, hvordan man lokalt forholder sig til forebyggelse og behandling hos familier med alkoholproblemer. Arbejdet med børnene ligger i kommunalt regi, mens arbejdet med den voksne alkoholmisbruger ligger i amtets regi. I de fleste amter og kommuner er der opmærksomhed på børnefamilier med alkoholproblemer. Der er stor spredning i omfanget af den indsats, familierne tilbydes, og mange pårørende får ikke mulighed for at få den hjælp, de har behov for, fordi der ikke er velintegrerede tilbud til dem. I bedste fald får de først hjælp, når deres symptomer er så alvorlige, at der er behov for en omfattende behandling.

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af børn i misbrugsfamilier?

Arbejdet med børnene ligger som nævnt i kommunalt regi, mens arbejdet med den voksne alkoholmisbruger ligger i amtets regi. Det er derfor ikke sikkert, at kommunen ser problemerne i familien og opdager de belastninger, som hos børnene er udsat for, hvorved børnene ikke får den nødvendige støtte.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Ansvar og samarbejde

I enkelte amter har man valgt uden vederlag at inddrage børnene i alkoholbehandlingen, selvom det er et kommunalt ansvar. Det sker, fordi man vurderer, at det er bedst for barnets og familiens samlede situation. I andre amter fastholder man, at støtten til børnene skal gives af kommunen, så længe de økonomiske midler ikke følger med løsningen af opgaven.

Det er vigtigt, at der skabes bedre rammer for en helhedsorienteret indsats. Målgruppen for amternes ansvarsområde bør være børn, der ikke har direkte behandlingskrævende symptomer, men som dog har behov for at få bearbejdet de symptomer og oplevelser, der er forbundet med en opvækst med misbrugende forældre.

I alkoholbehandlingssystemet har man en umiddelbar mulighed for at tale med forældre om alkoholproblemernes konsekvenser for deres børn. For disse forældre vil det ofte være vanskeligere at give tilsagn om, at børnene må modtage den nødvendige støtte, hvis det kræver, at familien registreres som en social sag i socialforvaltningen. For disse børn og deres familie vil det være hensigtsmæssigt, hvis de første samtaler til afklaring af børnenes behov for støtte foregår i ambulatoriets regi. De børn, der i sådanne samtaler viser sig at have udviklet psykiske lidelser, skal henvises til det psykiatriske system. For de børn, som har brug for en indsats, der involverer en bredere social støtte til familien, bør handlingsplanen laves i et samarbejde mellem alkoholambulatoriet og socialforvaltningen. Der er mange børn, som kun har brug for enkelte samtaler for at få fastslået, at det ikke er deres skyld, at deres forældre drikker, og at det heller ikke er deres ansvar at få dem til at holde op, samt at der er andre voksne, der overtager ansvaret for at støtte forældrene. For disse børn vil ambulatoriets umiddelbare og enkle indsats være nødvendig, men også tilstrækkelig.

Der vil være behov for et stadigt samarbejde med kommunen i de tilfælde, hvor barnet og familien behøver en bredere social støtte. Man bør etablere klare procedurer for samarbejdet om de familier og børn, hvor både amt og kommune er inddraget. De bør indeholde retningslinier for, hvem der gør hvad og hvornår – for eksempel i forhold til underretninger, samarbejde og krav om alkoholbehandling til forældrene. Sådanne retningslinier kan give større klarhed og syste-

matik i samarbejdet om børnefamilier med alkoholproblemer.

I det fynske modelprojekt om børn i misbrugsfamilier er der udviklet konkrete handlingsvejledninger, der kan sikre denne systematik i samarbejdet om børn i børnefamilier med alkoholproblemer.

Øget viden

Det er karakteristisk for børnefamilier med alkoholproblemer, at deres vanskeligheder ofte først bliver synlige, når den misbrugende forælders problem er så alvorligt, at han/hun søger alkoholbehandling. Eller når barnets symptomer på dårlig trivsel viser sig i så markante reaktioner som angst, depression, hyperaktivitet, selvmordsforsøg og lignende. I begge tilfælde vil der ofte være gået mange år, hvor alkoholproblemerne har været vældigt belastende for familien og barnet.

En tidlig indsats i de familier, der ikke er kendte i behandlingssystemet, kan ruste familien til bedre at håndtere det pres, som misbruget lægger på familien. Dermed forebygges udviklingen af alvorlige symptomer hos barnet og den øvrige familie.

Det naturlige ansvar for at opdage forældres alkoholproblemer vil være placeret hos de professionelle, der har jævnlig kontakt med familierne. Det kan være lærere, pædagoger og/eller sagsbehandlere. De professionelle er ofte gode til at se dårlig trivsel hos barnet, men ofte er de samtidig dårlige til at 'se' alkoholproblemer og til at tage den svære samtale med forældrene om betydningen af dem. Der er således som nævnt i kapitel 4 behov for at kvalificere frontpersonalet til at se alkoholproblemer i en familie.

Tilbud til pårørende

Alkoholproblemer påvirker hele familien. Den amtslige alkoholbehandling bør derfor indeholde tilbud om behandling til pårørende. Tilbudet skal sikre, at familiemedlemmerne får bearbejdet de vanskeligheder, der

er relateret til alkoholproblemet og får hjælp til at komme videre i deres liv. Indsatsen bør omfatte en vurdering af den pårørendes symptomer. Så kan den pårørende viderehenvises, hvis der er tale om behandlingskrævende symptomer eller vanskeligheder, der ikke er direkte relateret til misbruget. Indsatsen bør være åben både for pårørende til klienter i behandling og for pårørende til klienter, der ikke selv ønsker behandling.

Det foreslås, at tilbudet til pårørende skal indeholde følgende elementer:

Der skal være behandlere, der har erfaring og faglig kompetence inden for børne- og familieområdet. Endvidere bør tilbudene til pårørende fokusere på problemer relateret til misbruget og psykosociale symptomer, som er knyttet til opvækst eller samliv med en person med alkoholproblemer. Metoderne bør være differentierede, da behandlingsbehovene er varierede. Det foreslås, at indsatsen indeholder mulighed for bl.a. individuel terapi samt familie- og gruppebehandling. Endelig er samarbejdet med andre behandlingsinstanser et væsentligt element. Det skal sikre, at pårørende med alvorlige, behandlingskrævende symptomer, der ikke umiddelbart kan have gavn af tilbuddene i alkoholbehandlingen, hjælpes videre i systemet. Eller at de samtidig bliver tilknyttet instanser med relevant ekspertise – eksempelvis børne- eller voksenpsykiatrien

De udstødte alkoholafhængige

Definition af målgruppen

Når der her tales om udstødte og marginaliserede alkoholafhængige, menes der misbrugere, som er udstødt fra arbejdsmarkedet og boligmarkedet. Det vil sige, at de er hjemløse eller befinder sig i en meget sårbar

situation på boligmarkedet. Ofte er de også marginaliseret i forhold til familie og øvrige sociale netværk.

Skøn over gruppens omfang

Det er vanskeligt at beregne gruppens omfang. Den afhænger af mere præcise definitioner: Hvor dårlig skal personens bolig være, hvor længe skal personen have stået uden for arbejdsmarkedet, hvor socialt isoleret skal han/hun være for at kunne betegnes som marginaliseret? Der findes selvsagt ingen absolut grænse mellem social integration og social eksklusion – heller ikke i gruppen af alkoholmisbrugere.

Antallet af socialt udstødte er beregnet i flere undersøgelser og ud fra disse undersøgelser kan man konkludere følgende: For det første har antallet af socialt udstødte, der i løbet af ét år er i kontakt med institutionerne for hjemløse, været forbavsende konstant. Det har ligget på 11.000-12.000 siden slutningen af 70'erne. For det andet er det totale antal socialt udstødte – afhængigt af definitioner – anslået til 20.000-30.000 på landsplan.

Der findes ingen systematiske danske undersøgelser af, hvor stor en andel af de socialt udstødte, der har misbrugsproblemer. Det viste sig ved gennemgangen af nordisk forskning i hjemløse fra 80'erne og begyndelsen af 90'erne, at andelen af misbrugere blandt de hjemløse lå mellem 10 pct. og 75 pct. i forskellige undersøgelser. Ifølge en undersøgelse fra 1992 af 129 yngre hjemløse på Københavns institutioner havde 73 pct. et misbrug af alkohol og/eller narkotika. I en undersøgelse om unge alkoholmisbrugere – "Det dårlige selskab" – oplyser personalet på de københavnske institutioner, at mellem halvdelen og to tredjedele af beboerne har et misbrug af alkohol og/eller narkotika, og at omkring en tredjedel heraf er alkoholafhængige.

Med udgangspunkt i disse skøn kan man anslå, at 3.500-4.000 hjemløse er alkoholafhængige. Det er en tredjedel af den personkreds, som i løbet af ét år kommer i kontakt med et forsorgshjem. Men som det tidligere er fremgået, kommer ikke alle socialt udstødte i kontakt med institutionerne for hjemløse. Flere forskere beregner det totale antal socialt udstødte ved at fordoble antallet af beboere på institutionerne, og således kan man skønne, at de socialt udstødte alkoholafhængige omfatter 7.000-8.000 personer. Dette skøn forudsætter, at andelen af alkoholafhængige er lige så stor blandt socialt marginaliserede personer uden for institutionerne som blandt beboerne. Dertil kommer en større gruppe af blandingsmisbrugere.

Hvilken behandling tilbydes målgruppen i dag?

Dette afsnit bygger på oplysninger fra Margaretha Järvinens bog "Det dårlige selskab" fra 1998. Den beskriver behandlingsmuligheder og -erfaringer blandt tunge misbrugere for nogle år siden. Statistiske oplysninger fra de seneste år tyder på, at situationen ikke er forbedret for denne gruppe, idet amterne har valgt at prioritere indsatsen højere for de mere velfungerende misbrugere.

Ifølge "Det dårlige selskab" kan ses en nyorientering i den ambulante alkoholbehandling. Der er tale om en nedprioritering af socialt udstødte misbrugere. Fra begyndelsen af 90'erne blev ambulatorierne i stigende grad profileret som behandlingstilbud, som – hedder det – "socialt integrerede storkonsumenter skal kunne besøge uden at være omgivet af hjemløse alkoholister". Logikken var ifølge bogen bl.a. den, at det var mere lønsomt for samfundet at satse på misbrugere, som ikke har gennemgået en social deroute – i stedet for at spilde ressourcer på den lille minoritet af socialt udstødte misbrugere.

Også på de psykiatriske afdelinger ser man en nedprioritering af indsatsen mod alkoholproblemer. Og fra psykiatrisk side har man allerede længe påpeget tendensen til, at man marginaliserer det tungeste klientel. I perioden fra 1985 til 1999 er der næsten sket en halvering af de alkoholrelaterede psykiatriske indlæggelser. Det er til dels en konsekvens af den generelle af-institutionalisering inden for psykiatrien, men statistiske oplysninger viser også, at alkoholbehandlingen fyldte relativt mere i psykiatrien i 80'erne, end den gør i dag. Behandlingsmulighederne for kroniske alkoholafhængige er altså også blevet dårligere i hospitalssektoren.

"Det dårlige selskab" bygger bl.a. på 54 kvalitative interviews med socialt marginaliserede alkoholmisbrugere i København. De viser, at den helt dominerende erfaring blandt de interviewede er antabusbehandling på ambulatorium. Det har 84 pct. prøvet. Der er typisk tale om "ren" antabustildeling og altså ikke om et led i en individuelt tilrettelagt, psykosocial behandling. Det tyder på, at det terapeutiske behandlingsarbejde på ambulatorierne i høj grad er forbeholdt socialt integrerede alkoholafhængige personer.

De interviewedes erfaring med institutionsbehandling ligger ofte et antal år tilbage i tiden. Mange af dem er – ifølge egne udsagn – for gamle til at blive tilbudt institutionsbehandling. Gennemsnittet i gruppen er 47,2 år, og en misbruger i 45-års alderen, som står uden for arbejdsmarkedet og ikke har forældremyndighed over børn, kan ikke regne med at blive bevilliget ressourcer til andet end antabusbehandling på et ambulatorium. Det siger både de interviewede misbrugere og repræsentanter for behandlingspersonalet.

Køn og socialgruppe har forskellig betydning for interviewpersonernes erfaringer med behandling. Kvinder har normalt en mere omfattende behandlingserfaring end mænd,

særligt med behandling på psykiatrisk hospital. De højest uddannede i gruppen har erfaring med en bredere vifte af behandlingstilbud end personer uden erhvervsuddannelse. De har ofte kun gennemgået antabusbehandling, eventuelt afgiftning på hospital. Det tyder på, at jo færre sociale ressourcer en klient har, og jo mere belastet han/hun er af sit misbrug, jo færre behandlingsressourcer stilles til rådighed.

Hvilke særlige problemer er der med behandlingen af socialt udstødte alkoholmisbrugere?

Nedprioriteringen af behandlingen på ambulatorierne, behandlingshjemmene og de psykiatriske afdelinger af socialt udstødte alkoholafhængige har i visse tilfælde været en utilsigtet konsekvens, dels af den omtalte af-institutionalisering, dels af specialiseringen i behandlingssystemet. Men specialiseringen og "matchning" mellem klient og behandling bør ikke lede til, at behandlingsinstitutionerne kun behandler de ressourcestærke klienter.

I behandlingssystemet finder man mange direkte argumenter for en ligefrem afvisning af de tunge misbrugere. Det er bl.a. økonomiske argumenter, men det mest almindelige argument er, at socialt udstødte misbrugere savner behandlingsmotivation. De tunge misbrugere er dem, som ikke vil behandles, og man kan ikke behandle personer, som ikke ønsker behandling. Man kan dog også hævde, at behandlingsmotivationen ikke kun handler om det misbrugende individ, men at den også afspejler nærmiljøets, behandlingssystemets og hele samfundets interesse for misbrugerens livssituation.

Samarbejdet mellem behandlingssystemet og § 94-institutionerne er generelt ikke tilstrækkeligt. I undersøgelsen "Det dårlige selskab" er der meget få meldinger fra personale og misbrugere om motivationsarbejde, om information og behandlingsalternativer til

beboerne, om henvisning af beboere til behandling osv. Specialstøtte til samarbejdsprojekter mellem behandlingsstederne og institutionerne for hjemløse kunne måske være en løsning på dette – eventuelt i form af misbrugskonsulenter tilknyttet de store § 94-institutioner.

Samarbejdet mellem behandlingssystemet og de somatiske hospitalsafdelinger er ikke tilstrækkeligt. 42 pct. af personerne i "Det dårlige selskab" har gennemgået alkoholafgiftning på sygehus, men meget få af dem har oplevet, at sygehuset har grebet fat om deres alkoholproblem og informeret om forskellige behandlingsmuligheder. Interviewene med hospitalspersonalet støtter dette indtryk. Personalet mener ikke, at de har tid til at diskutere alkoholbehandling med klienterne. Det synes derfor oplagt, at motivationsarbejdet i forbindelse med indlæggelser til alkoholafgiftning opprioriteres.

Forslag til opfyldelse af behandlingsbehovet

Kortvarig ambulante behandling har vist sig utilstrækkelig netop for socialt udstødte misbrugere. Personer med langvarigt misbrug – som savner et socialt netværk, arbejde og måske bolig – har behov for alsidigt støttende og relativt langstrakt behandling og omsorg, hvis de skal kunne gøre sig noget som helst håb om at få løst eller dæmpet deres misbrugsproblemer.

Et varieret behandlingsudbud kan bedst tilgodeses de forskellige grupper af misbrugere, heriblandt de svageste. Antabusudskrivning på ambulatorium kan ikke stå alene i behandlingen af tunge misbrugere. Netop denne gruppe har behov for en alsidigt støttende behandling og omsorg, både i døgnbehandling og på ambulatorier – eventuelt i samarbejde med § 94-institutionerne.

9

Organisering af den akutte afrusning

Nogle personer drikker ved en enkelt anledning en så stor mængde alkohol, at de enten ikke kan tage vare på sig selv eller er til gene for andre. Langt de fleste mennesker sover en sådan rus ud derhjemme eller andre steder uden inddragelse af offentlige myndigheder. Når politiet inddrages bliver en del af disse kørt hjem, andre køres på sygehuset, men de fleste anbringes i detentionen. Sygehuse, § 94-institutioner og alkoholbehandlingshjem kan alle ses som alternativer til detentionen.

Kritikken af, at den akutte alkoholafrusning⁸ for en stor del foregår i politiets detentioner, har været rejst mange gange i forskellige sammenhænge, oftest i forbindelse med dødsfald i detentionen.

De væsentligste argumenter for at trække afrusningen ud af politiets regi har været dels et sikkerhedsmæssigt eller sundhedsmæssigt aspekt, dels ønsket om at kunne motivere den berusede til behandling.

Om de detentionsanbragte og politiets indsats

Overordnet kan de detentionsanbragte inddeles i følgende tre hovedgrupper: Berusede, som er ude af stand til at tage vare på sig selv og ikke har andre til at gøre det; berusede, som er til fare eller gene for andre (for

eksempel i trafikken); samt berusede, som sigtes for kriminalitet og er for berusede til at blive anbragt i arrest eller i venterum, således som det normalt sker for sigtede personer.

Øvrige karakteristika er⁹:

- De detentionsanbragte er aldersmæssigt jævnt fordelt. Der er dog flest i gruppen af 21-25 årige og færre i grupperne over 45 år
- Kun en lille del af de detentionsanbragte er gengangere, dvs. anbringes mere end én gang (7,7 pct.)
- Noget over halvdelen af de detentionsanbragte er anbragt med en sag (66 pct.).

Det at blive anbragt flere gange i detentionen viser et særligt behov for en rådgivningsindsats. En arbejdsgruppe under Politimesterforeningen fremlagde i 2000 en analyse af detentionsanbringelserne i 6 repræsentativt udvalgte politikredse. Ud af 1619 detentionsanbringelser i 1999 i de 6 kredse var der 124 personer, som blev anbragt mere end én gang. Heraf blev 87 personer anbragt to gange, og 20 personer anbragt 3 gange.

Andelen af anbragte med sag – altså personer som politiet ønsker tilbageholdt af politimæssige årsager – har betydning, da personale i sundheds- og socialektoren ikke kan tvangstilbageholde personer. I den refererede undersøgelse var 66 pct. af de anbragte tilbageholdt på grund af både beruselse og en lovovertrædelse. For langt de flestes vedkommende er der dog tale om relativt banale lovovertrædelser. 26 pct. af de anbragte var "rene" berusere, mens de resterende 8 pct. var anbragt på grund af husspektakler. Da tvangstilbageholdelse kan være relevant for både anbragte med sag og personer tilbage-

⁸ Akut afrusning betegner her fasen fra toppen af beruselsen til en efterfølgende (mere eller mindre) ædru tilstand. Akut henviser til, at der ikke er tale om en planlagt afrusning, for eksempel forud for en behandling for alkoholmisbrug.

⁹ Beskrivelsen bygger på "Rapport vedrørende detentionsanbringelser" fra maj 2000, afgivet af en arbejdsgruppe nedsat af Politimesterforeningen. Her er lavet en analyse af udvalgte data fra følgende 6 politikredse: Assens, Nyborg, Roskilde, Vejle, Randers og Københavns politistation 2 og station 3.

holdt pga. husspektakler, vil det være de 26 pct. af de detentionsanbragte, der som minimum vil blive berørt af en evt. ny organisering. 26 pct. af hele landets detentionsanbragte i 2001 er 2690 personer.

Sideløbende med diskussionen om organiseringen af den akutte afrusning er der sket et kraftigt fald i antallet af detentionsanbringelser. I 1992 var antallet 26.356, i 1996 16.920, i 2000 12.695 detentionsanbragte og i 2001 10.345 detentionsanbragte.

Dette fald kan ikke tilskrives en stigning i antallet af registrerede hjemkørsler eller kørsler til sygehus. I 1992 blev 1.699 personer bragt til hjemmet, mens 1.111 personer blev bragt til sygehus. I 2001 blev 645 personer bragt hjem, mens 306 personer blev kørt til sygehus. Der er heller ikke tale om en sammenhæng med alkoholforbruget i Danmark, da det har været stabilt de sidste 15 år. En mulig forklaring kan være en ændret holdning i samfundet og hos politiet til berusede personer, således at man er mindre tilbøjelig til at skride ind end tidligere. Accepten af misbrug synes således mere udbredt.

Ved en sammenligning mellem 14 udvalgte politikredse ses, at antallet af detentionsanbringelser varierer mellem 0,7 og 5,0 detentionsanbragte pr. 1.000 indbyggere. Antallet af detentionsanbringelser er for alle politikredse faldende gennem perioden 1988 til 2000. Samtidig er det de samme politikredse, som gennem perioden har enten en lav eller en høj andel af detentionsanbragte. Dette kan afspejle forskelle i befolkningens alderssammensætning de forskellige kredse imellem, men også forskellige muligheder og

praksis i de enkelte kredse og amter for benyttelse af alternativer til detentionsanbringelse. Andelen af detentionsanbragte, som tilses af læge, har varieret meget mellem de 54 politikredse, men den er generelt steget inden for de seneste 10 år. Ved Rigspolitichefens kundgørelse af 27. juni 2001 blev lægetilsyn gjort obligatorisk.

Det ekspliciteres i den nye bekendtgørelse, at politiets detentioner kun kan anvendes, såfremt mindre indgribende foranstaltninger ikke findes tilstrækkelige. Politiet skal overveje muligheden for at lade andre tage sig af den berusede – primært ved hjemkørsel, alternativt ved anbringelse på sygehus eller forsorgshjem.

Politiets indsats i forbindelse med detentionsanbringelser finansieres over en særlig konto på finansloven.

Den amtslige indsats i forbindelse med afrusning

Den del af afrusningsopgaven, som ikke foregår i politiets regi, varetages af amterne. Det sker dels på sygehuse, dels i socialt regi på forsorgshjem, dvs. institutioner efter Servicelovens § 94¹⁰. Der er dog ikke en egentlig statistik på området. Ud over disse to typer af institutioner kan det overvejes at inddrage alkoholbehandlingsinstitutionerne i afrusningen.

Udmeldinger fra amterne tyder på en stigende opmærksomhed på afrusningsopga-

¹⁰ Efter Servicelovens § 94 skal § 94-institutionerne sørge for, at der er den nødvendige omsorg og pleje, herunder hjælp til behandling for forskellige former for misbrug. Botilbuddene kan derfor, men skal ikke, omfatte deciderede afrusningsafsnit.

¹¹ I forbindelse med en tidligere gennemgang på detentionsområdet rettede Sundhedsministeriet i foråret 2000 en uformel henvendelse til nøglepersoner inden for samtlige amter.

ven¹¹. I enkelte amter har man allerede forbedret afrusningstilbudene, i andre amter er der udrednings- eller planlægningsarbejde i gang. Det er indtrykket, at alkoholopgaverne i stigende omfang forankres i socialvæsenet, hvilket formentlig også gælder for den akutte afrusning.

Der er fra amt til amt store forskelle på, i hvor høj grad sygehuse og forsorgshjem bevidst bruges som alternativer til detentionen. I ca. 2/3 af amterne er sygehuse alene involveret ved enten planlagte afrusninger forud for et behandlingsforløb eller ved beruselse med komplikationer af en eller anden art. Helt overordnet må det antages, at det er berusede børn og unge og de mest syge og tilskadedkomne berusere, der bringes til sygehus. Hvad angår forsorgshjemmene angiver godt halvdelen af amterne, at institutionerne kun fungerer som alternativ til detentionen for kendt klientel eller for berusere, som passer til institutionernes målgruppe. I nogle amter er der endog forskel mellem de enkelte sygehuse og mellem de enkelte forsorgshjem.

Det er indtrykket, at der generelt set ingen eller kun ringe kontakt er mellem politi, sygehusvæsen og forsorgshjem.

Afrusning i sygehusregi

Kun få amter har formuleret kriterier for, hvilke berusere der kan behandles på sygehuse. Det er ligeledes vanskeligt at få et præcist billede af sygehuses praksis på området. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har foretaget en trækning på landspatientregistret på antal personer og antal henvendelser i sygehusregi med diagnosen akut alkoholforgiftning¹². Antallet af personer

med kontakt til sygehusvæsenet med denne diagnose var i 1999 6.484, heraf 2.622 indlagte personer. Antallet af henvendelser på skadestuen var i 1999 på 5.473 personer rubriceret under samme diagnose¹³. Her var der tale om cirka 800 henvendelser fra personer, som tidligere havde henvendt sig til skadestuen i samme forbindelse.

I forbindelse med sygehuses medicinske afrusning er der adgang til relevante undersøgelser og tilsyn af læger fra en række specialer. Alkoholafhængige gives medicin til forebyggelse af delirium tremens og abstinenskrampe. Der er mulighed for, at det sundhedsfaglige personale kan motivere patienten til at opsøge egentlig adfærdsendrende behandling.

Afrusning på § 94-institutioner

Der findes på landsplan ca. 86 § 94-institutioner. Enkelte amter har kun én eller ganske få af disse institutioner. De fleste af hjemmene tilbyder afrusning for kendte eller potentielle forsorgshjemsklienter, mens der for enkelte andre hjem er tale om et generelt tilbud for alle berusere. I nogle amter fungerer afrusning i forsorgshjemsregi derfor allerede i dag som alternativ til detentionsanbringelse.

Socialministeriet har oplyst, at der på landsplan er ca. 20 § 94-institutioner, hvor det er muligt at indgå i et seriøst alkoholbehandlingstilbud. Tilsyneladende er det dog kun Ringkjøbing, Århus og Nordjyllands amter, der har forsorgshjem med deciderede døgnbemandede sygeafdelinger. Mindst ét forsorgshjem i hvert amt formodes at have fastansat sygeplejefagligt personale i dagtimer-

¹² Efter Sundhedsstyrelsens vurdering vil langt de fleste akutte afrusninger være indeholdt under denne betegnelse.

¹³ De to sidstnævnte tal er begge indeholdt i de 6.484 personer med kontakt til sundhedsvæsenet. Nogle patienter indlægges efter skadestuebesøget.

ne. Samtlige forsorgshjem har fast aftalt lægetilsyn 2 gange ugentligt. En række forsorgshjem har stor dækning af sygeplejefagligt personale og har efteruddannet pædagogisk personale, som kan bistå ved helbreds-vurderinger og medicinsk afrusning.

Fælles for hjemmene er, at de kan tilbyde beruseren en umiddelbar omsorg i form af en seng at sove i, et bad, et måltid mad og en person at tale med. En mere systematisk anvendelse af forsorgshjemmene i afrusningssammenhæng vil kræve ændringer både med hensyn til finansiering, fysiske rammer og personale.

Afrusning på alkoholbehandlingsinstitutioner

Der findes som tidligere nævnt forholdsvis få behandlingsinstitutioner på landsplan – ca. 9 – som anvendes af amterne. Alkoholambulatorierne har begrænset åbningstid og er derfor ikke relevante at inddrage i denne sammenhæng.

Personalets sammensætning er forskellig fra behandlingshjem til behandlingshjem. Nogle har fastansatte sygeplejersker eller fast tilknyttede læger. Andre har alene terapeutisk/pædagogisk personale.

Enkelte behandlingsinstitutioner er allerede i dag involveret i afrusning af berusere. Dette gælder dog for mere planlagte afrusninger forud for et behandlingsforløb.

Behandlingsinstitutionerne er gearede til at tackle berusere. De kan tilbyde en omsorgsfuld behandling og har tid til samtale og rådgivning.

Eksempel på amtskommunal varetagelse af afrusningsopgaven

Ringkjøbing Amt vedtog i januar 2000 "Aftale om afrusnings- og afgiftningstilbud i Ringkjøbing Amt". Amtet har siden 1985 arbejdet med sådanne aftaler. I aftalen præciseres 3 afrusningsmuligheder: Afrusning i hjemmet (som går på planlagte afrusninger og derfor ikke omtales nærmere her), afrusning på forsorgshjemmet Skovvang samt indlæggelse på sygehus.

Forsorgshjemmet Skovvang modtager alle med behov for afrusning, som ikke af en læge vurderes at have behov for sygehusindlæggelse. Forsorgshjemmet har en sygeafdeling og er døgnbemandet med sygeplejerspersonel. På grund af sygeafdelingen kan institutionen på forsvarlig vis huse temmelig dårlige patienter. Ved ankomsten til hjemmet vurderes beruseren af en sygeplejerske, som følger op med en løbende vurdering. Der er under hele opholdet mulighed for personlig rådgivning, ligesom der efter behov etableres kontakt til Misbrugsrådgivningen, hjemkommune, familie, arbejdsplads m.m.

Der er ikke statistik for, hvor mange berusere politiet indbringer til Skovvang, men der skønnes at være tale om flere indbringelser hver uge¹⁴. Politiet har ikke skriftlige kriterier for, hvilke berusere der køres til Skovvang. På grund af det langvarige samarbejde vurderer de berørte parter dog ikke, at det er et problem. Der er i stedet tale om en individuel vurdering foretaget af den enkelte politimand på stedet eller af vagthavende på stationen.

¹⁴ I 2000 var der på forsorgshjemmet i alt 1733 indskrivninger, heraf 712 på sygeafdelingen, 380 på asylpladserne og 641 på forsorgdelen. Berusere placeres primært på asylpladserne.

Afrusning foretages kun undtagelsesvis på amtets sygehuse. Sygehusene modtager efter lægelig henvisning patienter, som er i en tilstand, der kræver fortsatte observationer af specialuddannet personale, samt patienter som kræver observation med henblik på eventuelle intracranielle blødninger. Udskrivelsen tilstræbes planlagt sammen med Misbrugsrådgivningen, hvis patienten ønsker det.

Afrusningsmodellen i amtet bygger på et samarbejde mellem mange instanser både med hensyn til valg af afrusningstilbud og ved opfølgning efter den akutte fase. Der er udarbejdet klare aftaler om de enkelte institutioners opgaver, herunder med angivelse af de enkelte institutioners målgrupper.

Det er indtrykket, at Skovvang reelt fungerer som alternativ til detentionen. Dette indtryk styrkes af de tidligere refererede tal for andelen af detentionsanbringelser. De viser, at Ringkjøbing Politikreds havde den laveste andel detentionsanbringelser pr. 1.000 indbyggere blandt de 14 udvalgte politikredse i de fire udvalgte år. Også amter som Viborg Amt og Nordjyllands Amt arbejder bevidst med at bruge forsorgshjem ved løsning af afrusningsopgaven.

Fordele og ulemper ved de fire modeller for afrusning

Der kan nævnes en lang række hensyn og problemer, som taler for og imod de forskellige måder at organisere afrusningen på. Her skal dog kun nævnes de væsentligste.

Ønsket om at sikre en sundhedsmæssigt mere forsvarlig afrusning taler umiddelbart for afrusning på sygehusene, hvor også andre typer af forgiftninger behandles. På sygehusene kan følger af alkoholforgiftningen, som i nogle tilfælde kan være livstruende,

behandles. Derimod er det mindre entydigt, i hvor høj grad dødsfald kan undgås (For eksempel Finn Hardt m.fl., Ugeskrift for læger, 160/24, 1998; Ugeskrift for læger, 147/48, 1985).

Imod afrusning på sygehusene kan fremføres, at en stor del af beruserne må formodes ikke at have brug for sygehusbehandling. Her vil sygehusvæsenets ressourcer kunne anvendes bedre på anden vis. Amtsrådsforeningen har flere gange afvist, at alle, som i dag afruses i detentionen, skal afruses på sygehusene. Afvisningen sker først og fremmest med henvisning til en prioriteret anvendelse af sygehusressourcerne og princippet om at tilrettelægge sundhedsvæsenets indsats ud fra laveste effektive omkostningsniveau.

Spørgsmålet er, om § 94-institutionerne og institutionerne for alkoholbehandling kan tilbyde en lige så forsvarlig afrusning som sygehusene. Med hjemmenes nuværende bemanding er det ikke tilfældet. Hjemmene har da heller ikke deciderede afrusningsafsnit med udstyr til udpumpning og mere komplicerede undersøgelser. Forsorgshjem med sygeafdelinger og høj dækning med sygeplejefagligt personale, vil kunne forestå en medicinsk afrusning af berusere, som ikke er i en højrisikogruppe. Det er en fordel ved afrusning i sådanne institutioner, at de økonomiske omkostninger alt andet lige er mindre end ved sygehusafrusning. Forsorgshjemmene er i dag 50 pct. statsfinansierede. Hvis der laves udvidede aftaler om afrusning, bør dette alene finansieres af amtet.

Det i denne sammenhæng væsentligste hensyn er at sikre sammenhæng med behandling for alkoholmisbruget. Det synes naturligvis bedst opfyldt ved afrusning på en alkoholbehandlingsinstitution. Her vil man kunne rådgive og søge at motivere til fortsat behandling. Et væsentligt argument imod at lade en del af de detentionsanbragte overføre til behandlingshjemmene er dog, at beru-

serne i høj grad vil virke forstyrrende. Det vil uden tvivl virke voldsomt demotiverende for de klienter, der indgår i et seriøst behandlingsforløb, at se berusere blive bragt ind for en kortvarig afrusning. Behandlingshjemmene er ganske små, og beruserne vil i høj grad være synlige. Herudover vil de få behandlingshjem – alene af geografiske årsager – kun kunne løfte en lille del af afrusningsopgaven.

Forsorgshjemmene kan, bedre end sygehusene, give omsorg og pleje til beruserne. De kan også begynde en social indsats, herunder vejledning med henblik på alkoholbehandling. Set i forhold til detentions- og sygehusophold giver længere ophold på forsorgshjemmet mulighed for et pusterum for berusere med misbrugs- og eventuelle sociale problemer.

Sygehuspersonalet vurderes mere kvalificeret end politiet til at vejlede om alkoholbehandling.

Ud over ovenstående argumenter skal det nævnes, at politiet næsten altid er den myn-

dighed, der først kommer i kontakt med den berusede. Politiet har beredskabet, som gør det muligt og er nødvendigt for at kunne varetage opgaven. Politiet har, som den eneste af de fire, muligheden for at tvangstilbageholde berusere, som har begået en kriminel handling, eller som er voldsomme og truende i deres opførsel. En fastholdelse af afrusningsopgaven i politiets regi vil dog fordrer en kvalificering af personalets kompetencer. Det vil være nødvendigt i forhold til videre visitering af beruserne til hjem, sygehus, forsorgshjem, alkoholbehandlingshjem eller andet.

Opsamlende kan det siges, at der er hensyn, som taler for afrusning på sygehus, mens andre hensyn taler for afrusning på alkoholbehandlingsinstitution, alternativt forsorgshjem. Det gælder dog for alle tre typer af institutioner, at der skal tilføres ekstra ressourcer. Ligeledes skal der foretages såvel fysiske som personalemæssige omorganiseringer for bedre at kunne rumme personer med behov for akut afrusning.



Det er imidlertid væsentligt at holde sig for øje, at de forskellige modeller for afrusning ikke på nogen måde udelukker hinanden. Som nævnt ovenfor, har enkelte amter lavet aftaler, som viser, at det kan lade sig gøre at lave klare aftaler mellem de relevante parter i amterne. I aftalerne har man forsøgt at få afklaret spørgsmålet om de enkelte institutioners målgrupper og om transport, afrusning og opfølgning.

Forbedringer for personer i detentionen

Uanset hvorledes organiseringen af afrusningen tænkes skruet sammen, vil der være en del af de detentionsanbragte, som fortsat skal tvangstilbageholdes af den ene eller den anden grund. Også for disse personer er det sikkerhedsmæssige aspekt og ønsket om at kunne motivere den indbragte til behandling relevant.

Det sundhedsmæssige aspekt kan betragtes som delvis opfyldt, idet lægetilsyn nu er blevet obligatorisk for alle detentionsanbragte. Her vil dog stadig kun være tale om et "øjebliksbillede" af den berusedes tilstand. Det er uklart, hvordan dette problem kan løses.

Der synes heller ikke at være enkle løsninger, hvad angår forbindelsen til behandling for selve alkoholmisbruget: En løsning kunne her være, at politiet automatisk kontakter den indsattes praktiserende læge. En anden løsning kunne være at lade personer fra de frivillige foreninger, der arbejder med at bekæmpe alkoholmisbrug, tale med de afrusede.

Perspektivering

I dette afsnit er nævnt de fire mest oplagte måder at organisere afrusningen på. Som

det fremgår ovenfor, behøver modellerne ikke gensidigt at udelukke hinanden.

Udvalget anbefaler, at det overlades til de enkelte amter selv at træffe aftaler: Dels aftaler for selve afrusningens forløb, dels om den overordnede organisering af de enkelte institutioners opgaver.

Afrusningen skal ske på en forsvarlig måde. Der må i de enkelte amter formuleres kriterier for, hvad en sådan sundhedsmæssigt forsvarlig afrusning vil sige. Dels kriterier for selve afrusningsfasen – for eksempel af hvem og hvor ofte den berusede skal overvåges – og dels kriterier for opfølgningen – hvilken form for tidlig indsats eller opfordring til alkoholbehandling vil vi sikre, at den afrusede får.

På det mere overordnede niveau skal det sikres, at der er klare aftaler mellem de relevante parter. Disse er mest oplagt politi, sygehusvæsen og § 94-institutionerne. Men herudover kan det tænkes, at også repræsentanter for lokale misbrugsrådgivninger, alkoholbehandlingsinstitutioner, hjemmepleje, praktiserende læger m.v. er relevante at inddrage. Det fremstår særligt væsentligt at inddrage politiet fra starten af dette samarbejde, hvis der skal blive tale om en vel fungerende løsning. Ligesom det er vigtigt at sikre, at de enkelte medarbejdere inden for politiet er i stand til at visitere berusede til de rette instanser. Enkelte amter har forsøgt at udarbejde planer for mere udbyggede alternativer til detentionsanbringelse, hvilket kan anbefales.

Arbejdsgruppen opfordrer hermed til, at afrusning ses som en del af en større helhed på alkoholbehandlingsområdet. Som for andre dele af dette område er det væsentligt, at der skabes netværk, som kan klarlægge behov og strategier, herunder hvilke typer af akutte afrustninger, der hører under de enkelte institutioners ansvarsområde.

Aftaler om og udarbejdelsen af afrusningsaftaler vil sandsynligvis kræve en forholdsvis omfattende forberedelse. For hurtigt at kunne indsamle erfaringer opfordrer arbejdsgrup-

pen til, at der igangsættes et udviklingsprojekt i et eller flere amter. Her kan for eksempel udarbejdes lokale visitationsretningslinier for beruserne.

Alkoholforskningen er blevet styrket de sidste 10 år, idet Sundhedsstyrelsen og Alkoholpolitisk Kontaktudvalg har givet støtte til flere projekter under de 5 årige alkoholforskningsprogrammer. Senest er der i 2002 etableret et alkoholforskningscenter på Statens Institut for Folkesundhed. Derimod er dokumentationen, for eksempel vedr. alkoholbehandlingsomfang og uddannelsen på alkoholområdet, præget af stor tilfældighed. Det anbefales derfor, at der etableres et alkoholbehandlingsregister i Sundhedsstyrelsen, og at man ikke bare gør alkohol til en fast del af social- og sundhedsuddannelserne, men at man også skaber et fagligt forum, som kan udvikle og kvalificere den nødvendige efteruddannelse.

Alkoholforskning

Indtil 1994 var alkoholforskningen i Danmark ikke videre formaliseret og organiseret. Den afhang af de enkelte forskeres interesser og muligheder for at rejse penge til forskningsprojekter.

Siden 1994 er der sket en styrkelse af alkoholforskningen i Danmark. I 1994 oprettedes Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, som var et udvalg under Sundhedsministeriet. Det gav mulighed for at etablere et alkoholforskningsprogram, som rakte flere år frem i tiden. I 1994 blev endvidere Center for Rusmiddelforskning etableret ved Århus Universitet, hvilket gav mulighed for en mere sammenhængende forskning i rusmidler.

Alkoholpolitisk Kontaktudvalg virkede frem til 2000, og Kontaktudvalget afsatte i perioden 1994 – 2000 årligt 7 til 7,5 mio. kr. til alkoholforskning og -projekter. Midlerne blev hvert år udbudt bredt til en række forskere på området. I 1994 fastlagde Kontaktudvalget rammerne for alkoholforskningen i form af det første forskningsprogram gældende for perioden 1994-1998. Forskningsprogrammet byggede på følgende forudsætninger:

- Forskningen skulle være af høj videnskabelig kvalitet
- Forskningen skulle være praktisk relevant
- Programmet skulle dække perioden 1994-1998
- Der skulle være ca. 7 mio. kr. årligt til disposition.

Programmet omfattede forskning inden for følgende 4 områder med angivelse af den årlige beløbsramme:

- Behandling (3,5-4 mio. kr.)
- Forebyggelse (0,5-1 mio. kr.)
- Forbrug og misbrug/blandingsmisbrug (0,5-1 mio. kr.)
- Skader og misbrugsrelaterede problemer (0,5-1 mio. kr.)

I 1998 besluttede Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, at det andet alkoholforskningsprogram 1999-2003 skulle have to hovedtemaer: Hovedtema 1: Storforbrugere; og Hovedtema 2: Behandling og efterbehandling. Kontaktudvalget besluttede samtidig, at der fortsat skulle afsættes 7,5 mio. kr. årligt til alkoholforskningsprogrammet. Efter nedlæggelsen af Alkoholpolitisk Kontaktudvalg i 2000, er Alkoholforskningsprogrammet blevet videreført i Sundhedsstyrelsens regi, men med en mindre årlig bevilling end tidligere.

De to alkoholforskningsprogrammer betød, at der blev skabt et økonomisk fundament til

gister og uddannelse

at støtte alkoholforskning i Danmark. Der blev foretaget mange videnskabelige undersøgelser, som i stor udstrækning danner basis for forebyggelsesaktiviteter i både Sundhedsstyrelsen og lokalt i amter og kommuner.

Men da støtten til alkoholforskning blev fordelt på en lang række forskellige centre og institutioner, var det ikke muligt at opbygge en større ekspertviden på et enkelt center. Alkoholpolitisk Kontaktudvalg besluttede derfor i år 2000, at der i en 5-årig periode skulle afsættes 5 mio. kr. årligt til et alkoholforskningscenter på Statens Institut for Folkesundhed.

Alkoholforskningscenteret er etableret pr. 1. februar 2002 med en professor i alkoholforskning som leder.

Ifølge opgavebeskrivelsen skal alkoholforskningscenteret:

Udføre tværfaglig alkoholforskning inden for en række forskellige opgaver herunder:

- Monitorerings epidemiologi
- Klinisk interventionsforskning
- Helsetjenesteforskning samt deltage i basal biokemisk, fysiologisk og biokemisk forskning med relevante forskningsinstitutioner
- Være et videnscenter, der kan anvendes af myndigheder, institutioner og forskere
- Formidle sine resultater både i traditionelle videnskabelige publikationer og i publikationer, der er tilgængelige for offentligheden.

Centret skal kunne indgå i et tæt samarbejde med Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen om løsning af konkrete opgaver på alkoholområdet.

Med etableringen af et alkoholforskningscenter er der skabt mulighed for at foretage forskning i henhold til nye tendenser i be-

folkningen, til at få løst forskellige monitoreringsopgaver og til at foretage relevante interventionsforsøg med hensyn til behandling m.v. Endvidere er der skabt kontinuitet i arbejdet og mulighed for at opbygge ekspertviden på området.

Styrkelsen af alkoholforskningen gennem de senere år betyder imidlertid ikke, at der ikke fortsat er behov for bevågenhed om alkoholforskningen. Der er fortsat et misforhold mellem alkoholproblemets samfundsmæssige størrelse og de forskningsmæssige ressourcer, der anvendes på området. Det er dog næppe løsningen at allokere flere midler til forskning, uden at have gjort sig tanker om, hvor der er behov for en styrkelse.

For eksempel er der megen international dokumentation for effekten af forskellige behandlingsmetoder, men ikke nogen systematisk viden om, med hvilke metoder behandlingen i dag gennemføres i Danmark. Der er derfor behov for en forskningsbaseret evaluering af det danske alkoholbehandlingssystem med henblik på at kunne give retningslinjer for en justering og udvikling af alkoholbehandlingssystemet, således at det fungerer så effektivt som muligt.



Endvidere peger flere undersøgelser på, at der anvendes unødigt store økonomiske ressourcer i sygehusvæsenet og socialvæsenet på sundhedsmæssige og sociale følger af et for stort alkoholforbrug. Der er derfor behov for nogle økonomiske analyser af, i hvor høj grad en større investering i forebyggelse og behandling vil betyde samfundsøkonomiske besparelser.

Alkohol-behandlingsregister

Sundhedsstyrelsen nedsatte i januar 1999 en arbejdsgruppe, som skulle undersøge mulighederne for en personorienteret statistik over personer i alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen afgav sin rapport ultimo maj 2000.

Arbejdsgruppen indstillede, at der indføres en landsdækkende, personorienteret statistik for personer i alkoholbehandling.

Formålet med registreringen er at få skabt et billede af klienter i alkoholbehandling og at få dokumenteret omfanget af alkoholbehandling i Danmark. En bedre registrering af alkoholbehandlingen er en forudsætning for en bedre planlægning, evaluering og justering af indsatsen.

Registreringen skal omfatte alle personer, der modtager behandling efter Sygehuslovens § 16, dvs. både ambulante og døgnbehandling. Registrering med cpr-nummer sker kun efter klientens samtykke, og der tages hensyn til lovens krav om, at alle har ret til at modtage alkoholbehandling anonymt.

Der henvises til arbejdsgruppens rapport fra november 1999.

Arbejdsgruppen er enig i, at en bedre registrering af alkoholbehandlingen i Danmark

er en af forudsætningerne for en bedre planlægning, evaluering og justering af indsatsen på området. De usikre taloplysninger, der fremkommer i denne rapport understreger behovet for en systematisk registrering. Arbejdsgruppen skal derfor opfordre til, at der bliver skabt det økonomiske grundlag for etableringen af et statistiksystem på området.

Uddannelse

Der er en lang række faggrupper, som møder mennesker med alkoholproblemer. Forudsætningen for, at der sker en tidlig indsats i forhold til mennesker med alkoholproblemer er, at disse faggrupper kvalificeres til at se og håndtere de alkoholproblemer, de møder. Disse faggrupper skal derfor gives nogle metoder og værktøjer, som er relevante for, at den konkrete faggruppe kvalificeres til at se alkoholproblemer hos patienter og klienter og til at kunne motivere til behandling.

De fagfolk, der kommer i berøring med personer med alkoholproblemer, kan deles op i to grupper: De fagfolk, der har som arbejdsområde at behandle andre mennesker for alkoholafhængighed som for eksempel psykologer, læger, alkoholbehandlere og dem, der gennem deres arbejde kommer i berøring med personer, der har sociale, psykiske og/eller fysiske problemer, der kan henføres til alkoholafhængighed. Der er for eksempel tale om frontpersonale som social- og sundhedspersonale, pædagoger, politifolk m.v.

Begge grupperinger er karakteriseret ved at rumme samtlige uddannelsesniveauer: Fra den autodidakte (tidligere misbrugere) over de korte uddannelser som alkolog og sosu-uddannelsen, til de mellemlange uddannelser som socialrådgivere, sygeplejersker m.fl. og til de lange uddannelser som læger, psykologer m.v.

Uddannelse af alkoholbehandlere (alkologer)

Der findes i Danmark kun to egentlige uddannelser som alkoholbehandler, nemlig den etårige uddannelse som addiction counselor på Frederiksberg Centeret, København, og den toårige uddannelse som alkolog ved Alkologuddannelsen i Danmark, som har hjemsted på Bornholm. Begge uddannelsesinstitutioner er private, men modtager tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Begge uddannelser er knyttet op på Minnesota-modellen.

Uddannelsen som addiction counselor på Frederiksberg Centeret blev oprettet for ca. 10 år siden. Uddannelsen har modtaget tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2000, 2001 og 2002 fra finanslovskontoen til uddannelse af alkoholbehandlere.

Alkologuddannelsen i Danmark er forholdsvis ny, idet den blev oprettet som led i finanslovsforliget for 1999. Her blev der afsat 10 mio. kr. til oprettelse af en uddannelse som alkoholbehandler. I 2000-2003 er der hvert år afsat 3 mio. kr. på finansloven til videreførelse af Alkologuddannelsen i Danmark samt til lignende uddannelsesprojekter. Ifølge finanslovsforslaget for 2002 forventes bevillingen at bortfalde senest medio 2004, hvorefter uddannelsen på Bornholm i princippet skal være selvfinansierende. De nuværende aktiviteter er således karakteriseret ved hovedsageligt at være finansieret på basis af midlertidige bevillinger.

Der er endvidere tale om aktiviteter, som ikke er offentligt anerkendte uddannelser, idet der fra det offentliges side ikke er udarbejdet uddannelsesbekendtgørelser eller andre former for retningslinier for indholdet af uddannelserne. I forbindelse med tildeling af tilskud til de to uddannelser har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen dog gennemgået og godkendt uddannelsernes egne uddannelsesplaner.

For begge uddannelser gælder, at de studerende for langt de flestes vedkommende er tidligere misbrugere, som ønsker at arbejde med alkoholbehandling. Der er ingen særlige optagelseskriterier, som for eksempel krav om at have gennemgået en anden uddannelse først.

Undervisning på grunduddannelserne

På grunduddannelserne, eksempelvis social- og sundhedsuddannelserne, i de pædagogiske uddannelser samt ved uddannelse af politiet er der tradition for at indbygge en generel viden om en række problemstillinger, som en kommende færdiguddannet fagperson møder. Da der ikke findes en specialiseret faglig uddannelsestradition eller retning på alkoholområdet, er alle grunduddannelser præget af, at alkoholproblemstillingen indgår i en perifer form.

Når det gælder mulighederne for at specialisere sig, er de ligeledes begrænsede af manglende tradition og ståsted for en faglighed på området.

Videreuddannelse/specialiseringsgrad. Der er i de senere år gennemført en reform af videreuddannelsessystemet for voksne i Danmark. Et af formålene med reformen har været at give mulighed for i højere grad at kunne specialisere sig ved bl.a. at kunne sammensætte uddannelsen på tværs af forskellige uddannelsesretninger. Det har endvidere været et mål, at personer, der erhverver sig en uddannelse, har mulighed for løbende at videreuddanne sig med en overbygning. Det kan for eksempel ske ved at lægge en kandidatgrad oven på en mellem-lang uddannelse. Et resultat heraf er bl.a. fremkomsten af diplom- og masteruddannelserne samt det stigende udbud af ph.d.-stipendiater.

Løbende efteruddannelse. De sociale og pædagogiske højskoler er aktive, når det gælder udbud af efteruddannelsesmulig-

heder. Tilsvarende udbyder andre uddannelsesretninger i forskelligt omfang muligheder for efteruddannelse. Disse aktiviteter er imidlertid oftest styret af puljemidler og af aktuelle politiske fokusområder.

Finansieret af Alkoholpolitisk Kontaktudvalg og satspuljemidler er der gennemført en række diplomuddannelser på Den Kommunale Højskole. Amterne har i samarbejde med Den Sociale Højskole i Esbjerg udbudt regionale kurser, der bl.a. har rettet sig mod personer, der beskæftiger sig med alkoholbehandling. Endelig har den frivillige verden udbudt kurser for medarbejdere, som arbejder på feltet.

Endvidere kan nævnes den uddannelse, som de private alkoholmisbrugsbekæmpende organisationer har etableret i fællesskab. Der er tale om et kort efteruddannelsesforløb for behandlere og frivillige medarbejdere på de private institutioners behandlingshjem, væresteder og lignende.

Endelig er der en underskov af private uddannelser, som er målrettet mod det terapeutiske felt i behandlingen. De bygger ofte oven på en anden uddannelse af pædagogisk, psykologisk eller social karakter. Her kan for eksempel nævnes private uddannelser som Kempler Instituttet, Blå Kors' "meta hodos", psykoterapeutuddannelser af varierende art, herunder forskellige systemiske/strukturelle uddannelser, Minnesota-baserede uddannelser og Community-orienterede uddannelser.

Fremtidige uddannelsesaktiviteter

Aktuelle uddannelsesinitiativer

Som nævnt ovenfor eksisterer der i dag kun to uddannelser som alkoholbehandlere. Begge uddannelser er private, og de pågældende uddannelsesinstitutioner har selv fastsat indholdet i uddannelsen. Der er ikke fra sundhedsmyndighedernes eller andre offentlige myndigheders side stillet krav til indholdet af de to uddannelser, ud over at det var en del af finanslovsforliget i 1999, at Alkoholuddannelsen i Danmark skulle have hjemsted på Bornholm. Begge uddannelser hviler på Minnesota-modellen.

I tilknytning til arbejdet i nærværende arbejdsgruppe har Koordineringsudvalget bag de alkoholmisbrugsbekæmpende foreninger udarbejdet et projektforslag med henblik på etablering af en ny uddannelse som alkoholbehandler. Der er i første omgang tale om etablering af en diplomuddannelse og på længere sigt en professionsbachelor uddannelse på grundniveau. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fra finanslovskontoen "uddannelse af alkoholbehandlere" bevilget 1,5 mio. kr. i 2002 til projektet.

Sigtet med uddannelsen er at bygge bro over skellet mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige tilgang til alkoholbehandling, ligesom det er sigtet, at uddannelsen skal være tværfaglig. Ved tværfaglig forstås, at uddannelsen skal indeholde elementer både fra Minnesota-modellen og fra andre uddannelsesretninger på rusmiddelområdet. Endelig skal afhængighedsproblematikken ses i en bredere sammenhæng, således at også medicinafhængighed, ludomani og narkotikaafhængighed tænkes ind i uddannelsen.

Arbejdsgruppen støtter, at der søges etableret en sådan ny uddannelse som alkoholbehandler, som hviler på et bredere grundlag end de uddannelser, der findes i dag.

Grunduddannelserne. Alkohol bør være et fast punkt i enhver uddannelse inden for social- og sundhedsvæsenet, i de pædagogiske uddannelser og andre relevante uddannelser. Hovedmålsætningen er at sikre, at alkoholområdet får den tyngde i grunduddannelserne, som afspejler problemets omfang i samfundet. Målet er desuden, at prioriteringen af området afpasses efter den enkelte uddannelsesretnings placering og funktion – altså om der er tale om frontpersonale eller egentlig alkoholbehandler.

En forudsætning for at kunne formidle viden og forskning om alkoholområdet er, at området får skabt sin egen forskningstradition og permanente økonomiske basis. Etablering af et alkoholforskningscenter på statens Institut for Folkesundhed samt større ressourcer til Center for rusmiddelforskning er skridt i den rigtige retning.

En anden forudsætning er, at den alkoholfaglige viden samtænkes med respekt for de traditioner og muligheder, som gives inden for det sociale, psykiatriske og medicinske område. Det er endelig vigtigt, at der sker en koordinering af retningerne. Specialiseringen danner et fagligt fundament, men den skal også sikre en tværfaglig udvikling i grunduddannelserne og inden for andre fagområder, så også personer med eksempelvis dobbeltdiagnoser kan håndteres og blive en del af udviklingen.

Videreuddannelse/specialiseringsgrad. Tilsvarende må den alkoholfaglige viden forankres i videreuddannelsen af social- og sundhedspersonalet og andre relevante faggrupper. Dette forudsætter, at mulighederne for specialisering inden for den enkelte uddannelsesretning er til stede, således at interesser og faglig viden kan kombineres så tidligt som muligt.

Det er nødvendigt, at den eksisterende faglige viden og forskningsindsats synliggøres. Det er en forudsætning for at kunne skabe et fagligt miljø og mulighed for også i videreuddannelsen at kunne opbygge de fornødne specialiserede og tværfaglige tilbud.

Det er vigtigt, at der etableres et system, der kan skabe et løbende og kontinuerligt efteruddannelsesforløb. Det skal bredt kunne sikre et højt fagligt niveau og kunne rumme både autodidakte behandlere og behandlere med en grunduddannelse. Efteruddannelsen kan indgå som et supplement til den faglige udvikling, som skal finde sted i grund- og videreuddannelsen.

En fremtidig strategi for at give alkoholområdet det fornødne faglige fundament og udviklingsmuligheder forudsætter et fælles forum. Det skal etableres af de enkelte aktører fra uddannelses- og forskningsverdenen, medarbejder- og arbejdsgiverside samt fra den frivillige verden. Grundlaget for etablering af en fremtidig uddannelsesaktivitet på området skal sikre bredden i uddannelsesretningerne og den samfundsmæssige prioritering af indsatsen på alkoholområdet.

Målsætningen må være at sikre fagligt kompetente medarbejdere, der kan realisere visionen for den kommende indsats på alkoholområdet. Det vil sige, at såvel frontpersonale på alle niveauer klædes på til at kunne handle, når de møder personer med alkoholproblemer, som der er et behandlingsapparat med kompetente og engagerede medarbejdere, der arbejder ud fra anerkendte og beskrevne behandlingsprincipper.

10

Konklusion

Alkoholforskningen er blevet styrket væsentligt de seneste 10 år, idet Sundhedsstyrelsen og Alkoholpolitisk Kontaktudvalg har givet støtte til flere projekter under de 5-årige alkoholforskningsprogrammer. Senest er der i 2002 etableret et alkoholforskningscenter på Statens Institut for Folkesundhed.

Der er imidlertid behov for en forskningsbaseret evaluering af det danske alkoholbehandlingssystem med henblik på at kunne give retningslinjer for en justering og udvikling af alkoholbehandlingssystemet, således at det fungerer så effektivt som muligt.

Endvidere er der behov for økonomiske analyser af, i hvor høj grad en større investering

i forebyggelse og behandling vil betyde samfundsøkonomiske besparelser.

Dokumentationen på alkoholområdet i forhold til alkoholbehandling er præget af stor tilfældighed. Det anbefales derfor, at der etableres et alkoholbehandlingsregister i Sundhedsstyrelsen.

Det anbefales, at man ikke bare gør alkohol til en fast del af social- og sundhedsuddannelserne, men at man også skaber et fagligt forum, som kan udvikle og kvalificere den nødvendige efteruddannelse.

Endvidere bør der forsøges etableret en ny uddannelse som alkoholbehandler, som hviler på et bredere grundlag end de uddannelser, der findes i dag.

Litteraturliste

- Andreoli, A., Gressot, G., Aapro, N., Tricot, L. & Gognalons, M.Y. *Personality disorders as a predictor of outcome*. Journal of Personality Disorders, 1989; vol. 3, pp. 307-332.
- Annis, H., Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. *Structured Relapse Prevention – An Outpatient Counselling Approach*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1996.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Author, Washington DC, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Author, Washington DC, 1994.
- Ball, S.A. *Manualized Treatment for Substance Abusers with Personality Disorders: Dual Focus Schema Therapy*. Addictive Behaviors, 1998; vol. 23, pp. 883-891.
- Barfod, S. *Skal alkoholmisbrug overhovedet behandles i almen praksis*. Practicus 1995, 1996; pp. 180-181.
- Beck, A.T. & Freemann, A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press, New York, 1990.
- Beck, J. *Complex Cognitive Therapy Treatment for Personality Disorder Patients*. Bulletin of the Menninger Clinic, 1998; vol. 62, pp. 170-194.
- Bien, T.H., Miller, W.R. & Borouhgs, J.M. *Motivational Interviewing with Alcohol Outpatients*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1993; vol. 21, pp. 347-356.
- Brown, T.H. & Miller, W.R. *Impact of Motivational Interviewing on Participation in Residential Alcoholism Treatment*. Psychology of Addictive Behaviours, 1993; vol. 7, pp. 211-218.
- Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Alterman, A.I., McKay, J.R. & Snider, E.C. *Personality Disorders and Treatment Outcome in Methadone Maintenance Patients*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1996; vol. 184, pp. 234-239.
- Cherpitel, C.J., Tam, T., Midanik, L., Caetano, R. & Greenfield, T. *Alcohol and Non-fatal Injury in the U.S. General Population: A Risk Function Analysis*. Accid.Anal.Prev., 1995; vol. 27(5), pp. 651-661.
- Christensen, Helene Bygholm. *Børn i familier med alkoholmisbrug. En redegørelse for relationen mellem familieinteraktion og barnets psykosociale tilpasning*. Psykologisk Skriftserie, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, 1994; vol. 19, nr. 2.
- Christensen, Helene Bygholm. *Behandlingsmuligheder for børn i familier med alkoholmisbrug*. Center for Rusmiddelforskning, 1997.
- Christensen, Helene Bygholm. *Behandlingsmuligheder for børn af alkoholikere: Nødvendigt? Tilstrækkeligt?* Social Kritik nr. 56, 1998(a); pp. 101-113.
- Christensen, Helene Bygholm. *Alkoholisme, relation og familieinteraktion*. Nordisk Psykologi, 1998(b); vol. 50 (4), pp. 280-304.
- Christensen, Helene Bygholm. *Familieinteraktion og symptomer på psykiske belastninger hos alkoholikere og ægtefæller til alkoholikere*. Nordisk alkohol- og narkotika tidskrift, 1999; vol. 16 (4), pp. 267-283.
- Christensen, Helene Bygholm & Bilenberg, N. *Behavioural and Emotional Problems in Children of Alcoholic Mothers and Fathers*. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 2000; vol. 9, pp. 219-226.

- Dawson, D.A. *Volume of Ethanol Consumption: Effects of Different Approaches to Measurement*. Journal of Studies on Alcohol, 1998; vol. 59 (2), pp. 191-197.
- DeJong, C.A.J., van den Brink, W., Hartevelde, F.M. & van der Wielen, G.M. *Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts*. Comprehensive Psychiatry, 1993; vol. 34, pp. 87-94.
- Det Kriminalpræventive Råd. *Unge i byen*. Tryggere udskænkingssteder for unge. 2002.
- Elmeland, K. & Nygaard, P. *Rusmiddelforskning i Danmark efter 1992*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 1997.
- Feunekes, G.I., van Staveren, W.A. & Kok, F.J. *Alcohol Intake Assessment: The Sober Facts*. Am.J.Epidemiol., 1999; vol. 150 (1), pp. 105-112.
- Finney, J.W., Hahn, A.C. & Moos, R.H. *The Effectiveness of Inpatient and Outpatient Treatment for Alcohol Abuse – The Need to Focus on Mediators and Moderators*. Addiction, 1996; vol. 89, pp. 553-561.
- Forebyggelsespolitisk Råd. *Ulighed i sundhed og forebyggelse*. Sundhedsministeriet, Kbh., 1998.
- Frimodt-Møller, B., Gannik, D., Heldrup, J., Hollnagel, H. & Pedersen, P.A. *Diagnostik og behandling i almen praksis*. 3. Kontaktårsager og diagnoser ved kontaktførelse i almen praksis. Ugeskrift for Læger, 1989; vol. 151 (3), pp. 152-157.
- Gastfriend, D.R. & McLellan, A.T. *Treatment Matching – Theoretic Basis and Practical Implications*. Medical Clinics of North America, 1997; vol. 81 (4), pp. 945-966.
- Greenberg, W.M., Otero, J. & Villanueva, L. *Irregular Discharges from a Dual Diagnosis Unit*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1994; vol. 20, pp. 355-371.
- Griggs, S.M. & Tyrer, P.J. *Personality Disorder, Social Adjustment and Treatment Outcome in Alcoholics*. Journal of Studies on Alcohol, 1981; vol. 42, pp. 802-805.
- Gruenewald, P.J. *Modeling the Distribution and Consequences of Alcohol Consumption*. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 1998; vol. 22 (2 Suppl), pp. 44S-51S.
- Grønbæk, M.N., Iversen, L., Olsen, J., Becker, P.U., Hardt, F. & Sørensen, T.I. *Sensible Drinking Limits*. Ugeskrift for Læger, 1997; vol. 159 (40), pp. 5939-5945.
- Hardt, F. & Becker, U. *Alkohol*. In: Lorenzen, I., Bendixen, G. & Hansen, N.E. (red.) *Medicinsk Kompendium*. NNF Arnold Busck, Kbh., 1999.
- Hougaard, E. *Psykoterapi: teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag, Kbh., 1996.
- Jessen-Petersen B. *Psykotiske patienter med misbrugsproblemer*. Ph.D.-afhandling, Københavns Universitet, 1994.
- Jørgensen, P. *Scoringprogram til Theodore Millon Millon Clinical Multiaxial Inventory II-I (form 220 R)*. Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi, Roskilde, 1991.
- Kielland, B. *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbrug – kartlegging av antall og behandlingsbehov*. Statens Helsetilsyn, Utretnings-serie 10-2000, 2000.
- Kleven, M., Mellergård, M., Simonsen, E. & Strandbygaard, N. *MCMI II-I. Millon Clinical Inventory (form 220 R)*. Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi, Roskilde, 1985.

- Kosten, T.A., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. *Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1989; vol. 6, pp. 163-168.
- Kreiner, S., Simonsen, E. & Mogensen, J. *Validation of a Personality Inventory Scale. The MCMI-I P-scale*. *Journal of Personality Disorders*, 1990; vol. 4, pp. 303-311.
- Kreitman, N. *Alcohol Consumption and the Preventive Paradox*. *British Journal of Addiction*, 1986; vol. 81 (3), pp. 353-363.
- Lindgård, H. *Voksne børn af alkoholikere*. Ph.D.-afhandling, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (In press), 2001.
- Lindholm, J. *Børn i misbrugsfamilier – en evaluering af initiativer under Alkohol-lokalpuljen*. CASA, Kbh., 1999.
- Longabough, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P.R. & Noel, N. *Drinking Outcomes of Alcohol Abusers Diagnosed as Antisocial Personality Disorder Alcoholism*. *Clinical and Empirical Research*, 1994; vol. 18, pp. 778-785.
- Mattick, R.P. & Jarvis, T. *An Outline for the Management of Alcohol Problems. Quality Assurance in the Treatment of Drug Dependence Project*. Monograph Series No. 20. National Drug Strategy. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1993.
- Merikangas, K.R. & Weissmann, N.M. *Epidemiology of DSM-III Axis II Personality Disorders*. In: Frakes, A.J. & Hales, R.E. (eds.) *Psychiatry Update*. American Psychiatric Association, Washington DC, 1986.
- McCrary, B. & Langenbucher, J.W. *Alcohol Treatment and Health Care System Reform*. *Archives of General Psychiatry*, 1996; vol. 53 (8), pp. 737-746.
- McLellan, A.T. et al. *Problemservice "Matching" in Addiction Treatment. A Prospective Study in 4 programs*. *Archives of General Psychiatry*, 1997; vol. 54 (8), pp. 730-735.
- Midanik, L.T., Tam, T.W., Greenfield, T.K. & Caetano, R. *Risk Functions for Alcohol-related Problems in a 1988 US National Sample*. *Addiction*, 1996; vol. 91 (10), pp. 1427-1437.
- Millon, T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis MN, 1977.
- Millon, T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI II-I*. Minneapolis MN, 1987.
- Millon, T. *Personality-Guided Therapy*. Wiley and Sons, New York, 1999.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F. et al. *Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia: Demographic and Clinical Correlates*. *Schizophrenia Bulletin*, 1990; vol. 16, pp. 31-56.
- Nace, E.P. & Davis, C.W. *Treatment Outcome in Substance Abusing Patients with a Personality Disorder*. *American Journal of Addictions*, 1993; vol 2, pp. 26-33.
- Nielsen, B., Nielsen, A.S. & Wraae, O. *Factors Associated with Compliance of Alcoholics in Outpatient Treatment*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2000; pp. 101-107.
- Nielsen, B., Nielsen, A.S. (a) *Odensemødellen. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere*. Fyns Amt, 2001.
- Nielsen, B., Nielsen, A.S. (b) *Evidence-Based Practice and Profile Matching of Outpatient Alcoholic*. *Addiction*, 2001. (Under udarbejdelse).

- Nielsen, B. & Balsløv, K. *Kvalitetsovervågning af skizofrene patienters behandling*. (Under udarbejdelse) 2000.
- Nielsen, P. & Røjskjær, S. *Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere i døgnbehandling*. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift, 2002; 19 (2), pp. 123-137.
- Osher, F.C. & Kofoed, L.L. *Treatment of Patients with Psychiatric and Psychoactive Substance Abuse Disorders*. Hospital and Community Psychiatry, 1980; vol. 40, pp. 1025-1030.
- Ovesen, L., Juul, S. & Mabeck, C.E. *Sygdomsmønstret i almen praksis*. Århus Amt 1983-84. Institut for almen medicin og Socialmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, 1987.
- Persons, J.B., Burns, B.D. & Perloff, J.M. *Predictors of Drop-out and Outcome in Cognitive Therapy for Depression in a Private Practice Setting*. Cognitive Therapy and Research, 1988; vol. 12, pp. 557-575.
- Plant, M., Single, E. & Stockwell, T. *Alcohol: Minimising the Harm*. Free Association Books, Queensland, 1997.
- Proudfoot, H. & Teesson, M. *Investing in Drug & Alcohol Treatment*. NDARC Technical Report no. 91, 2000.
- Rask, P. *Skizofrene misbrugere*. Monografi-serie nr. 10, Enheden for Klinisk Alkohol-forskning, Odense Universitetshospital, 2000.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, Bzm., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. *Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse*. Journal of the American Medical Association, 1990; vol. 264, pp. 2511-2518.
- Reich, J.H., Russell, G. & Vasile, M.D. *Effect of Personality Disorder on the Treatment Outcome of Axis I Conditions: An Update*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1993; vol. 181, pp. 475-484.
- Rehm, J., Ashley, M.J., Room, R. et al. *On the Emerging Paradigm of Drinking Patterns and Their Social and Health Consequences*. Addiction, 1996; vol. 91 (11), pp. 1615-1621.
- Rehm, J. & Gmel, G. *Patterns of Alcohol Consumption and Social Consequences. Results From an 8-year Follow-up Study in Switzerland*. Addiction, 1999; vol. 94 (6), pp. 899-912.
- Retzlaff, P. *Clinical Application of the MCMI-III*. In: Retzlaff, P. (ed.) *Tactical Psychotherapy of the Personality Disorders*. Allyn & Bacon, Boston, 1995.
- Ringmose, C. *Et forsøg på at bringe lidt ædruelighed ind i alkoholdebatten*. Social Kritik nr. 54, 1998; pp. 40-45.
- Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F. & Meyer, R.E. *Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics*. Archives of General Psychiatry, 1987; vol. 44, pp. 505-513.
- Rönnerberg, S. *Hur effektiv är behandling av alkoholproblem?* Nordisk Psykologi, 1991; vol. 43, pp. 37-51.
- Røjskjær, S. & Nielsen, P. *Alkohol – misbrug og motion*. Myren, Middelfart, 2001.
- Samuelsen, A., Nielsen, P. & Røjskjær, S. *Alkohol – misbrug og mestrning*. Elboggrafisk, Fredericia, 1999.
- Schultz Jørgensen, P. *Om kvalitative analyser – og deres gyldighed*. Nordisk Psykologi, 1989; vol. 41, pp. 25-41.
- Sederer, L.I. *Mental Disorders and Substance Abuse*. In: Milkman, H.B. & Sederer, L.I. (eds.) *Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse*. Lexington Books, New York, 1990.

- Simonsen, E., Haslund, J., Larsen, A. & Børup, C. *Personality Pattern in First-time-admitted Alcoholics*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1992; vol. 46, pp. 175-179.
- Steinglass, P. *The Alcoholic Family at Home*. *Archives of General Psychology*, 1981; vol. 38, pp. 578-584.
- Stiles, T.C. *The Effects of Standard Cognitive Therapy for Unipolar Depressed Patients*. Society for Psychotherapy Research, Lyon, 1991.
- Sundhedsstyrelsen. *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer*. Forebyggelse og hygiejne nr. 18, 1992.
- Søgaard Nielsen, A., Nielsen, B., Benjamin- sen, S.E., Petersen, P., Rask, P.H. & Gansmo, A.P. *Forskelle mellem kvindelige og mandlige alkoholmisbrugere og forskelle i deres behandlingsbehov*. *Ugeskrift for Læger*, 1999; vol. 161, pp. 1111-1116.
- Turner, R.M. *The Effects of Personality Diagnosis on the Outcome of Social Anxiety Symptom Reduction*. *Journal of Personality Disorders*, 1987; vol. 1, pp. 136-143.
- Verheul, R. van den Brink, W. & Hartgers, C. *Personality Disorders Predict Relapse in Alcoholic Patients*. *Addictive Behaviors*, 1998; vol. 23 (6), pp. 869-882.
- Verheul, R. van den Brink, W. & Hartgers, C. *Prevalence of Personality Disorders among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview*. *European Addiction Research*, 1995; vol 1, pp. 166-177.
- Verheul, R. van den Brink, W., Hartgers, C. (1995). *Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview* *European Research*, 1.
- Werner, E.E. *Resilient Offsprings of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age of 18*. *Journal of Studies on Alcohol*, 1986; vol. 47, pp. 34-40.
- Young, J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused-approach*. Professional Resource Exchange Inc., Sarasota FL, 1994.
- Öjehagen A. *Matchning – en vägledning för val av behandling*. In: Berglund, M. et al. *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Liber, 2000.

