

ALKOHOLBEHANDLINGSINDSATSEN

I DANMARK

- sammenlignet med Sverige -

ALKOHOLBEHANDLINGSINDSATSEN
I DANMARK
- sammenlignet med Sverige -

Center for Rusmiddelforskning
Center for Alkoholforskning

Mads Uffe Pedersen
Leif Vind

Maya Milter
Morten Grønbæk

© Center for Rusmiddelforskning og Statens Institut for Folkesundhed,
Center for Alkoholforskning, samt forfatterne, 2004.
Tryk: BookPartner Media as
ISBN: 87-89029-56-9

CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING, AARHUS UNIVERSITET
Nobelparken, bygning 453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 8942 6930
E-mail: crf@au.dk
www.crf-au.dk

STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED
CENTER FOR ALKOHOLFORSKNING
Svanemøllevej 25
2100 København Ø
Tlf. 3920 7777
E-mail: sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

Indhold

1. Indledning og metode.....	7
2. Problemets omfang og målgrupper	11
3. Alkoholbehandlingen i Danmark – en kvantitativ opgørelse	17
4. Alkoholbehandling i Danmark – en kvalitativ analyse.....	25
5. Alkoholbehandling i Sverige sammenlignet med Danmark	53
6. Forskellige økonomiske modeller	67
7. Sammenfattende konklusion	73
8. Litteratur	83

1. INDLEDNING OG METODE

Det har været antaget, at 200.000 danskere er afhængige af alkohol, mens kun omkring 9.500 aktuelt er i offentlig behandling for problemet. Der synes således at være en stor gruppe danskere, der kunne have gavn af kontakt med en alkoholbehandlingsinstitution. Satspuljepartierne overvejer derfor at indføre behandlingsgaranti på alkoholområdet, hvilket muligvis kunne øge antallet af klienter i alkoholambulatorierne.

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Center for Alkohol-forskning, Statens Institut for Folkesundhed, har med nærværende rapport undersøgt konsekvenserne af indførelse af en behandlingsgaranti på alkoholområdet.

Det har fra opdragsgiver været lidt uklart, hvad der mentes med *behandlingsgaranti*. Indeholder en sådan f.eks. et krav om, at der kun må gå et givent kort tidsrum inden første samtale, eller indeholder den også et krav om påbegyndelse af behandling indenfor det samme givne tidsrum. En behandlingsgaranti kunne også indeholde et krav om frit valg – heri måske endda inkluderet døgnbehandling, og den kunne måske også indeholde et krav om en given behandlingskvalitet knyttet til bestemte tidskrav. Hvad angår det sidste kunne man sige, at behandlingskvalitet ikke vedkommer en behandlingsgaranti, men sådan hænger virkeligheden ikke sammen. Man vil således i rapporten kunne se, at en typisk måde at håndtere pres på er ved at ”fortynde” behandlingen (lavere behandlingsintensitet).

Som godtgjort i en nylig publiceret artikel i Ugeskrift for Læger (Milter et al. 2004), er behandlingstilbuddene i de enkelte amter meget forskellige, hvad angår såvel videnskabelig dokumentation som faglig tilgang til problemet. Der er desuden stor forskel på graden af kvalitetssikring og generel opfølgning af klienter i behandling. Der eksisterer desuden ikke, som for en række andre sygdomme, et centralt register for behandling af alkoholmisbrug, hvilket samlet set gør, at en vurdering af konsekvenserne ved indførelse af behandlingsgaranti ikke kan estimeres særlig præcist.

For at kunne anskueliggøre og estimere konsekvenserne af indførelse af en behandlingsgaranti på alkoholområdet, og hvilke kvaliteter der i den forbindelse skal udvikles eller bibeholdes, må man nødvendigvis vide, hvordan behandlingssystemet er organiseret, hvilke tilbud der gives, hvor mange behandlere der er ansat, hvor mange klienter de har i behandling, hvor mange afhængige der kunne tænkes at være i deres optageområde, hvor meget et forløb for en klient koster og meget mere. Samtidig har én af ideerne været at lade sig inspirere fra Sverige, hvor det (fra dansk side) forly-

der, at de har rigtigt mange i behandling og dermed også når en større andel af afhængige i de enkelte regioner end i Danmark. Dette vil være nogle af de centrale fokusområder i denne rapport.

Rapporten er således opbygget på følgende måde: Efter et forsøg på en afdækning af problemets omfang – en estimation af hvor mange der egentlig er i målgruppen – forsøger vi i nærværende rapport at afdække spørgsmålet om betydning af behandlingsgaranti fra tre vinkler. De to første er en henholdsvis kvalitativ og en kvantitativ analyse af forholdet mellem udbud og ydelsesstrukturer, klienter som modtager ydelser, efterspørgsel på ydelser, befolkningsgrundlaget for optageområde, omkostninger, behandlingsintensitet, samt konkrete spørgsmål om, hvad der kan forventes ved indførelse af en behandlingsgaranti i alle amter i Danmark. I den anledning skal lyde en stor tak til samtlige alkoholbehandlingsinstitutioner for velvillig og tålmodig indsats i forbindelse med indhentning af informationer til såvel den kvantitative som den kvalitative undersøgelse. Den tredje vinkel er en komparativ undersøgelse af danske og svenske forhold på alkoholbehandlingsområdet. Udgangspunktet for sidstnævnte er som nævnt at undersøge oplysninger om, at der i Sverige er en langt større andel af befolkningen, der aktuelt er i behandling for alkoholmisbrug, på trods af, at vi har en forventning om, at der er en relativt mindre andel af svenskerne, der er alkoholmisbrugere. I kapitel seks opstilles der ved hjælp af forskellige udregninger forskellige rammemodeller for indførelse af behandlingsgaranti, og endelig vil kapitel syv være en sammenfattende konklusion.

Mads Uffe Pedersen
Leif Vind
Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet

Maya Milter
Morten Grønbæk
Statens Institut for Folkesundhed
Center for Alkoholforskning

METODE

Metoderne i denne undersøgelse kan deles op i fire – henholdsvis a) metoden knyttet til den kvantitative del af undersøgelsen, b) metoden knyttet til den kvalitative del og c) sammenligningen med Sverige.

I den kvantitative del af undersøgelsen blev alle landets amter, Bornholms Regionskommune og Københavns og Frederiksberg kommuner kontaktet enten ved alkoholambulatoriernes leder, misbrugscenterets centerleder eller amtets/kommunens behandlingsansvarlige/misbrugskonsulent. Kontakten foregik i første omgang pr. brev, hvori formålet med og baggrunden for undersøgelsen blev beskrevet. Med brevet udsendtes et spørgeskema vedrørende organisation, personalenormering, åbningstider, ydelser og klienter. Efter gennemgang af besvarelserne blev nødvendige og supplerende oplysninger indhentet telefonisk. På nær Bornholms Regionskommune, der kun besvarede via det kvalitative interview, blev alle spørgeskemaer returneret. Besvarelsen fra Københavns og Frederiksbergs Kommune indeholder alene Alkoholenhederne ved Hovedstadens Sygehusfællesskab og ikke de to mindre ambulatorier, der ligger i Københavns Kommune.

Dataindsamlingen i den kvalitative analyse af undersøgelsen er foretaget gennem semistrukturerede, kvalitative interviews med ledere og medarbejdere i alle de 15 danske ambulante behandlingssystemer. Der er foretaget to interviews med alle behandlingssystemer; 1) et indledende interview af 2 – 3 timers varighed, foretaget ude i behandlingssystemerne med centerlederen og andre centrale informanter, og 2) et efterfølgende uddybende telefoninterview af ca. 45 minutters varighed, ligeledes med centerledere eller andre centrale informanter.

I første interview blev ledere og medarbejdere interviewet om a) hvordan det lokale alkoholbehandlingssystem er bygget op, b) hvilke faktorer man opfatter som styrende for klienttilstrømningen, og hvad man mener at kunne gøre for at rekruttere flere klienter, c) på hvilke måder man forventer en behandlingsgaranti vil påvirke behandlingssystemet, og d) hvilke behandlingselementer der indgår i den lokale alkoholbehandlings tilbudsvifte.

I andet interview blev ledere eller centrale medarbejdere interviewet uddybende om tilbudsviften og uddybende om overvejelser vedrørende rekruttering af flere klienter. Herudover blev informanterne i 2. interview udspurgt om deres erfaringer med at styrke samarbejdsrelationerne til andre instanser i lokalområdet, eksempelvis hospitaler, primærkommuner, arbejdspladser, praktiserende læger og forsorgshjem.

I den del af undersøgelsen, der sammenligner med Sverige, har der været kontakt til henholdsvis *SORAD* (Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Sweden) og den svenske *Socialstyrelsen*. Fra Socialstyrelsen har vi fået tilsendt links til forskellige rapporter, og man har været meget hjælpsomme med at muliggøre de sammenligninger, der ses i rapportens kapitel 5. Det skal påpeges, at beskrivelsen af forholdet mellem alkoholbehandlingen i henholdsvis Danmark og Sverige ikke er udtryk for den svenske socialstyrelses opfattelse. De opstillede forskelle og ligheder er således ikke diskuteret med Socialstyrelsen. Gennem *SORAD* har vi ligeledes fået adgang til flere forskellige rapporter, herunder deres interaktive opgørelser over forbruget af rusmidler i de forskellige svenske län (se <http://webbdb.sorad.su.se/53Lan.asp?menu=82>).

Endelig har metoden også indeholdt et mindre litteraturreview med det formål at fremskaffe de nyeste epidemiologiske undersøgelser om nationale og regionale forekomster af afhængighed og misbrug af alkohol. Dette review har været medvirkende til en omformulering af målgrupperne for alkoholbehandlingen i Danmark.

Afslutningsvist skal det pointeres, at en rapport som denne, der nok bygger på kvalificerede skøn, dog alligevel aldrig kan være fuldstændig præcis i beskrivelsen af det grundlag, som de forskellige modeller og forståelsesrammer bygger på. Der kan være forskellige måder at regne omkostninger ud på i de forskellige amter, nogle steder er alkohol- og stofbehandlingen helt smeltet sammen, hvilket gør billedet svær at gennemskue, sammenligningen mellem omkostninger i Sverige og Danmark er særdeles vanskelig, belastningerne for målgrupperne i de enkelte amter kan være meget forskellige (også selvom de placerer sig indenfor rammerne af alkoholafhængige over 30 år, som ikke er tilknyttet forsorgen) og meget mere. Ikke desto mindre mener vi, at med de data, vi har haft til rådighed, er dette det bedst kvalificerede bud, som kan gives i øjeblikket – med alle de forbehold, der nu end må tages.

2. PROBLEMETS OMFANG OG MÅLGRUPPER

De senere år har man i forskellige publikationer skønnet, at der findes omkring 200.000 danskere, som er afhængige af alkohol. Der har endog ofte været nævnt tal helt op til 250.000. Tallet 4,38% af den voksne befolkning er dog også gået igen (Den offentlige indsats på alkoholområdet 2003), og i Sundhedsstyrelsens status for år 2002 (Alkohol, Narkotika, Tobak 2003:20) arbejdes der mere direkte ud fra disse 4,38%. I samme status skønnes derudover, at 3,03% af alle voksne danskere har udviklet et misbrug af alkohol, hvormed der menes, at forbruget skaber fysiske og/eller sociale problemer, uden der dog er afhængighed til stede.

Tallene 4,38% og 3,03% af den voksne danske befolkning er hentet fra en stor repræsentativ, amerikansk undersøgelse af 42.862 personer, som i 1991-92 blev interviewet ansigt-til-ansigt om deres forbrug af og eventuelle problemer med alkohol¹ (se Grant et al. 1992 og 1994).

Når disse tal overføres til Danmark, betyder det altså, at ca. 180.000 danskere er afhængige af alkohol, mens ca. 125.000 har udviklet et misbrug. Samtidig vurderes det i en stor dansk sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2000 (SUSY-2000²), at ca. 500.000 har et forbrug, der er større end den af Sundhedsstyrelsen foreslåede genstandsgrænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 for kvinder. Denne gruppe kan betragtes som storforbrugere.

Med disse tal kan man altså opstille følgende tre grupper:

180.000 afhængige
125.000 misbrugere
195.000 risiko-forbrugere
500.000 storforbrugere

Den amerikanske undersøgelse (fra 1991-92) er siden blev gentaget – igen med Grant som én af hovedkræfterne³. Også her er der tale om en undersøgelse, der skønnes at være repræsentativ for den amerikanske befolkning. Denne gang bygger den på ansigt-til-ansigt interview med imponerende 43.093 personer (se Grant et al. 2004).

Tallene for afhængighed og misbrug synes i nogen grad at være byttet om. De finder således, at 3,81% kan gives DSM-IV diagnosen afhængighed, mens 4,65% kan gives diagnosen misbrug. Hvis dette overføres til danske forhold, svarer det til, at ca. 160.000 danskere er afhængige af alkohol, mens ca. 190.000 har udviklet et misbrug. Derudover vil vi så nu have 150.000, som er storforbrugere uden hverken at kunne betegnes som ha-

¹ Det såkaldte NLAES sample.

² SUSY-2000 er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed og er den tredje generelle sundhedsundersøgelse, som instituttet gennemfører.

³ Det såkaldte NESARC sample.

vende et misbrug eller være afhængige. De kan, som ovenfor, betragtes som risikoforbrugere. Der er i den nye undersøgelse altså blevet en mindre margen for at have et storforbrug uden misbrug eller afhængighed.

Nu er det for det første ikke uproblematisk at overføre amerikanske tal til danske forhold. For det andet vil det, når forskellige målgrupper skal identificeres, være vigtigt med en opdeling i forskellige aldersgrupper og køn. Hvad angår det første – at overføre amerikanske tal til danske forhold – har man set meget store variationer forskellige kulturer imellem. Således har man fundet en forekomst af afhængighed på hele 25% i en nepalesisk provins (Jhingan et al. 2002). I en brasiliansk by med 200.000 indbyggere fandt man, at 14,5% af mændene og 2,5% af kvinderne kunne betegnes som afhængige (Mendoza-Sassi & Béria 2003). Endelig fandt man i en stor kinesisk undersøgelse af alkoholforbruget i seks områder, at hos voksne mellem 15-65 år var det kun 0,1% af kvinderne, der kunne karakteriseres som afhængige, mens det var 6,6% af mændene, der var afhængige (Wei et al. 1999). De kinesiske kvinder er altså kraftigt medvirkende til en lav forekomst af afhængighed i de undersøgte kinesiske områder. I de lande, vi almindeligvis sammenligner os med, er fordelingen mellem kvinder og mænd hyppigst 1,5-2% for kvinder og 6% for mænd (se Caetano & Conradi 2002 og Spak & Hällström 1995).

Dertil kommer betydningen af ikke mindst social klasse, etnicitet og religiøsitet. Således har man såvel i den tidligere nævnte brasilianske undersøgelse som i amerikanske undersøgelser fundet, at afhængighed i særlig grad findes hos de laveste sociale klasser/de fattigste. Fattigdom er således anerkendt som én af de væsentligste risikofaktorer for udvikling af et problematisk forbrug af rusmidler, herunder ikke mindst alkohol (Jessor 1998:4; Davis 1999:226, Dee 2001, Khan et al. 2002). Også visse etniske grupper synes i særlig grad at være ramt af alkoholafhængighed. I USA er det ikke mindst de amerikanske aboriginals, mens asiaterne i mindre grad udvikler misbrug og afhængighed af alkohol. Hos Caetano & Cunradi (2002) er også latin-amerikanerne hårdt ramt af alkoholafhængighed. Dette synes dog ikke helt at kunne genfindes i Grant et al.'s undersøgelser. Religiøsitet er anerkendt som én af de væsentligste beskyttelsesfaktorer for udvikling af misbrug/afhængighed af alkohol (se Kendler et al.'s 2003 og Cook 2004⁴). I Danmark må islam uden tvivl betragtes som en beskyttende faktor overfor udvikling af misbrug/afhængighed af alkohol hos de nydanskere, som ofte tilhører de fattigste og mest marginaliserede.

Hvad angår alder, viser undersøgelser i store træk samstemmende – men på lidt forskellige måde – at de yngste (dem mellem 18 og 29 år) har den højeste forekomst af afhængighed/misbrug. Dette er faktisk så udpræget, at

⁴ Cook's artikel er et review over artikler med fokus på religiøsitet og misbrug/afhængighed af rusmidler.

man i den omtalte amerikanske undersøgelse af Grant et al. (2004) finder, at halvdelen af hele nationens afhængige findes i denne aldersgruppe.

Når alt dette nævnes, er det for at fremhæve, at kultur spiller en afgørende rolle for forekomsten af afhængighed og misbrug af alkohol, og at det absolut slet ikke er sikkert, at amerikanske tal kan overføres til danske forhold. Hvis vi overhovedet skal være i stand til at målrette indsatsen overfor personer med alkoholproblemer i Danmark, må vi for det første vide, hvor stort problemet er i Danmark (i forskellige regioner) og for det andet vide, hvem der kommer i behandling, hvor belastede de er på en række områder, og hvordan behandlingen forløber. Det kan således nok være, at forbruget af alkohol generelt er større i Danmark end i USA, men vi har slet ikke så stor en gruppe af fattige (uden forsikringer), hvilket kunne betyde, at den gruppe af amerikanere, som vi i Danmark måske bedst kunne sammenlignes os med, slet ikke har så stor en forekomst af afhængighed. Imod dette kunne tale amerikanernes religiøsitet – men alt dette vides ikke.

Samtidig viser tyske undersøgelser, at der kan være endog meget store regionale udsving indenfor samme kultur. I en sydtysk undersøgelse af en overvejende bypopulation fandt man, at 8,2 % af de 20-24-årige kunne kategoriseres som afhængige, mens man i en undersøgelse fra de nordtyske regioner, hvor man anvendte præcis de samme metoder, fandt, at det var 2,5% af de 20-24-årige, som kunne kategoriseres som afhængige (Meyer et al. 2000, Nelson & Wittchen 1998).

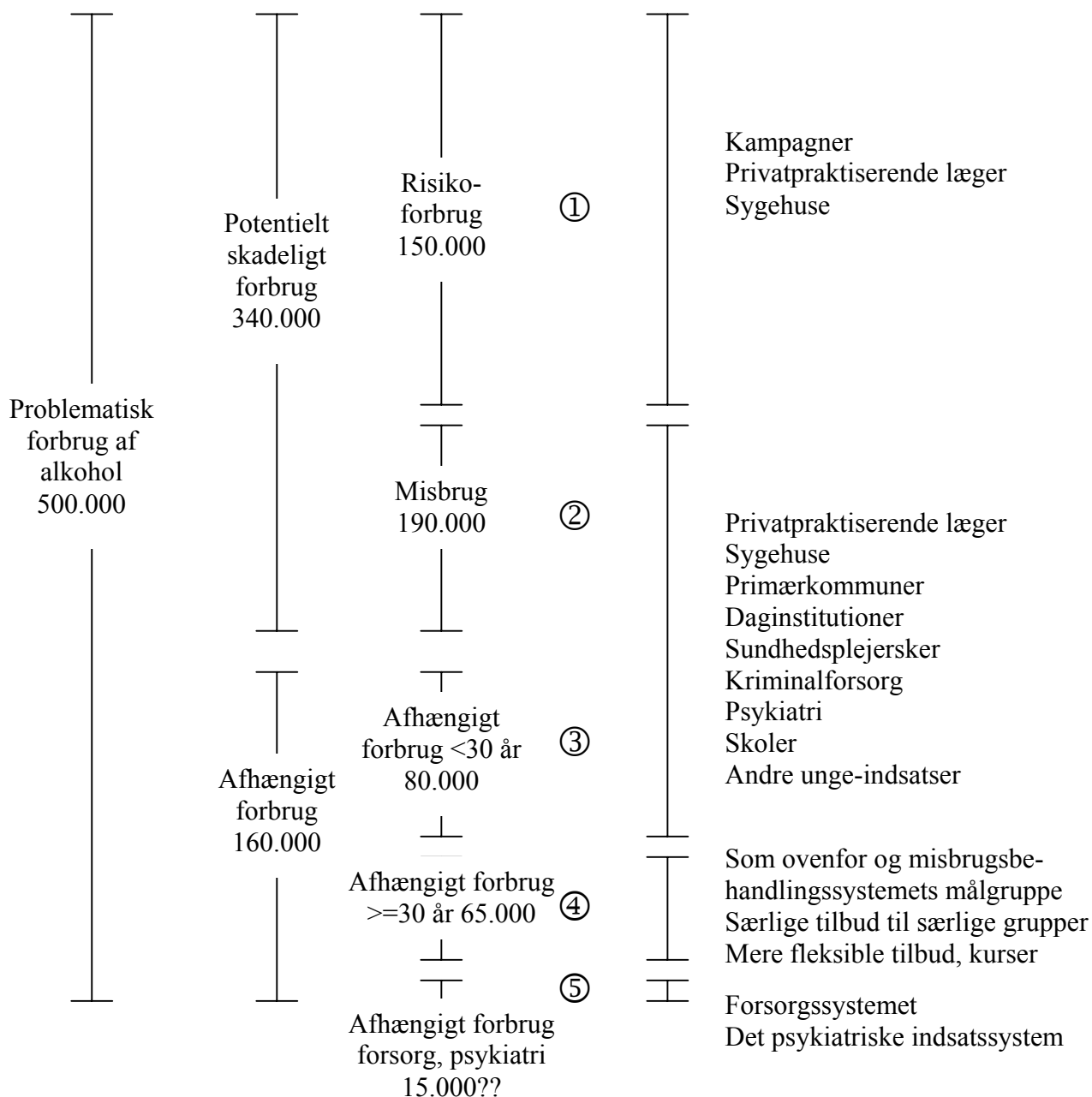
Den nordtyske undersøgelse er interessant på flere andre måder. Først og fremmest viser den, at flere nordtyskere bruger alkohol samtidig med, at langt færre udvikler afhængighed end i de amerikanske undersøgelser. Dette forklarer forfatterne med forskellige forbrugskulturer og hertil kunne tilføjes, at marginaliserede, fattige og stressede (og dem er der mange af i USA) har en tendens til at reagere helt anderledes problematisk på den samme mængde alkohol end personer, der ikke lever under disse betingelser. Den tyske undersøgelse viser også, at 75% af alle, der har været afhængige af alkohol, på et eller andet tidspunkt i deres liv ikke har været afhængige de sidste 12 måneder. Dette er i øvrigt i overensstemmelse med de amerikanske undersøgelser. Livstidsprævalens (andelen der har været afhængige på et eller andet tidspunkt i livet) kan altså ikke bruges til noget, når det skal vurderes, hvor mange der har brug for hjælp, og man kan heller ikke gå ud fra, at alle, der har haft et afhængigt forbrug af alkohol indenfor de sidste 12 måneder, også aktuelt har brug for hjælp.

Hvad angår alder, ser fordelingen i de store amerikanske undersøgelser således ud:

Afhængighed

18-29 år	9,24%
30-44 år	3,77%
45-64 år	1,89%
65 +	0,24%

Hvis dette bruges som grundlag, er det faktisk halvdelen af alle danske afhængige, som findes i den yngste gruppe, samtidig med at gennemsnitsalderen for en alkoholafhængig i behandling i Danmark skønnes at være ca. 44 år (Se Milter et al. 2004). De 18-29-årige er med andre ord en gruppe, som relativt sjældent indskrives i det danske behandlingssystem. De må derfor i overvejende grad komme ud af deres afhængighed på anden måde – måske ikke mindst gennem spontan remission ("helbredelse"). Der kan nu – på baggrund af de amerikanske tal – opstilles følgende målgrupper.



Tallene bygger på forekomsten af afhængighed indenfor de seneste 12 måneder i Grant et al.'s undersøgelse (2004). Hvis de nordtyske tal blev anvendt, ville der være tale om betydeligt mindre forekomster. Samtidig er forekomsten indenfor de sidste 12 måneder ikke altid relevant, fordi afhængighed er en langt mindre stabil tilstand, end man nogle gange får indtryk af. For det modsatte kunne tale danskernes forholdsvis store forbrug af alkohol, herunder ikke mindst de unge (se Hibell et al. 2000, Nissen & Nielsen 2004).

I modellen er der nævnt fem målgrupper. Den første gruppe – risikoforbrugere – er en meget blandet gruppe, som hverken ser sig selv som afhængige eller er indenfor misbrugsbehandlingssystemets målgruppe. For denne gruppe er forebyggelse nøgleordet, hvilket ikke mindst kan foregå gennem en fornuftig snak om alkoholvaner med egen læge, med hospitalslægen (hvis personen af en eller anden grund kommer på hospitalet) og gennem kampagner.

Den anden gruppe, hvor forbruget er blevet til et misbrug og dermed klart medfører fysiske og/eller sociale problemer, der kan knyttes til forbruget, er en gruppe, som traditionelt ikke har hørt til misbrugsbehandlingssystemets klientel. For det første anser denne gruppe sig ikke som ”alkoholikere”. For det andet oplever de måske (med rette), at det er andre problemer, der er de primære, og for det tredje er der igen tale om en stor overvægt af unge under 30 år. Det er heller ikke en gruppe, som ses i døgnbehandling. Her har stort set 100% en afhængighedsproblematik (DanRIS 2004). Hvis denne gruppe skal inddrages, må der helt andre metoder til end dem, vi ser i dag. Man kan tvivle meget stærkt på, om gruppen vil acceptere at lade sig indskrive i et alkoholbehandlingssystem. Derimod vil det være væsentligt at identificere dem i de systemer, hvor de måtte søge hjælp. Det er igen hos egen læge og på sygehus, men også i primær kommunerne. Også andre kunne inddrages, f.eks. daginstitutioner (som er opmærksomme på berusede forældre, der henter deres børn), sundhedsplejersker, social- og hospitalspsykiatrien og kriminalforsorgen. Uddannelse af medarbejdere og afholdelse af kurser med overskrifter som ”en sundere livsstil” eller lignende kunne være en metode. Alkoholbehandlingssystemet kunne her involveres som undervisere og evt. kursus-ledere/undervisere.

I den tredje gruppe, afhængighed hos personer under 30 år, har vi igen en gruppe, som kun i begrænset omfang har søgt hjælp i alkoholbehandlingssystemet (hvor gennemsnitsalderen som før nævnt skønnes at være ca. 44 år). Det er, hvad afhængighed angår, en meget ustabil gruppe, og en meget stor del synes at komme ud af deres afhængighed på anden måde. Det er næppe en gruppe, der i dag ville acceptere at blive defineret som ”alkoholikere”. Igen vil det antageligt være de mere opsøgende og eksterne strategier, som nævnt under gruppe 2, der skal til for at nå disse unge med en afhængighedsproblematik.

Den fjerde gruppe, personer afhængige af alkohol over 30 år, men ikke tilknyttet forsorgssystemet eller med sværere sindslidelse, er umiddelbart den gruppe alkoholbehandlingssystemet (inklusive døgnbehandling) retter sig imod. Her er den anslået til at bestå af 65.000 personer, men det kan udmærket være for højt. Som det vil fremgå senere, er der i Danmark mellem 18-20.000 indskrevet i alkoholbehandlingssystemet pr. år (inklusive døgnbehandling). Langt den overvejende del kommer fra denne gruppe. Alkoholbehandlingssystemet skønnes derfor at nå mellem 25-50% om året af den målgruppe, de i dag primært henvender sig til (afhængig af region, hvilket senere skal vises). Hvis man skal have yderligere fat i personer fra denne gruppe, kunne man forestille sig, at der bl.a. var behov for et tæt samarbejde med ikke mindst primær kommuner og hospitaler, at der blev etableret flere tilbud til særlige grupper med særlige problemstillinger, og at der blev etableret andre former for udadrettede aktiviteter (skal senere vises). Det ville altså igen kræve opsøgende arbejde, bl.a. fordi heller ikke den resterende del af denne målgruppe søger behandling ”af sig selv”.

Endelig er der den femte gruppe, som er den mest belastede socialt og psykiatrisk og ofte også fysisk. De vil have vanskeligt ved at indgå i de tilbud, der i dag findes i alkoholbehandlingssystemet, og for nogle er det heller ikke relevant, idet de allerede er indskrevet i anden form for behandling (f.eks. i psykiatrisk behandling).

Sammenfattende skal det her konkluderes, at der for det første næppe findes 250.000 afhængige i Danmark, som er en potentiel målgruppe for alkoholbehandlingssystemet. Målgruppen, som den ser ud i dag, er måske et sted mellem 50-70.000, uden den dog er formelt defineret. Det betyder ikke, at den ikke kunne være større, men det ville kræve helt andre arbejdsmetoder og organiseringer at nå de andre målgrupper end dem, vi ser i dag.

3. ALKOHOLBEHANDLINGEN I DANMARK – EN KVANTITATIV OPGØRELSE

Hvis den i kapitel 2 nævnte forekomst af antal afhængige i Danmark accepteres, vil det ud fra befolkningsgrundlag være muligt at skønne, hvor mange personer i de enkelte amter, der kunne være afhængige af eller misbruge alkohol. På den anden side er vi også klar over, at der kan være betydelige variationer – måske ikke mindst mellem land- og by-populationer. Også disse variationer kan der dog i en vis grad tages højde for, hvilket skal vises i det følgende.

Det formodede antal afhængige i de enkelte amter kan bl.a. sættes i forhold til indskrevne i amtet 2003, hvorved det kan udregnes, hvor stor en andel af de afhængige i en amtskommune, som denne formår at få i behandling på et år. Derudover skal der i det følgende arbejdes med udregninger som klient-behandler ratio (hvor mange klienter pr. behandler aktuelt og pr. år) og omkostninger pr. klient.

3.1 Indbyggere og skønnet antal personer med alkoholafhængighed pr. amt

Formodede alkoholafhængige i behandling: Antagelsen om, at antallet af alkoholafhængige i de forskellige regioner, kunne tænkes at placere sig omkring 3,8% af den voksne befolkning, kunne tænkes at være for firkantet en betragtning, der ville være behæftet med store fejlskøn. Det kunne f.eks. betyde, at man skulle etablere et behandlingssystem efter befolkningsgrundlaget og ikke efter antallet af afhængige. Det ville være dybt uretfærdigt for den region, der måske har dobbelt så mange afhængige som en anden region. Dette er ikke mindst et problem, fordi vi ved, der kan være store regionale forskelle. Dette kan der i nogen grad tages højde for.

Statens Institut for Folkesundhed har således gennemført en større repræsentativ befolkningsundersøgelse i år 2000 (den 3. generelle sundheds- og sygelighedsundersøgelse), der indikerer, at der kan eksistere større regionale forskelle, hvad angår alkoholafhængighed.

I undersøgelsen identificerede man således andelen af adspurgte personer, der havde overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (over 21 genstande for mænd /14 for kvinder) i ugen før de blev spurgt, fordelt på landets amter og kommuner, hvilket kan læses i tabel 3.1.

Disse tal siger for så vidt ikke noget om afhængighed, men da internationale undersøgelser viser en stærk sammenhæng mellem indtagets mængde og afhængighed (Caetano et al. 1997), bør nævnte undersøgelses resultater tages til indtægt. Det vil derfor, som det ses i tabellen, være mere hen-

sigtsmæssigt at regne med mere end dobbelt så mange afhængige i København som i Sønder- og Nordjylland, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1 Storforgbrug og afhængighed i amterne (se tekst nedenfor)

Amt/kommune	Borgere (18–64 år)	Storforgbrug	Afhængige*	Afhængige**	Indskrevne 2003	Indskrevne aktuelt
Bornholm	26.283	3.313 (12,6%)	999	1.012 (3,9)	120 (11,8%)	50 (4,9%) ^a
Frederiksborg	230.575	36.531 (15,8%)	8.762	11.137 (4,8%)	1.287 (11,5%)	774 (6,9%)
Fyn	294.256	36.379(12,4%)	11.182	11.155 (3,8%)	2.084 (18,7%)	707 (6,4%)
København	380.016	61.594 (16,2%)	14.441	18.820 (5,0%)	2.646 ((14,1%)	1.450 (7,7%)
Nordjylland	307.266	23.152 (7,5%)	11.676	7.045 (2,3%)	539 (7,6%)	211 (3,0%)
Ribe	137.465	16.861 (12,3%)	5.224	5.169 (3,7%)	440 (8,5%) ^b	265 (5,1%)
Ringkøbing	168.353	20.584 (12,2%)	6.397	6.279 (3,7%)	1.023 (16,3%)	605 (9,6%)
Roskilde	151.144	22.500 (14,9%)	5.743	6.885 (4,6%)	913 (13,3%)	469 (6,8%)
Storstrøm	160.025	16.308 (10,2%)	6.081	4.990 (3,1%)	712 (14,3)	327 (6,6%)
Sønderjylland	152.574	11.433 (7,5%)	5.798	3.498 (2,3%)	495 (14,2%)	210 (6,0%)
Vejle	220.768	25.449 (11,5%)	8.389	7762 (3,5%)	1.084 (13,9%)	602 (7,7%)
Vestsjælland	186.691	20.800 (11,1%)	7.094	6.335 (3,4%)	1.260 (19,8%)	669 (10,5%)
Viborg	141.477	12.188 (8,6%)	5.376	3.720 (2,6%)	983 (26,4%)	462 (12,4%)
Århus	418.488	51.198 (12,2%)	15.903	15.608 (3,7%)	1.615 (10,3%)	818 (5,2%)
H:S	419.598	72.419 (17,3%)	15.945	22.192 (5,3%)	3.708 (16,7%)	2.245 (10,1%)
	3.394.977	430.710 (12,7%)	129.009	129.009 (3,8%)	18.909 (14,7%)	9.814 (7,5%)

* Skønnet afhængige – 3,8% af befolkning

** Skønnet afhængige justeret for storforgbrug

^a Skøn over aktuelt i behandling

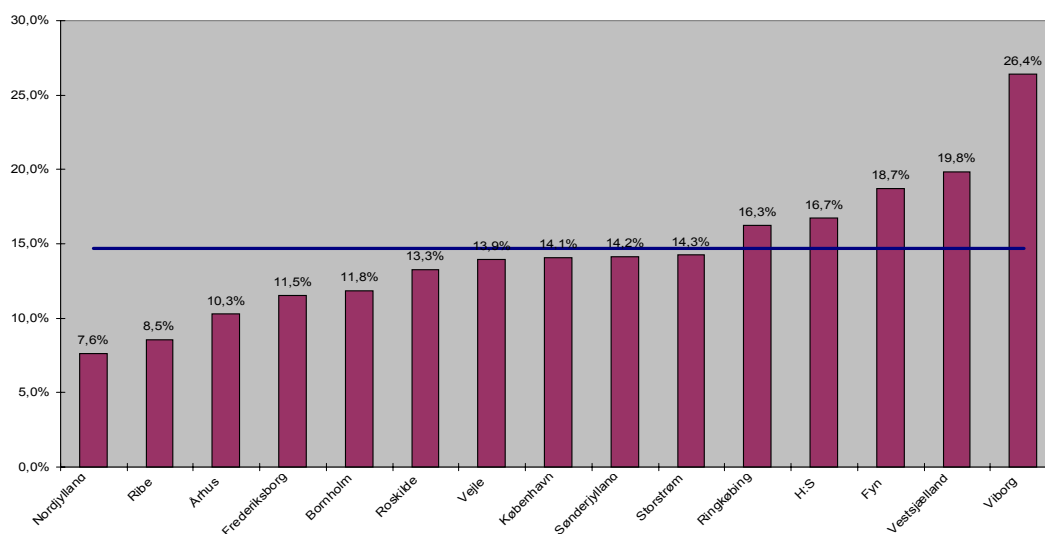
^b Skøn over indskrevne i 2003

I tabellen ses det f.eks., at 17,3% i H:S området havde et forbrug over genstandsgrænsen (kolonnen ”Storforgbrug”), mens 7,5% drak over genstandsgrænsen i Nordjylland og Sønderjyllands amter. Når der tages højde for denne fordeling, må vi gå ud fra, at andelen af afhængige i H:S ikke er 3,8% (landsgennemsnit), men derimod som det ses i tabellen 5,3% (kolonnen ”Afhængige**”). Man kan så også regne ud, hvor mange afhængige mellem 18-64⁵ år, der aktuelt er tale om (22.192 i H:S).

Behandlingsrate år 2003: Med ovenstående fordeling af alkoholafhængige i landets amter varierede dækningen af det formodede behov (behandlingsraten) i 2003 med det laveste i Nordjyllands Amt på 7,6 % (se kolonnen ”Indskrevne 2003” i tabel 3.1.) til det højeste i Viborg på 26,4 %. Deles amterne op i grupper af fem, har Viborg, Vestsjælland, Fyn, H:S og Ringkøbing alle kontakt med et antal af formodede afhængige, der ligger over landsgennemsnittet på 14,7 %. Storstrøm, Sønderjylland, København, Vejle og Roskilde når lige under landsgennemsnittet, og Bornholm, Frederiksborg, Århus, Ribe og Nordjylland har kontakt med mellem 11,8 % (Bornholm) til tidligere nævnte 7,6 % for Nordjylland. (figur 3.1)

⁵ Når dette tal anvendes, er det, fordi det går igen i internationale undersøgelser og i flere af de svenske undersøgelser, som senere skal inddrages.

Figur 3.1 Behandlingsrate (indskrevne 2003)



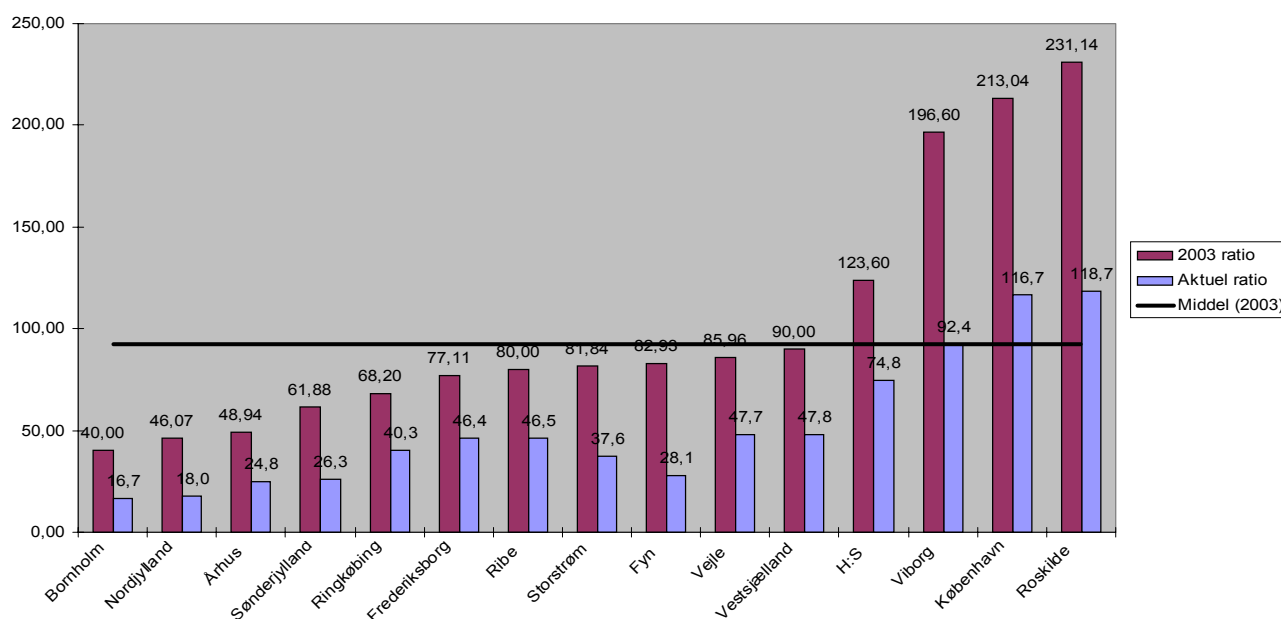
De behandlingssystemer, der når relativt flest af de formodede afhængige, er kendetegnet ved alle (om end i varierende form) at have en aktiv kontakt til den somatiske/psykiatriske hospitalsverden ved enten at være en del af (H:S) eller have ambulatorier placeret på hospitaler eller ved at have kontaktpersoner/ansatte, der opsøger indlagte potentielle klienter ved mistanke om misbrug. Herudover er de pågældende behandlingssystemer kendetegnet ved at have en form for aktiv konsulentbistand til det kommunale niveau (Viborg, Fyn). Samtidig er det kendetegnende for dem, der når færrest formodede afhængige, at de har en relativt lav ydelseskompleksitet i form af færre målrettede tilbud, der rækker ud over klassisk behandling (beskrives i følgende kapitel).

3.2 Klienter, behandlere og omkostninger

Professionel behandlingskontakt: Ved at sammenholde antallet af klienter, som behandlingssystemerne har kontakt med aktuelt og i løbet af et år, er det muligt at tegne et billede af den professionelle kontakt, som den enkelte klient tilbydes (hvor mange klienter den enkelte behandler har = klient-behandler ratio). Beregningerne vanskeliggøres dog af, at amterne har forskellige behandlingstilbud, herunder varierende tilbud i form af individuel-, dag- og gruppebehandling, der kræver forskellige behandlingsressourcer. Det gælder især amter, hvor den individuelle behandling udgør det eneste eller det overvejende tilbud til klienterne. Såfremt et amt tilbyder gruppebehandling, vil klient-behandler ratioen blive relativt højere, sammenlignet med individuel behandling. Fyns Amt er det eneste amt, der udelukkende benytter individuel behandling, og Viborg tilbyder kun gruppebehandling i form af efterbehandling (de to systemers klient-behandler ratio adskiller sig betydeligt. Se figur 3.2). De øvrige amter tilbyder gruppebehandling i vari-

erende omfang. Figur 3.2 illustrerer, at forholdet mellem de aktuelle klienter per behandler (klient-behandler ratio) og de årlige klienter per behandler (hvor mange klienter der har været på et år til hver behandler) i det enkelte amt ikke varierer betydeligt for andre end Fyn og Storstrøm. Forholdet påvirkes blandt andet af klientflow, sæsonvariation og af amternes registreringsmetoder⁶. Forholdet mellem den aktuelle klient-behandler ratio og den årlige ratio påvirkes især af behandlingsforløbenes varighed. Denne kan veksle fra amt til amt, alt efter om et behandlingsforløb består af en færdig 'pakke' af et bestemt antal ugers varighed, eller der er tale om individuelt tilrettelagte behandlingsforløb (individuelle samtaleforløb, gruppebehandling eller kombination af begge), der kan forløbe i op til flere år, og evt. af perioder med skiftende niveau af kontakt med en behandler, herunder perioder kun med antabusudlevering.

Figur 3.2 Klientbehandler ratio



Som det fremgår af ovenstående figur 3.2 (og nedenstående tabel 3.2), har Roskilde og Københavns Amt den højeste klientbehandler ratio (231,1 og 213,0 klienter pr. behandler årligt /118,7 og 116,7 klienter pr. behandler aktuelt) og dermed den laveste professionelle behandlingskontakt. I disse amter udgør de foreningsoprettede Lænkeambulatorier det primære behandlingstilbud til alkoholmisbrugere. Lænkeambulatorierne benytter ud over professionelle behandlere i høj grad frivillige aktiviteter og kontakt

⁶ Definitionen af en aktiv journal kan variere mellem amterne.

medarbejdere i behandlingen, hvilket beregningerne i tabellen ikke tager højde for, og hvilket ikke kan evalueres uden yderligere dokumentation.

For hele landet behandles gennemsnitligt 92 klienter per behandler årligt. Det reelle tal er mindre, set i lyset af tidligere nævnte faktorer og set i lyset af, at der er nogle behandlingsinstitutioner, der til en gruppe af klienterne udleverer antabus som den eneste behandling. Beregnes det samme tal for amternes egne institutioner (dvs. efter udelukkelse af Lænkeambulatorierne) behandles gennemsnitligt 79 klienter per behandler årligt.

Foruden Roskilde og København ligger Viborg (196,6/92,4 kl. pr. beh.), H:S (123,6/74,8 kl. pr. beh.), og Vestsjælland (90,0/47,8 kl. pr. beh.) lavest, hvad angår professionel behandlerkontakt.

Fyns Amt adskiller sig fra de øvrige amter, der har relativ høj dækning af formodede alkoholafhængige, ved samtidig at ligge i den mellemste tredjedel, hvad angår behandlerkontakt årligt, og i den højeste i forbindelse med det aktuelle forhold (82,9 pr. år/28,1 klient pr. behandler aktuelt). På samme facon adskiller Ringkøbing Amt sig ved, at de samtidig med, at de når relativt mange afhængige, alligevel har en forholdsvis høj professionel behandlingskontakt årligt og aktuelt (68,2/26,3 kl. pr. beh.).

De øvrige amter Bornholm, Nordjylland, Århus og Sønderjylland, hvor medarbejderne på behandlingsinstitutionerne kun arbejder med få klienter, er omvendt kendetegnet ved at nå færre alkoholafhængige.

Tabel 3.2 Indskrevne klienter i relation til behandlernormeringer i amterne

Amt	Indskrevne aktuelt	Indskrevne 2003	Behandler Årsværk *	Klient-behandler ratio**	Klient-behandler ratio***
Bornholm ^a	50	120	3,00	40,0	16,7
Frederiksborg	774	1287	16,69	77,1	46,4
Fyn	707	2084	25,13	82,9	28,1
København	1450	2646	12,42	213,0	116,7
Nordjylland	211	539	11,70	46,1	18,0
Ribe	265	440	550	80,0	48,2
Ringkøbing	605	1023	15,00	68,2	40,3
Roskilde	469	913	3,95	231,1	118,7
Storstrøms	327	712	8,70	81,8	37,6
Sønderjylland	210	495	8,00	61,9	26,3
Vejle	602	1084	12,61	86,0	47,7
Vestsjælland	669	1260	14,00	90,0	47,8
Viborg	462	983	500	196,6	92,4
Århus	818	1615	33,00	48,9	24,8
H:S	2245	3708	30,00	123,6	74,8
Landsgennem- snit	9864	18909	204,7	92,4	48,2

^a Skønnet aktuel i behandling

* Justeret for evt. ikke klient relateret konsulentarbejde og lign.

** Indskrevne 2003 per behandler

*** Indskrevne aktuelt per behandler.

Holdes faktorerne a) andel af formodede afhængige i amtet i behandling op mod b) klienter per behandler, er den umiddelbare tendens, at den professionelle kontakt falder, når der er flere klienter i behandling. Dette billede brydes dog af Fyn, Ringkøbing og Vestsjælland, der alle ligger over landsgennemsnittet, både hvad angår dækning og professionel behandlerkontakt.

Omkostninger: Uden at kende *effekten* af behandlingen på misbrugerne i de forskellige behandlingssystemer er det ikke umiddelbart muligt at udpege, hvilket system der tilbyder den bedste behandlingskvalitet for pengene. Amternes udgifter sammenholdt med de ovenfor beskrevne variable kan imidlertid danne grundlag for et forsigtigt skøn af konsekvenserne ved at indføre ensartet behandling i hele landet.

Amternes nettoudgifter⁷ fordelt per borger i amtet mellem 18 og 65 år viser en stor variation fra amt til amt. På landsplan bruges kr. 38,40 pr. borger (18-64 år) og samtidig gennemsnitligt pris på kr. 6981 pr. klient i behandling. På amtsplan varierer udgiften imidlertid fra kr. 10,55 pr. borger i Nordjylland til kr. 67,65 pr. borger på Bornholm.

Da det antages, at der er regionale forskelle i forbindelse med antallet af alkoholafhængige i amterne, kan man ikke umiddelbart slutte, at omkostningstunge amter målt i kr. pr. borger (18-64 år) nødvendigvis når en tilsvarende større andel af de formodede afhængige end mindre omkostningstunge systemer. Modsat burde et markedsorienteret behandlingssystem have omkostninger svarende til efterspørgselen fra potentielle klienter, dvs. de formodede afhængige. H:S, København, Frederiksborg og Roskilde burde i det lys formodentligt have de mest omkostningstunge behandlingssystemer, mens Sønder- og Nordjylland samt Viborg burde ligge i bunden.

Som det fremgår af tabel 3.3, er H:S med 43,66 kr. pr. borger og Frederiksborg med 53,93 kr. pr. borger da også omkostningstunge i forhold til landsgennemsnittet, og Viborg med 27,01 kr. pr. borger og Nordjylland med 10,55 kr. pr. borger er under landsgennemsnittet. Men set i forhold til dækningen af behovet og den deraf følgende udgift pr. klient i behandling tyder meget på, at billedet snarere afspejler de enkelte amters prioritering af alkoholbehandlingen.

⁷ Kilde: Amtsrådsforeningens nøgletalssystem. Udgifterne stammer fra konto 5.44 i budget- og regnskabssystemet.

Tabel 3.3 Omkostninger pr. borger (18-64år) og pr. klient i behandling

Amt	Nettoudgifter pr. borger (18-64år)	Nettoudgifter pr. klienter	Indskrevne 2003	Procent i behandling
Bornholm ^a	kr 67,65	kr 14.816,70	120	11,8%
Frederiksborg	kr 53,93	kr 9.661,23	1287	11,5%
Fyn	kr 55,65	kr 7.857,01	2084	18,7%
København	kr 24,85	kr 3.569,16	2646	14,1%
Nordjylland	kr 10,55	kr 6.014,84	539	7,6%
Ribe	kr 24,23	kr 7.570,45	440	8,5%
Ringkøbing	kr 47,12	kr 7.754,64	1023	16,3%
Roskilde	kr 32,08	kr 5.309,97	913	13,3%
Storstrøm	kr 42,52	kr 9.556,18	712	14,3%
Sønderjylland	kr 38,81	kr 11.961,62	495	14,2%
Vejle	kr 34,04	kr 6.933,58	1084	13,9%
Vestsjælland ^b			1260	19,8%
Viborg	kr 27,01	kr 3.887,08	983	26,4%
Århus	kr 48,23	kr 12.498,45	1615	10,3%
H:S ^c	kr 46,66	kr 5.279,96	3708	16,7%
Lands gennemsnit ^d	kr 38,40	kr 6.981,08	18909	14,7%

^aNettoudgifter for Bornholm er et skøn over oplyste omkostninger. ^bDer er ikke afsat særskilte midler til ambulante alkoholbehandling ^cNettoudgifter overført fra budget. ^dBeregnet uden medtagelse af Vestsjællands Amt.

Ser man bort fra Bornholm, der ligesom København benytter dels Lænkeambulatorium og dels privat institution til dagbehandling, anvender Fyns Amt med sin evidensbaserede og højt strukturerede individuelle behandling flest midler per borger (55,65 kr. pr. borger) og er samtidigt et eksempel på et amt, der når et stort antal formodede afhængige. I tabellen ses det således, at Fyns Amt havde 18,7% af de formodede alkoholafhængige mellem 18-64 år på Fyn i behandling, at dette drejede sig om 2084 klienter, og at hver enkelt klient kostede 7.857 kr. (sammenlignet med landsgennemsnittet på 6.981 kr.). Fyns Amt har altså et relativt højt omkostningsniveau, men de når også mange samtidig med, at de ikke har så mange klienter indskrevet per behandler (de har dog mange klienter per behandler per år, fordi de har et højt klientflow).

De resterende amter, der har et højt udgiftsniveau, tilbyder enten en relativt dyrere intensiv dagbehandling og/eller målgruppespecifikke tilbud til unge og omsorgskrævende grupper. Det hospitalsbaserede behandlingssystem i H:S, der årligt har kontakt med den, i absolutte tal, største gruppe afhængige, er også relativt udgiftstungt, hvilket til dels kan forklares med en relativt høj dækningsgrad, men også med alkoholenhedernes høje prioritering af behandlere med lægelig grunduddannelse, sammenlignet med de øvrige amter. Kontakten mellem de enkelte klienter og behandler er imidlertid relativt lav.

Sammenfatning: I det foregående er det vist, hvorledes man godt kan tage højde for, at der er variationer i andelen af alkoholafhængige i forskellige amter. Til dette blev anvendt SUSY-2000 undersøgelsen, som viser, hvor

mange borgere i de enkelte amter der drikker over den af Sundhedsstyrelsen anbefalede genstandsgrænse. I nogle amter er der således mere end dobbelt så mange, der drikker over genstandsgrænsen end i andre amter. Dette må – med afsæt i internationale undersøgelser – også betyde, der er flere afhængige i disse amter. Når dette forholdes til, hvor mange der i 2003 var i behandling i de forskellige amter, gives der forskellige dæknings-ratioer. Her placerer ikke mindst Viborg Amt (26,4%), Vestsjællands Amt (19,8%), Fyns Amt (18,7%), H:S (16,7%) og Ringkøbing Amt (16,3%) sig højt. Disse amter skønnes altså at få fat i en relativt stor gruppe af de afhængige (hvis kapitel 2 inddrages, nogle måske endda over 40% om året af de afhængige mellem 18-64 år, som er over 30 år).

Da vi samtidig vidste, hvor mange der aktuelt var indskrevet, og hvor mange behandlere der er ansat per amt til at varetage behandlingen, kunne der gives et tal for, hvor mange klienter der var til hver behandler (klient-behandler ratio). De amter, hvor den største behandlingsintensitet (laveste behandler:klient ratio) blev fundet, var Bornholms Amt (1:16,0), Nordjyllands Amt (1:18,0), Århus Amt (1:24,8), Sønderjyllands Amt (1:26,3) og Fyns Amt (1:28,1). At nå mange af amtets afhængige samtidig med at have en høj behandlingsintensitet synes især at være tilfældet for Fyns Amt.

Endelig blev nettoudgifterne pr. klient udregnet. De dyreste amter var Bornholm (14.186 kr. per klient), Sønderjylland (11.961 kr.), Århus (12.498 kr.), Frederiksborg (9.661 kr.) og Storstrøms Amt (9.556 kr. per klient). Det er ikke overraskende, at de dyreste også er dem, der har den højeste behandlingsintensitet (laveste behandler-klient ratio) dog med undtagelse af Nordjylland og Fyn, som på trods af en høj behandlingsintensitet har et relativt beskedent prisniveau. Nordjylland når så ikke så mange, mens dette synes at være tilfældet for Fyn. Andre amter, som når mange klienter, er blandt de billigste – f.eks. Viborg (3.887 kr.) og H:S (5.279 kr.). Men de har mange klienter per behandler.

4. ALKOHOLBEHANDLINGEN I DANMARK – EN KVALITATIV ANALYSE

Som allerede beskrevet kan man analysere den eksisterende ambulante alkoholbehandling i forhold til en række faktorer, afhængig af hvad man ønsker at opnå med en kommende behandlingsgaranti. I dette kapitel ser vi, ud fra en overvejende kvalitativ analysetilgang, på, hvordan behandlingen ser ud i dag i forhold til en række centrale garantiparametre.

4.1 Behandlingsgaranti – en garanti for at komme i behandling

Hvis der med en behandlingsgaranti menes en garanti for at komme i behandling, giver det mening at skelne mellem tre former for garantier: 1) en garanti for at blive taget ind i behandlingssystemet inden for 14 dage efter den første henvendelse, 2) en garanti for at komme i egentlig behandling inden for 14 dage efter den første henvendelse, og endelig 3) en garanti for at kunne modtage de tilbud, man mener at kunne have udbytte af – herunder døgnbehandling.

4.1.1 En garanti for at blive taget ind i behandlingssystemet inden for 14 dage

Hvis der med en kommende behandlingsgaranti menes, at det højst må tage 14 dage fra den første henvendelse, til man får den første samtale, vil kun behandlingssystemet i Århus Amt blive berørt. Her har man i øjeblikket (maj 2004) en ventetid på ca. tre uger for at komme til den første samtale. Man har ikke forsøgt at beregne omkostningerne, men man forudser i Århus Amt, at der vil komme til at gå en del ressourcer fra den egentlige behandling, hvis man skal nedbringe denne ventetid til to uger.

Århus Amt forventer desuden, at man ved nedbringelse af ventetiden fra tre til to uger vil opleve et stigende antal klienter, der kort efter påbegyndt udredning og behandling vil forlade behandlingen igen. Denne forventede udvikling begrundes med, at man i øjeblikket får mange henvendelser fra forholdsvis belastede psykiatriske klienter, som man i dag ikke når at få ind i alkoholbehandlingssystemet, da disse klienter mister motivationen for behandling inden for de tre ugers ventetid. Erfaringen med denne klientgruppe er, at hvis de når at komme ind i behandlingssystemet, vil de oftest forlade systemet igen efter kort tid. Dette betyder, at jo kortere ventetid, desto flere fra denne klientgruppe vil man nå at indskrive og påbegynde udredning med.

4.1.2 En garanti for at komme i egentlig behandling inden for 14 dage

Hvis der med en kommende behandlingsgaranti menes, at det højst må tage 14 dage fra den første henvendelse, til man har været igennem udredningsprocessen og er i gang med et egentligt behandlingsforløb, vil 2/3 af de ambulante behandlingssystemer i Danmark blive berørt af garantien.

Fem ambulante behandlingssystemer: Fyns Amt, Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Storstrøms Amt og Århus Amt rapporterer alle om generelle ventetider på mere end 14 dage fra første kontakt, til klienten er i gang med et egentligt behandlingsforløb.

Seks ambulante behandlingssystemer: Frederiksborg Amt, H:S, Roskilde Amt, Sønderjyllands Amt, Vestsjællands Amt og Viborg Amt rapporterer alle om ventetider på mere end 14 dage på visse behandlingsydelser.

Tabel 4.1 Ventetider på 14 dage eller derover

	Bornholm	Frederiksborg	Fyn	København	Nordjylland	Ribe	Ringkøbing	Roskilde	Storstrøm	Sønderjylland	Vejle	Vestsjælland	Viborg	Århus	H:S
Indtag														*	
Behandling, generelt			*		*		*		*					*	
Behandling, specifikke ydelser		*						*		*		*	*		*

I nogle amter skyldes ventetiden på visse behandlingsydelser, at disse ydelser tilbydes i moduler eller som holdundervisning, hvor en potentiel klient er nødt til at vente til næste modul eller hold starter. Ofte er der imidlertid også tale om knaphed og ventetid på individuelle ydelser som eksempelvis psykologbehandling. Det er således kun ganske få amtskommunale, ambulante behandlingssystemer – om nogen overhovedet – der ikke på en eller anden måde vil blive ressourcemæssigt påvirket af en behandlingsgaranti, der garanterer klienten at være i egentlig behandling senest 14 dage efter den første kontakt.

En behandlingsgaranti, der kræver, at klienterne skal være i egentlig behandling inden for 14 dage efter første henvendelse, vil altså give en stor del af det danske ambulante behandlingssystem et løft, forudsat at der samtidig følger de nødvendige ressourcer med garantikravet. Erfaringerne fra stofområdet peger imidlertid samtidig på, at hvis der ikke følger de nødvendige ressourcer med kravet, eller hvis behandlingssystemerne af andre grunde er i fare for at 'komme i klemme' i behandlingsgarantien, da kan man forvente, at der udvikles en række behandlingsorganisatoriske beskyttelsesstrategier. Man risikerer at se eksempler på, at der lægges en ganske kort samtale ind inden for 14 dage. En samtale der vil blive benævnt 'første behandlingssamtale', og som udelukkende vil tjene det ene formål at leve op til behandlingsgarantien. Man risikerer ligeledes, at behandlerne først

'opdager' behovet for bestemte ydelser forbundet med knaphed, når man i behandlingssystemet ved, at der er adgang til dette tilbud inden for garanti-perioden. Disse strategier vil have det til fælles, at de belaster behandlingssystemet yderligere, uden samtidig at bidrage behandlingsmæssigt.

4.1.3 En garanti for at kunne modtage de tilbud, den afhængige selv ønsker, uanset behandlernes vurdering

Hvis der med en kommende behandlingsgaranti menes, at den enkelte klient i højere grad end nu selv kan vælge sin behandlingsform uafhængigt af behandlernes vurdering, vil det få særdeles omfattende ressourcemæssige konsekvenser for alle 15 ambulante behandlingssystemer. Alle amter i Danmark har ventetid og økonomisk knaphed, især hvad angår døgnbehandling af alkoholklienter. Andre dyrere behandlingsformer som dagbehandling, samtaler med psykolog eller psykiater mv. er ligeledes i visse amter ydelser, man må vente længe på eller slet ikke kan modtage. Især døgnbehandlingen vækker dog bekymring i amterne i forbindelse med en behandlingsgaranti.

De ambulante behandlingscentre, der visiterer til og betaler for døgnbehandlingen, forventer to typer pres på døgnbehandlingen, hvis denne ydelse omfattes af en behandlingsgaranti. Der forventes at komme et stærkt øget pres fra klienter, man allerede har i behandling. Dette skyldes, at man i dag kun sender en mindre del af de klienter i døgnbehandling, som faktisk ønsker denne behandlingsform. Der vil således alene fra denne gruppe opstå en øget efterspørgsel gennem behandlingsgarantien. Et andet stærkt pres forventes at komme fra den gruppe, der i dag selv betaler deres døgnbehandlingsophold, eller som får opholdet betalt af arbejdsplads, forsikring eller lignende. Idet en behandlingsgaranti omfatter døgnbehandling, forventer man, at disse selvbetalende vil søge deres ophold betalt af det offentlige behandlingssystem via behandlingsgarantien. I dag døgnbehandles ca. 1000 personer om året for alkoholmisbrug. Amterne betaler allerede for ca. 500 af disse pladser, mens 200 pladser finansieres af satspuljemidler. Ca. 300 selvbetalende personer om året kan således forventes at søge døgnbehandlingen betalt gennem behandlingsgarantien, hvilket svarer til et beløb på ca. 15-18 millioner kroner ekstra årligt. Hertil kommer den forventede stærkt øgede tilstrømning til døgnbehandling.

4.1.4 Opsamlende

En behandlingsgaranti, der garanterer, at man ved henvendelse til behandlingssystemet vil blive 'indskrevet' i systemet inden for 14 dage, vil ikke have nogen indflydelse på behandlingen i de fleste af Danmarks ambulante alkoholbehandlingssystemer.

En behandlingsgaranti, der betyder, at man skal være i et egentligt behandlingsforløb senest 14 dage efter første henvendelse, vil få indflydelse på 1/3 af de amtskommunale, ambulante behandlingssystemer.

En behandlingsgaranti der betyder, at man skal kunne modtage et hvilket som helst ambulante tilbud eller dagtilbud, vil få indflydelse på formodentlig samtlige danske ambulante behandlingssystemer.

En behandlingsgaranti, der omfatter døgnbehandling, vil få store økonomiske konsekvenser for samtlige amtskommunale behandlingssystemer. Hvis en døgnbehandlingsgaranti indebærer, at alle de klienter, som de amtskommunale behandlere selv vurderer vil få udbytte af døgnbehandling, faktisk bliver tilbudt døgnbehandling, vil dette alene få store økonomiske følger. Hvis en døgnbehandlingsgaranti betyder, at alle borgere, der ønsker døgnbehandling, kan blive det tilbudt, vil det få forventet meget store økonomiske konsekvenser. Senere vises, hvor meget det vil koste at indføre den svenske fordeling mellem døgn- og ambulante behandling.

4.2 Behandlingsgaranti – en garanti for kvalitetsfyldte tilbud

Skinhøj, Frølund & Kiehn konkluderede i 1988 i en landsdækkende undersøgelse af den ambulante alkoholbehandling, at behandlingen overvejende bestod i antabusbehandling samt støttende samtaler med en behandler, eventuelt kombineret med deltagelse i et patientmiljø (Skinhøj et al. 1988).

”Antabusbehandling i kombination med en kort samtale med en behandler går igen i de fleste af de behandlingsforløb, som er fulgt i forløbsundersøgelsen.”

Skinhøj et al. (1988:14)

Skinhøj et al. konkluderede, at der på baggrund af deres data ikke fandtes et særligt varieret og nuanceret behandlingstilbud ved de danske alkoholambulatorier. I en rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet fra 2002, i daglig tale Kornum-rapporten, analyserer man den offentlige indsats på alkoholområdet og vurderer, at der stadig findes et behov for en generel styrkelse af såvel kvantitet som kvalitet i alkoholbehandlingstilbudene (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Amtsrådsforeningen 2002).

I 2004 må vi konstatere, at der i det meste af landet er opbygget et mere nuanceret behandlingstilbud, end det var tilfældet, da Skinhøj et al. foretog deres undersøgelse i 1988. Kvaliteten i de ambulante tilbud kan måles på mange forskellige måder; én måde er at se på udviklingen i de klassiske kerneydelser, som Skinhøj et al. undersøgte i 1988. De klassiske kerneydelser er antabusbehandling, individuel samtalebehandling, gruppebehandling, dagbehandling, og døgnbehandling. Det var ud fra denne tilgangsvinkel Skinhøj et al. i 1988 konstaterede, at behandlingstilbuddet generelt var for unuanceret. Herudover kan man vurdere kvaliteten på, hvor professionaliseret behandlingstilbudene er udviklet, og endelig kan man undersøge kva-

liteten i forhold til, hvor mange målrettede tilbud behandlingssystemerne har udviklet til særlige målgrupper.

4.2.1 De klassiske kerneydelser

De klassiske kerneydelser er som allerede skrevet: antabusbehandling, individuel samtalebehandling, gruppebehandling, dagbehandling, og døgnbehandling.

Antabusbehandling

Antabusbehandling, som Skinhøj et al. i 1988 identificerede som den dominerende behandlingsform, tilbydes stadig i alle ambulante behandlingssystemer. Der rapporteres imidlertid om et fald i procentvis anvendelse af antabus som behandlingsform. To amter rapporterer, at de i dag kun beskæftiger sig med antabusbehandling kombineret med samtalebaserede behandlingsformer, mens klienter, der kun ønsker antabusbehandling, henvises til egen læge. Flere andre amter rapporterer at overveje den samme udvikling. Hvor antabusbehandling kombineret med korte samtaler ifølge Skinhøj et al. var den altdominerende og accepterede behandlingsform i 1988, ser det at dømme efter data i denne undersøgelse ud til, at behandlingsformen stadig anvendes, men i mindre grad end tidligere. Der synes desuden at brede sig en holdning i behandlingssystemerne om, at denne behandlingsform kan være en begyndelse, men at den ikke er tilstrækkelig. I nogle amter siger man direkte, at man ikke betragter dette tilbud som egentlig behandling.

Individuel samtalebehandling

Hvor antabusbehandling kombineret med korte samtaler i 1988 syntes at være den dominerende behandlingsform, er den dominerende behandlingsform i dag den individuelle samtale. Denne samtale er i nogle behandlingssystemer stadig forholdsvis kort for de fleste klienters vedkommende. Dette gælder navnlig for de behandlingssystemer, der betjener sig af Lænkeambulatorierne. 4 ambulante behandlingssystemer betjener sig i 2004 helt eller delvist af Lænkeambulatorier. De øvrige 11 ambulante behandlingssystemer rapporterer om individuel samtalebehandling som den mest dominerende behandlingsform, hvor samtalerne er af en halv til en hel times varighed, og for de fleste amters vedkommende finder sted 2 – 4 gange om måneden i den mest intensive del af behandlingsforløbet.

Hovedparten af de ambulante behandlingssystemer mener, at en individuel behandlingssamtale optimalt bør finde sted ca. en gang om ugen i den mest intensive behandlingsfase. Kun 5 amter rapporterer imidlertid, at de faktisk har ressourcer til at afholde samtalerne så ofte. De øvrige amter rapporterer om samtaler sjældnere end hver uge, og et enkelt amt rapporte-

rer om samtaler ca. én gang om måneden i den intensive fase. Et amt beskriver, at ”grøden i perioder bliver tyndere”, da man ikke ønsker at oprette egentlige ventelister til behandlingen. Med udtrykket ”grøden bliver tyndere” menes enten meget korte samtaler eller for sjældne samtaler. At kun et enkelt amt rapporterer om ventetid på indtag, og kun fem amter rapporterer om ventetid på behandling skyldes altså til en vis grad, at man anvender behandlingsintensiteten som buffer frem for at oprette ventelister. Man ved fra en række undersøgelser (Brewer et al. 1998), at en for høj behandler-klient-ratio udgør en belastning for behandlingseffektiviteten. Hvis der med behandlingsgarantien tilstræbes at sikre et ensartet dansk behandlingsniveau, vil det således kræve, at der i følge med behandlingsgarantien opsættes mindste-standarder for behandlingssamtalerne, for deres hyppighed og for deres omfang. Problemet med dette er imidlertid, at man ikke har effektmålinger, der kan sige præcis, hvor ofte samtalerne bør finde sted i et sådant samtaleforløb. Undersøgelser peger på, at mere behandling og struktureret, fokuseret behandling virker bedre end mindre behandling og ustruktureret, ufokuseret behandling. Man ved dog ikke nok om, hvor den øvre grænse for behandling ligger. Om to samtaler om ugen eksempelvis er bedre end én samtale om ugen. Et nationalt monitoreringssystem ville hjælpe os et godt stykke videre i disse spørgsmål.

Gruppebehandling

13 af de 15 ambulante behandlingssystemer tilbyder i dag gruppebehandling i et vist omfang. Især Frederiksborg Amt, Ringkøbing Amt og Århus Amt rapporterer om mange forskellige gruppebehandlingstiltag. Kun Fyns Amt og Viborg Amt har ikke gruppebehandling med som en fast del af tilbudsstrukturen. Viborg Amt giver udtryk for, at man kunne ønske sig denne behandlingsform, mens gruppebehandling ikke indgår i den metode der anvendes i Fyns Amt. De indledende interviews i denne undersøgelse peger på, at det varierer meget, hvor store ressourcer det enkelte amt afsætter til gruppebehandling. At et amt rapporterer eksistensen af et gruppetilbud, behøver således ikke betyde, at der findes gruppetilbud til alle de klienter, der kunne have udbytte af et sådant tilbud. Det er interessant, at der blandt de 15 behandlingssystemer findes så forskellige holdninger til den forholdsvis klassiske behandlingsform, at man i nogle amter betragter behandlingsformen som meget hjælpsom, mens man i andre amter kun tilbyder behandlingsformen i begrænset omfang, eller slet ikke prioriterer at kunne tilbyde den.

Dagbehandling

8 af de 15 ambulante behandlingssystemer har dagbehandling som fast del af deres tilbudsstruktur. Dagbehandling tilbydes i Bornholms Amt, Frede-

riksborg Amt, Københavns Amt, Ringkøbing Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt, Vestsjællands Amt og Århus Amt.

Nogle amter rapporterer, at deres dagbehandlingstilbud er forholdsvis ressourcekrævende og derfor bidrager til, at andre ambulante tilbud ikke har det omfang, man kunne ønske. Eksempelvis mener man i Vejle Amt at have et meget effektivt dagbehandlingstilbud, men man beskriver samtidig, at der på denne bekostning er andre tilbud, man ikke har mulighed for at udbyde, i det omfang man egentlig kunne tænke sig.

Tabel 4.2 Regioner/amter hvor tilbudsviften indeholder gruppe- og dagbehandling

	Bornholm	Frederiksborg	Fyn	København	Nordjylland	Ribe	Ringkøbing	Roskilde	Storstrøm	Sønderjylland	Vejle	Vestsjælland	Viborg	Århus	H:S
Gruppebehandling	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*
Dagbehandling	*	*		*			*			*	*	*		*	

Døgnbehandling

Alle 15 ambulante behandlingssystemer henviser i et vist omfang til døgnbehandling. Det er gennemgående for afrapporteringen fra amterne, at man har økonomisk adgang til at sende langt færre i døgnbehandling, end man egentlig ønsker. Kornum-rapporten nævner, at ca. 700 personer modtog døgnbehandling i 2000, og at mulighederne for døgnbehandling er blevet bedre frem til 2004 pga. satspuljemidler på 15 mio. kr. årligt øremærket til døgnbehandling. Tallene fra 2003 viser imidlertid, at ca. 500 personer har været i betalt døgnbehandling, mens ca. 200 personer har modtaget døgnbehandling finansieret af fripladsordningen. Det samlede antal personer i døgnbehandling ser således ud til at være uforandret. Data fra denne undersøgelse kan ikke give en fyldestgørende forklaring på, hvorfor satspuljemidlerne ikke har øget antallet af døgnbehandlinger, men enkelte amter giver selv den forklaring, at man jævnlige bliver bedt om at beskære behandlingsudgifterne, og at døgnbehandlingen udgør et område, hvor man kan spare forholdsvis store beløb, uden at det berører ret mange mennesker, modsat besparelser i den ambulante behandling. Det er således muligt, at antallet af offentligt betalte døgnbehandlingsforløb i 2003 ville have været lavere end i 2000, hvis man ikke havde haft fripladsordningen finansieret af satspuljemidler.

Opsamlende

Antabus indgår stadig ofte i behandlingen af alkoholklinter, og i visse behandlingssystemer stadig primært kombineret med forholdsvis korte individuelle samtaler. I modsætning til situationen i 1988 er der imidlertid opstået en ændret holdning til antabusbehandlingen. I nogle få amter har man helt opgivet ideen om kun at give antabusbehandling og henviser klienterne

til egen læge, hvis de ikke ønsker antabusbehandlingen kombineret med anden behandling. I en stor del af de øvrige amter er der opstået den holdning, at antabus kan være et sted at starte, men at man i længden ikke betragter denne behandlingsform som egentlig behandling. Man kan således hævde, at der på det holdningsmæssige plan er sket en stærk ændring i forhold til anvendelsen af antabus, mens der på det praktiske plan er sket en ændring i mindre målestok.

Den individuelle samtale har efter 1988 overtaget positionen som den dominerende behandlingsform. Alene af den grund kan man med en vis ret tale om en kvalitativ forbedring af den ambulante behandling. Den individuelle samtale har imidlertid mange steder i landet ikke de optimale vilkår. I de amter, hvor man helt eller delvist betjener sig af Lænkeambulatorier, har man ikke tradition for, eller ressourcer til, at tilbyde alle klienter lange udrednings- og behandlingssamtaler. Også andre amter rapporterer om problemer med at tilbyde individuelle samtaler med den hyppighed, man kunne ønske. Kun 5 amter rapporterer at have ressourcer til at afholde samtalerne med det interval, man selv vurderer til at være det optimale, hvilket vil sige ca. en gang om ugen i den mest intense behandlingsfase. En af de væsentligste grunde til, at den ambulante samtale finder sted for sjældent eller i for kort tid, er, at man i stedet for ventelister vælger at 'tynde ud' i samtalerne. Det betyder, at man i travle perioder laver længere afstand mellem aftalerne, end man ville have gjort, hvis man havde haft den fornødne tid til klienterne.

13 af 15 behandlingssystemer benytter sig af gruppebehandling i en eller anden udstrækning. Fortalerne for gruppebehandling fremhæver behandlingsformen som meget virksom for visse klienttyper, men der findes så vidt vides ikke i dag danske effektundersøgelser, der dokumenterer denne opfattelse. Man ville gennem et nationalt monitoreringssystem komme nærmere, hvem der har udbytte af gruppebehandling, og i hvilket omfang. 8 af 15 behandlingssystemer benytter sig af dagbehandling. De amter, der har dagbehandling, oplever at denne behandlingsform er et nødvendigt element i den klassiske tilbudsvifte. En del af de amter, der praktiserer dagbehandling, oplever imidlertid samtidig, at denne behandlingsform dræner behandlingssystemet for ressourcer til andre ønskede tilbud.

Alle 15 behandlingssystemer benytter sig af døgnbehandling, men i langt mindre omfang end man kunne, hvis ressourcerne tillod det. Det ser ud som om ressourcerne til døgnbehandling i en række amter fungerer som nedskæringsbuffer. Døgnbehandling er omkostningstungt, og man kan derfor spare forholdsvis mange penge, uden at det samtidig berører ret mange mennesker i behandling. Erfaringerne fra satspuljemidlerne til døgnbehandling har således vist, at der ikke kom flere i døgnbehandling for de 15 millioner kroner årligt, men at satspuljemidlerne finansierer en gruppe klienter på ca. 200 døgnpladser, der tidligere ville være blevet betalt af amterne.

4.2.2 Professionalisering af behandlingstilbudene

Der ses mange tegn på professionalisering af tilbudsviften i de ambulante behandlingssystemer, siden Skinhøj et al. i 1988 konkluderede, at behandlingen var for unuanceret og i store træk havde antabusbehandling som omdrejningspunkt. Denne udvikling ses især på, at der er sket en tiltagende standardisering af behandlingsopgaverne, at der er sket en tiltagende, visse steder omfattende, kvalitetssikring, og at der udvikles flere og flere afgrænsede behandlings-del-tilbud.

Tiltagende standardisering af behandlingsopgaverne

Hvor primært antabusbehandlingen i 1988 var standardiseret, ser man i dag en række standardiseringstiltag i hele landet. Stærkest har denne tendens været i forhold til klientudredningen. Ved udgangen af 2004 vil 13 af de 15 ambulante behandlingssystemer foretage klientudredning ved hjælp af standardiserede udredningsværktøjer. Dette svarer til 97% af alle nye klienter i ambulante behandling. Heraf vil man i 9 amter foretage udredningen ved hjælp af Addiction Severity Index (ASI). Dette betyder, at 67% af alle nyindskrevne klienter i Danmark fra årsskiftet i princippet vil blive udredt ved hjælp af ASI eller en såkaldt 'ASI-light', der er en kortere udgave af ASI. En forholdsvis stor andel af disse udredninger vil blive foretaget ved Lænkeambulatorier, hvor man kan forudse mærkbare ressourceproblemer forbundet med udarbejdelsen af ASI-udredningerne, idet en sådan udredning sædvanligvis kræver et tidsforbrug på 1½ til 3 timer, når den anvendes i klinisk sammenhæng. Hvis Lænkeambulatoriernes klienter ikke medregnes, vil ca. 45% af alle ambulante alkohol klienter fra årsskiftet blive udredt ved hjælp af ASI.

ASI er således den mest dominerende metode til klientudredning i Danmark i øjeblikket, og kritikere af værktøjet oplever at have svært ved at komme til orde. Behandlere med erfaring i misbrugsbehandling på grundlag af diagnostiske metoder hævder, at ASI ikke udreder klienterne på det diagnostiske plan, men blot kortlægger problemer. En fordel ved ASI er imidlertid, at den samtidig baner vejen for systematisk behandlingskoordinering og for systematisk opfølgning. Mange behandlingssystemer oplever derfor, trods kritikken, indføringen af ASI som et stærkt professionelt løft i behandlingsarbejdet. En anden fordel ved den kraftige udbredelse af ASI er, at hvis man på et tidspunkt indfører landsdækkende monitorering, som man allerede har indført det på dele af stofbehandlingsområdet, da vil en meget stor del af landets behandlere allerede have den fornødne tekniske kompetence til at indsamle og anvende monitoreringsdata i det daglige arbejde.

Også i selve behandlingsarbejdet er der siden 1988 opbygget en del standardiserede metoder. Dog i noget mindre omfang end det er tilfældet med ASI. 3 amter arbejder i dag med stærkt standardiserede behandlingsmeto-

der. Fyns Amt har siden starten af 90'erne opbygget den såkaldte Odense-model, hvor man tilbyder den enkelte klient et evidensbaseret, struktureret, manualbaseret, individuelt behandlingsforløb. Odense-modellen er bygget op om 6-7 forskellige behandlingstilgange, hvor den enkelte klient vælges ind på den metode, man har evidens for passer bedst til netop denne klientprofil. H:S og Frederiksborg Amt arbejder ligeledes med forholdsvis standardiserede behandlingsforløb, mens Nordjyllands Amt og Storstrøms Amt anvender mindre standardiserede forløb. Ringkøbing Amt anvender i vid udstrækning såkaldte moduler og kurser, der ligeledes er standardiserede i et vist omfang. I mange af de øvrige amter overvejes indføringen af standardiserede behandlingselementer. I mange af de ambulante behandlingssystemer, som ikke anvender højt standardiseret behandling, ser man, at der løbende indføres standardiserede delelementer. I øjeblikket spredes eksempelvis en standardiseret metode til at arbejde med klienters motivation; den såkaldte Motivational Interviewing (MI). Frederiksborg Amt, Fyns Amt, Nordjyllands Amt og Århus Amt anvender allerede denne metode i behandlingsarbejdet. Næsten alle de øvrige amter har hørt om metoden, og flere steder overvejer man at indføre den. Andre standardiserede delelementer udgøres af de terapeutiske efteruddannelser, eksempelvis kognitiv terapi, systemisk terapi mv. Disse efteruddannelser sigter imidlertid typisk imod at give den enkelte behandler et lidt mere generelt beredskab i forhold til at arbejde udviklingsorienteret med klienter, i modsætning til de forholdsvis manualbaserede metoder man anvender i eksempelvis Fyns Amt. Der er således ingen tvivl om, at den ambulante alkoholbehandling i Danmark er blevet mere homogen og professionel siden 1988, hvad angår indføringen af standardiseret behandling og standardiserede delelementer. Hvad udredning angår, er standardiseringen meget udbredt. 75% af alle klienter udredes allerede nu med standardiserede værktøjer. Der er stadig store forskelle fra amt til amt, hvad angår standardiseringen af selve behandlingen. Man kan groft sagt identificere tre modeller for standardisering i Danmark:

- En model hvor stort set hele behandlingsvirket er standardiseret og manualbaseret. Denne model er ind til videre kun repræsenteret ved Fyns Amt.
- En model hvor dele af behandlingsarbejdet er standardiseret og manualbaseret; eksempelvis udredningen og Motivational Interviewing, og hvor andre dele af behandlingen er præget af standardiserede, men ikke manualbaserede behandlingselementer som eksempelvis psykodynamisk gruppeterapi mv. Denne model er stærkt repræsenteret i H:S og Frederiksborg Amt, men også, om end i mindre grad, i en række andre amter i Danmark.
- En model hvor kun meget få behandlingstiltag er standardiseret og manualbaserede, eksempelvis udredningen, og hvor resten af behandlingen

er præget af standardiserede, men ikke manualbaserede, behandlingsformer, eller slet og ret ikke-standardiserede behandlingsformer.

Der findes ikke effektmålinger i Danmark, der kan udpege, hvilken af disse modeller der fremkommer med de bedste behandlingsresultater. Afrapporteringen fra de helt og delvist standardiserede behandlingstilbud peger på, at de standardiserede elementer hjælper behandlerne til at fokusere indsatsen i højere grad, end de havde mulighed for, før de indførte de standardiserede elementer. Undersøgelser fra udlandet peger samtidig på, at man finder det mest veluddannede personale i organisationer, hvor arbejdet er mindst formaliseret (Scott 2003 (1981)). Teorien er således, at jo mere manualbaseret arbejdet udvikles til at være, desto vanskeligere har man ved at fastholde veluddannet og selvstændigt arbejdende personale. I Fyns Amt, hvor man er tættest på disse tilstande, rapporterer man, at man ikke oplever disse problemer med fastholdelse af veluddannet personale.

I forhold til en behandlingssikring i betydningen kvalitetsfuld behandling, er det uklart, på hvilket niveau det er hensigtsmæssigt at standardisere behandlingen. For det fælles sprog i behandlingsverdenen er det en fordel, at man arbejder med de samme værktøjer, eksempelvis ASI, ligesom det er en fordel i forhold til et eventuelt kommende nationalt monitoreringssystem. Fra de behandlingssystemer, der arbejder med standardiserede behandlingsmetoder, rapporteres ligeledes om fordele i forhold til at fastholde strukturerende og fokuserede behandlingsforløb. Først med nationalt indhentede effektdata bliver det imidlertid muligt at vurdere, i hvilket omfang standardiseringen også er hensigtsmæssig i forhold til behandlingsarbejdet.

Tiltagende kvalitetssikring

Kvalitetssikring er et vidt begreb, men udviklingen af visse tiltag inden for den ambulante behandling er tydelig. Som allerede beskrevet bliver 75% af alle klienter allerede nu systematisk udredt med ASI eller andre standardiserede værktøjer. Blandt de 13 amter, der foretager systematisk udredning, anvender 12 elektronisk registrering af centrale data vedrørende klientforløb i større eller mindre omfang. Dette betyder, at man i de fleste amter i varierende grad har mulighed for over tid at følge udviklingen af forskellige behandlingstiltag. 8 af de behandlingssystemer, der har elektronisk registrering af centrale data, rapporterer, at man enten regelmæssigt eller i forhold til konkrete projekter foretager evalueringer. To behandlingssystemer, Fyns Amt og H:S, foretager løbende forskning, og et mindre antal amter deltager eller har deltaget i enkeltstående forskningsprojekter. De to behandlingssystemer, der bedriver løbende forskning, forsker tilsyneladende primært til eget brug. Der rapporteres ikke fra hverken disse to systemer eller de øvrige 13 behandlingssystemer om nævneværdig vidensdeling på tværs af behandlingssystemerne. Tilsyneladende spredes opskrifterne på

standardiserede behandlingsmetoder nemmere og hurtigere på tværs af behandlingssystemerne end mere forskningsbaseret viden.

Udvikling af afgrænsede behandlings-del-tilbud

Ifølge Skinhøj et al. var det dominerende tilbud før 1988 antabusbehandling med såkaldt 'støttende samtaler'. Som allerede beskrevet ser der ud til at være sket en udvidelse af denne minimale tilbudsvifte i mange amter, sådan at der som alternativ til 'støttende samtaler' kan tilbydes eksempelvis gruppebehandling eller dagbehandling. Derudover ser man i mange amter samtidig en udvikling inden for de enkelte kategorier af tilbud. Det fænomen, som Skinhøj et al. i 1988 kaldte 'støttende samtaler', er således i dag i mange ambulante behandlingssystemer blevet differentieret i en lang række deltilbud. Disse deltilbud kan følge en opdeling i behandlingsprocessens forskellige faser og elementer, eksempelvis udredning, motiverende samtaler, misbrugs-indsigtssamtaler, sårbarhedssamtaler, tilbagefaldsforebyggende samtaler, efterbehandlings-samtaler mv. Eller deltilbudene kan følge en opdeling på tværs af behandlingsfaserne, som det tydeligst er tilfældet i Fyns Amt, hvor man har udviklet særlige tilbud til særlige 'klient-profiler'; eksempelvis kognitiv behandling, kontraktbehandling, støttende samtaler mv., hvor hvert tilbud har sin egen målgruppeafgrænsning og sin egen fremgangsmåde i form af en behandlingsmanual.

Der er meget store forskelle mellem behandlingssystemerne i forhold til, hvor differentieret eksempelvis den individuelle behandlingssamtale er. Nogle amter har uddifferentieret de enkelte tilbud i høj grad, andre næsten ikke. De behandlingssystemer, der ikke har differentieret de enkelte behandlingsskategorier, rapporterer, at de har de fleste delkategorier integreret i det overordnede tilbud. De behandlingssystemer, der således eksempelvis ikke har uddifferentieret ydelsen 'motiverende samtale', rapporterer, at denne ydelse findes integreret i det tilbud, de benævner individuel samtalebehandling.

Der findes ikke effektmål, der kan understøtte en vurdering af, hvilken model der giver de bedste resultater; den differentierede eller den integrerede model. De behandlingssystemer, der har indført mere differentierede tilbud, rapporterer imidlertid, at det hjælper behandlerne til at blive skarpe på metoderne i forhold til klienternes behov.

Opsamlende

Der udvikles i stigende grad standardiseret ambulant alkoholbehandling. Mest synlig er standardiseringen af klientudredning, hvor 97% af alle klienter fra årsskiftet vil blive udredt ved hjælp standardiserede udredningsværktøjer. Heraf 67% med ASI (45% hvis man ikke medregner klienter fra Lænkeambulatorier). Det findes i dag kritikpunkter i forhold til anvendelsen af ASI. Fordelene er imidlertid, at man med anvendelsen af ASI samti-

dig får et værktøj til behandlingskoordinering og –opfølgning, og at landets behandlere ved anvendelse af ASI samtidig er metodisk parate til deltagelse i national monitorering af behandlingsindsatsen.

Der findes forskellige grader af standardisering af selve behandlingen. National monitorering vil formodentlig kaste lys over, hvilken grad af standardisering der vil være mest hensigtsmæssig, når man tager hensyn til såvel behandlingseffekter som fastholdelse af medarbejdere.

Man ser i de fleste amter en tendens til øget kvalitetssikring. Mest i form af indføringen af standardiseret udredning og herefter i form af mere omfattende elektronisk registrering af klienter og behandlingsforløb end i 1988.

I nogle få amter ser man stærke tiltag i retning af at få mere struktureret styr på behandlingsindsatsen. Dette ses dels i en faglig udgave, hvor man udvikler evidensbaseret behandling, foretager audit i forhold til behandlingspraksis og fortager løbende evaluering og forskning. Dels i målgruppeorienteret udgave, hvor behandlingssystemet er mere orienteret imod at evaluere, hvordan man arbejder med de målgrupper, man har udpeget som særlige indsatsområder, og endelig i en behandlingsstrukturel udgave, hvor man ikke er helt så videnskabeligt orienteret i forhold til hverken behandlingsmetoden eller målgruppen, men til gengæld er optaget af at få sat selve behandlingen i strukturelle rammer, ikke mindst gennem indføringen af standardiserede delelementer som eksempelvis Motivational Interviewing. Endelig ser man en professionalisering af behandlingstilbudene gennem indføring eller udvikling af behandlings-del-tilbud som eksempelvis motiverende samtaler, struktureret tilbagefaldsbehandling mv.

4.2.3 Målrettede tilbud til særlige målgrupper

Mens antallet af differentierede deltilbud er én måde at undersøge behandlingskvaliteten på, er antallet af særlige tilbud til særlige målgrupper en anden. Indvendingen mod dette synspunkt er, at fordi man har udskilt et særligt tilbud til eksempelvis kvinder, er det ikke nogen garanti for, at dette tilbud er bedre, end det tilbud kvinder får i de ordinære behandlingstilbud. Nogle af de behandlingssystemer, der ikke har særlige tilbud til kvinder, hævder således, at de giver et særligt tilbud til en kvinde, hver gang de har en individuel behandlingssamtale med en kvinde. Tidligere undersøgelser peger imidlertid på, at udformningen af behandlingstilbudet har indvirkning på, hvilke typer klienter man ender med at have som klientgruppe (Breumlund and Hansen 2003). Hvis man med en behandlingsgaranti mener et kvalitetsfyldt tilbud, kan man således tale om kvalitet i forhold til, om de enkelte ydelser er af høj kvalitet (hvilket allerede er behandlet ovenfor), og man kan tale om kvalitet i betydningen, at tilbudet er relevant for mange forskellige typer af klienter.

Ser vi på antallet af særlige tilbud til særlige målgrupper, findes der et antal ret specialiserede tilbud, som er udviklet i og kun tilbydes i et enkelt

amt. Herudover findes en række særlige tilbud, som går igen i mange af de ambulante behandlingssystemer. Disse tilbud er:

- Tilbud til pårørende: her går tre tilbud igen, nemlig tilbud til børn, tilbud til pårørende, og tilbud til voksne børn af alkoholikere. Herudover har alle behandlingssystemer med undtagelse af Århus Amt netop ansat børne-familie-sagkyndige finansieret af satspuljemidler.
- Omsorgstilbud: dette omfatter en række tiltag, der alle har det til fælles, at de er rettet mod en ret belastet klientgruppe, om hvem man antager, at de ikke er modtagelige for egentlig behandling, men kan have udbytte af nogle støttende eller stabiliserende tiltag. I nogle tilfælde har tilbuddet karakter af støttende samtaler, eksempelvis 'lær at leve med alkoholisme på bedst mulig måde'. I andre tilfælde har tilbuddet mere socialt støttende karakter i form af et tilbud om selskab, menneskeligt nærvær, aktiviteter mv.
- Tilbud til unge: en række amter har de senere år uoprettet særlige tilbud til unge misbrugere. Disse tilbud har forskellige udformninger, men det er et gennemgående træk, at man her forsøger at se bredt på den unges problematiske situation snarere end at fokusere snævert på misbruget.
- Udgående foranstaltninger: udgående foranstaltninger betyder, at man har ansat personer, der har som deres opgave at nå klienter, der ikke selv opsøger behandlingsinstitutionen. Disse udgående foranstaltninger er indholdsmæssigt ret forskellige. I nogle amter har man opbygget såkaldte udgående teams, der opsøger klienter på gaden mv. I andre behandlingssystemer er den udgående aktivitet centreret omkring rekruttering af klienter fra primært de somatiske hospitaler. Det kan således være meget forskellige klientgrupper, der er målet for den udgående virksomhed.

Også her ser der ud til tendentielt at være tre modeller for opbygning af behandlingstilbuddet:

- En model hvor man i omfattende grad holder sig til sin kerneydelse, og ikke bruger ressourcer på særlige tilbud til særlige målgrupper. Det er især Nordjyllands Amt, Århus Amt, Ribe Amt, Sønderjyllands Amt, Fyns Amt og Bornholm, der har denne model. Der kan være forskellige grunde til denne opbygning. For Bornholms vedkommende er der formentlig tale om, at det er begrænset, hvor mange tilbud man kan have ressourcer til med et befolkningsgrundlag på 40-50.000 borgere. For Århus Amts vedkommende ligger en del af forklaringen i en overordnet beslutning om at holde sig til kerneydelsen 'klientbehandling'. Det betyder, at tilbudene til børn, til voksne børn af alkoholikere, og til pårørende i almindelighed ikke tilbydes i Århus. I Fyns Amt er det et spørgsmål om, at man har opbygget et evidensbaseret behandlingspro-

gram, der fokuserer på forskellige behandlingsmetoder til forskellige klienttyper, mens man ikke i samme grad som en række andre amter er optaget af at nå bestemte målgrupper i lokalsamfundet. Dette er således en model, hvor man af forskellige grunde, ressourcemæssige, faglige, ideologiske eller politiske, holder sig til de klassiske kerneydelser.

- En model hvor man har en kerneydelse, oftest den individuelle samtale, men samtidig forsøger at opretholde et antal særlige ydelser til særlige målgrupper. Det er især H:S, Københavns Amt, Roskilde Amt, Storstrøms Amt, Vejle Amt og Vestsjællands Amt der har denne model.
- En model hvor man i vid udstrækning er optaget af særlige målgrupper og indsatser i forhold til disse. Viborg Amt, Ringkøbing Amt og Frederiksborg Amt tilhører denne gruppe.

Tabel 4.3 Tilstedeværelsen af særlige ydelser til særlige målgrupper

	Bornholm	Frederiksborg	Fyn	København	Nordjylland	Ribe	Ringkøbing	Roskilde	Storstrøm	Sønderjylland	Vejle	Vestsjælland	Viborg	Århus	H:S
Primært kerneydelser	*		*		*	*				*				*	
Kerneydelser + få målrettede				*				*	*		*	*			*
Kerneydelser + flere målrettede		*					*						*		

De indledende undersøgelser antyder en tendens til, at de behandlingsorganisationer, der stort set ikke har tilbud til særlige målgrupper, når procentvis færre klienter, end de to andre grupper af behandlingssystemer. Det er imidlertid også tydeligt, at andre faktorer spiller ind. Man kan således se amter med mange tilbud til særlige målgrupper, som alligevel ikke når en procentvis stor del af de potentielle klienter. Ligesom man kan se eksempler på amter, der har ganske få særlige tilbud, eksempelvis Fyns Amt, og alligevel når en procentvis stor klientgruppe (se tabel 3.1). Dette vil blive diskuteret yderligere senere i dette kapitel.

Opsamlende

6 ambulante behandlingssystemer er primært orienteret omkring kernebehandlingsydelser. 6 behandlingssystemer er orienteret omkring kernebehandlingsydelser samt et mindre antal særlige tilbud til særlige målgrupper. 3 behandlingssystemer er orienteret omkring kernebehandlingsydelser samt en større gruppe af særlige tilbud til særlige målgrupper. Der ser ud til at være sammenhæng mellem ikke at have særlige tilbud til særlige målgrupper, og samtidig ikke opnå kontakt med så stor en andel af de potentielle klienter, som hvis man har få eller mange særlige tilbud til særlige målgrupper. Der er dog tydelige undtagelser fra denne regel.

4.3 Behandlingsgaranti – en garanti for koordineret behandling

Kornum-rapporten samt næsten alle ambulante behandlingssystemer fremhæver betydningen af et godt samarbejde mellem alkoholbehandlingssystemet og andre instanser i lokalsamfundet. Det har vist sig forståelsesmæssigt hensigtsmæssigt i den sammenhæng at skelne mellem to former for samarbejde, nemlig samarbejdet om behandlingen af den enkelte klient, og det mere generelle samarbejde imellem instanserne i lokalområdet. Hertil kommer en tredje samarbejdsform, nemlig samarbejdet om i det hele taget at få klienter henvist til alkoholbehandlingssystemet fra de andre instanser i lokalsamfundet. Denne samarbejdsform vil blive belyst i et senere afsnit.

4.3.1 Samarbejdet om behandlingen af den konkrete klient

De ambulante alkoholbehandlingssystemer har myndighedsopgaven i forhold til at behandle selve misbruget hos deres klienter. Samtidig er behandlerne overalt meget opmærksomme på, at der kan være problemer i klientens tilværelse, som ligger uden for behandlingssystemets myndighedsopgave, men som samtidig kan have afgørende betydning for, at behandlingsarbejdet har mulighed for at lykkes. Der kan være tale om problemer i familien eller på arbejdspladsen, hvor det kan være nødvendigt at inddrage familien eller arbejdspladsen i behandlingen. Dette har man umiddelbart mulighed for at gøre i næsten alle amter. Der kan være tale om psykiske problemer sideløbende med selve misbruget. Dette har man mulighed for at håndtere i selve behandlingssystemet i de amter, hvor man har psykiatere og/eller psykologer ansat eller tilknyttet som konsulenter. Men der kan også være tale om eksempelvis helbredsmæssige problemer, forsørgelsesproblemer, eller psykiatiske temaer i et amt, hvor man ikke har psykiater tilknyttet behandlingscenteret. I disse tilfælde er det afgørende, at behandleren har mulighed for at etablere det nødvendige samarbejde til de instanser, der har myndighedsopgaven. Det er således et udtryk for kvalitet, at man i behandlingssystemet dels kan identificere de problemer uden om selve misbruget, der har afgørende indflydelse på en succesfuld behandling, og dels kan, og har ressourcerne til at, gå ind i et egentligt samarbejde med andre myndighedsområder om at løse nødvendige problemer, der har betydning for behandlingsudfaldet.

Tilbagemeldingerne fra de 15 ambulante behandlingssystemer er forholdsvis enslydende, hvad angår samarbejdet med andre instanser i forhold til den enkelte klient. Den første forudsætning for at kunne etablere samarbejde med andre instanser er, at man overhovedet identificerer de problemer eller behov, der nødvendiggør involveringen af andre instanser. Her gælder det, som allerede beskrevet, at de fleste klienter bliver udredt med et standardiseret værktøj. Det betyder, at problemer inden for andre områder end misbruget sædvanligvis vil blive rutinemæssigt kortlagt allerede under udredningen. Herefter er det op til den enkelte behandler, om man kan, vil

og har ressourcerne til at gå videre med de nødvendige problemstillinger. Også på dette punkt er tilbagemeldingerne meget ens: i stort set alle behandlingssystemer rapporterer man, at man tager fat i de identificerede problemer, at man helst vil støtte klienten i selv at få dem ordnet, men at man også er villig til fra behandlerens side at gå direkte ind i samarbejdet med de andre instanser, hvis det viser sig nødvendigt for behandlingsarbejdet. Samtidig rapporterer de fleste behandlingssystemer, at man rutinemæssigt følger op på, om de identificerede problemer nu også er blevet taget hånd om.

Der rapporteres imidlertid om to afgørende faktorer, som ikke kan vurderes fyldestgørende med data fra denne undersøgelse. Den første faktor udgøres af viljen til samarbejde hos den anden part. I mange amter rapporterer man om store problemer i forhold til forskellige samarbejdspartnere. I nogle amter har man svært ved at opnå adgang til afrusninger. Hverken somatisk eller psykiatrisk hospital opleves at være imødekommende, og de praktiserende læger ved ofte for lidt om afrusning til, at ambulant afrusning er en reel mulighed. Andre amter rapporterer om store problemer i forhold til det konkrete samarbejde med psykiatrisk hospital. Dette til trods for at man ofte har hospitalsansatte psykiatere ansat i konsulentstillinger i det ambulante alkoholbehandlingssystem. Mange amter rapporterer ligeledes om vanskeligheder i samarbejdet med primærkommunerne. Indtrykket er ofte, at de kommunale sagsbehandlere ikke har tid til at gå nok ind i samarbejdet.

Den anden faktor udgøres af de ambulante alkoholbehandleres egne ressourcer til at gå ind i problemområder, der ikke omhandler selve misbruget. I nogle amter har man en lav behandler-klient-ratio (megen tid til den enkelte klient) (se tabel 3.2), og behandlerne oplever at have ressourcer til omfattende indsats. I andre amter har man en høj behandler-klientratio og behandlerne oplever her det dilemma, at de fra udredningen kender til klientens problemer uden for selve misbrugstemaet, men man oplever ikke at have tid nok til at gå ind i arbejdet med at støtte klienten i at håndtere disse problemer. Meget tyder således på, at der i næsten alle ambulante behandlingssystemer findes opmærksomhed såvel som udredningsteknologi i forhold til problemer, der kræver samarbejde med andre instanser, men at der i en vis udstrækning er sammenhæng mellem behandlernes tidsmæssige ressourcer, og hvor langt de når at fordybe sig i problemer uden for selve misbrugsproblemet. Et reelt billede af det konkrete samarbejde vil dog først opnås, idet man følger et antal klienter eller foretager omfattende journal-læsning i hvert amt.

4.3.2 Det generelle samarbejde om behandling i lokalområdet

Kornum-rapporten anbefaler (p.12): ”*etablering af faste samarbejdsstrukturer mellem amter, kommuner, relevant sundhedspersonale, herunder praktiserende*

læger, samt relevante frivillige organisationer med henblik på at planlægge og koordinere den forebyggende indsats, den tidlige intervention, behandling og efterbehandling”.

Indtrykket fra dataindsamlingen i denne undersøgelse er, at den ambulante alkoholbehandling i de fleste amter kun i ringe omfang er indplaceret i faste samarbejdsstrukturer. Det ser ud til, at samarbejdsstrukturene er tydeligst mellem alkoholbehandlingssystemerne og psykiatriområdet. Nogle få amter, eksempelvis Nordjylland, rapporterer at have etableret en egentlig samarbejdsaftale med psykiatrien, sådan at klienter med dobbeltproblestillinger ikke udvikler sig til såkaldte svingdørsklienter i begge behandlingssystemer. Som tidligere beskrevet rapporterer flere amter imidlertid, at man ikke endnu har udviklet et fornuftigt samarbejde med psykiatrien. Mange amter rapporterer om manglende generelt samarbejde mellem behandlingssystemet og primærkommunerne, og mellem behandlingssystemet og de praktiserende læger i området. En række amter er i øjeblikket i færd med at etablere, eller har for nylig etableret, et såkaldt ungeteam. Disse ungeteam går på tværs af stof og alkoholmisbrug, går ofte på tværs af unges problemer i det hele taget, og udmærker sig samtidig ved i varierende grad at være optaget af at etablere samarbejdsrelationer til primærkommunerne. Man kan derfor forvente, at der i fremtiden vil komme erfaringer fra disse teams i forhold til mulige måder at styrke samarbejdet mellem primærkommuner og den ambulante alkoholbehandling.

4.3.3 Opsamlende

Koordinering af behandlingen af den enkelte klient er afhængig af, at man i det hele taget opdager problemstillinger, der skal koordineres. Udredningen af de fleste klienter foregår ved hjælp af standardiserede værktøjer, hvor man rutinemæssigt vil opdage de problemer, der behøver koordinering. Det svære for nogle amter er at finde de nødvendige ressourcer til at gå koordinerende ind i problemer, som man ikke selv kan håndtere i alkoholbehandlingssystemet. For andre amter består vanskelighederne i højere grad i at få samarbejdspartnerne til at interessere sig for den koordinerende indsats.

Kornum-rapportens anbefaling om faste samarbejdsstrukturer synes kun i ringe grad at være opfyldt i maj 2004. Nogle få behandlingssystemer har formelle aftaler med samarbejdspartnere, eller er i færd med at etablere disse, men det generelle billede er, at de enkelte systemer er fokuseret på løsning af egne opgaver og ikke på koordinering mellem systemerne. Det er ligeledes gennemgående i afrapporteringen, at det er alkoholbehandlingssystemerne, der skal tage initiativ til etablering af samarbejde. Samarbejde med alkoholbehandlingssystemerne synes ikke at være et væsentligt indsatsområde for de øvrige instanser i lokalsamfundet.

4.4 Behandlingsgaranti – en garanti for flere i behandling

Et af de store spørgsmål i den ambulante alkoholbehandling er, om man når tilstrækkeligt mange klienter, set i forhold til hvor mange borgere med alkoholproblemer man formoder, der findes i de enkelte regioner. Skinhøj et al. skrev (1988:27), at der i behandlingen ved ambulatorierne sker en udvælgelse og sortering af klienterne på grund af manglende personaleresourcer. Breumlund & Hansen beskriver, hvordan der i vores tid stadig udvikler sig forskellige målgrupper i de enkelte behandlingssystemer (Breumlund and Hansen 2003). Det ser imidlertid ud til, at man ikke kan forklare denne udvikling så entydigt ved hjælp af udvælgelse og sortering, som Skinhøj et al. gjorde det. Alene af den grund at 14 ud af 15 behandlingssystemer ikke afviser en klient, der henvender sig, men tvært imod tager alle ind i systemet, der måtte ønske det. Flere faktorer ser ud til at have afgørende indflydelse på, hvor mange klienter man når. Disse faktorer kan deles op i behandlingsinterne faktorer, det vil sige faktorer, der vedrører selve behandlingstilbuddet, og behandlingseksterne faktorer, det vil sige faktorer, der ikke direkte har noget at gøre med selve de konkrete ydelser i behandlingssystemet.

4.4.1 Behandlingsinterne faktorer

En række behandlingsinterne faktorer ser ud til at medvirke til, hvor stor en del af lokalområdet potentielle klienter man opnår kontakt med. Fire af de mere synlige faktorer er tilgængelighed, organisering i forhold til stofbehandling, særlige tilbud til særlige målgrupper, og fastholdelse af strukturerede behandlingsforløb.

Tilgængelighed

Den mest velkendte og omtalte af de behandlingsinterne faktorer er tilgængeligheden. Skinhøj et al. 1988 påpeger tilgængeligheden som en væsentlig faktor, og næsten alle 15 behandlingssystemer nævner under dataindsamlingen til denne undersøgelse, at antallet af ambulatorier, samt disse ambulatoriers åbningstider, har afgørende betydning for klienttilstrømningen. Viborg, der i øjeblikket når den største andel af antal beregnet mulige klienter (se tabel 3.1), oprettede i 2000 et nyt ambulatorium og havde inden for det nye ambulatoriums første år mere end 100 nye klienter, uden at der skete en nedgang i søgningen til de øvrige ambulatorier i amtet. Flere andre behandlingssystemer rapporterer om lignende erfaringer med at åbne nye ambulatorier. Fænomenet kaldes ude i behandlingssystemerne for stærekasse-princippet. Sætter man en stærekasse op, kan man også være rimeligt sikker på, at der hurtigt flytter stære ind.

Organisering i forhold til stofbehandlingen

Der findes i Danmark fire modeller for, hvordan alkoholbehandlingen er organiseret i forhold til stofbehandlingen. 1) de to områder er helt adskilt, 2) områderne hører sammen på organisationsniveau, 3) områderne hører sammen på afdelingsniveau (ambulatorieniveau), og 4) områderne hører sammen også på medarbejderniveau. Det vil sige, at den enkelte behandler har klienter fra begge misbrugsområder.

Det er gennemgående for alle 15 danske behandlingssystemer, at man finder sin egen måde at være organiseret på. De tilbagevendende argumenter for at have stof og alkohol adskilt er, at stofmisbrugere kommer til at stjæle billedet fra alkoholmisbrugerne, og at mange potentielle alkohol klienter fravælger behandlingen på ambulatoriet, fordi de ikke vil færdes sammen med og sammenlignes med narkomaner. De tilbagevendende argumenter for at have stof og alkohol sammenhængende er, at der er stor driftsfordele, og at behandlingsmetoderne i store træk er de samme.

Data i denne undersøgelse antyder en tendens til, at de behandlingsorganisationer, der i en vis udstrækning formår at adskille de to behandlingsområder, når flere potentielle klienter end de andre behandlingssystemer. De to amter der når flest potentielle klienter i øjeblikket, Viborg Amt og Vestsjællands Amt er begge karakteriseret ved at have stof og alkoholbehandling i samme organisation, men ikke på behandlerniveau, hvilket underbygger en teori om, at det ikke så meget er et spørgsmål om at have områderne stærkt organisatorisk adskilt, som det er et spørgsmål om at indbygge nogle organisatoriske foranstaltninger, der kan hjælpe behandlerne med at fokusere. Viborg Amt, der siden 1999 har oplevet en stærk klientforøgelse, beskriver, hvordan man gennem de seneste 4 år har delt de to behandlingsområder op i forhold til klientkontakten. Man har fælles kontor- og frontpersonale, og i de enkelte 'behandlingshuse' kan en alkoholbehandler og en stofbehandler sidde side om side. Til gengæld har man organiseret alle alkoholbehandlere i amtet i én behandlingsgruppe på tværs af de geografiske lokaliteter. I disse faggrupper eller behandlingsgrupper drøfter man klient-sager, behandlingsmetoder, visitationsmuligheder mv. De indledende data fra denne undersøgelse peger således på, at man godt kan udnytte stor driftsfordelene ved at have stof og alkohol i samme organisation, men at der tilsyneladende samtidig er fordele ved at indlægge organisatoriske foranstaltninger, der hjælper den enkelte behandler til at fokusere på sin primære målgruppe – i dette tilfælde alkohol klienterne. Indlægger man ikke disse organisatoriske foranstaltninger, tyder data på, at klienterne i stofbehandling har en tendens til at sløre behandlernes fokusering på alkohol målgruppen, eller som nogle behandlere udtrykker det "fylde rummet ud på bekostning af alkohol klienterne".

Særlige tilbud til særlige målgrupper

Som beskrevet tidligere kan man inddele de ambulante behandlingssystemer i tre grupper: 1) behandlingssystemer der stort set holder sig til kerne-tilbudet (eksempelvis individuelle behandlingssamtaler), 2) behandlingssystemer med en lille gruppe særlige tilbud til særlige målgrupper, og endelig 3) behandlingssystemer med mere omfattende brug af særlige tilbud til særlige målgrupper. Denne undersøgelses data antyder, at de behandlingssystemer, der ikke har særlige ydelser til særlige målgrupper, samtidig også når færre potentielle klienter end de behandlingssystemer, der har særlige ydelser.

Sammenhængen mellem tilstedeværelsen af særlige ydelser og en høj behandlingsrate er imidlertid ikke entydig. Fyns Amt, som næsten udelukkende anvender individuelle behandlingssamtaler, ligger højt hvad behandlingsrate angår. Spørgsmålet er, om tilstedeværelsen af særlige ydelser til særlige målgrupper i højere grad skal ses som et udtryk for, at behandlingssystemet har en opmærksomhed på fænomener og potentielle klienter uden for behandlingssystemet. Det er måske i lige så høj grad den udadvendte orientering, der bidrager til den høje behandlingsrate, som det er de konkrete særlige ydelser.

Hvis man antager, at det særlige ved fænomenet 'særlige ydelser til særlige målgrupper' er, at man er opmærksom på omgivelserne frem for blot at behandle de klienter, der selv henvender sig, og at de særlige tilbud samtidig er et udtryk for fokuseret professionalisering, da kan man netop genfinde de samme fænomener i Fyns Amt, men opnået på andre måder. Hvis denne hypotese er rigtig, og det er vigtigt at fastholde, at det endnu er en hypotese, da er fænomenet 'særlige ydelser til særlige målgrupper' et udtryk for, at behandlingsorganisationen ønsker, og har den faglige og organisatoriske kapacitet til, at tilpasse sig de opgaver, den skal løse. Som modsætning til primært at reagere på klienter, der selv henvender sig, og tilbyde disse klienter det samme standardtilbud, da ser det ud til, at denne tilpasningsevne medfører, at behandlingssystemet når flere klienter, end hvis man ikke foretager denne tilpasning. Hypotesen vil blive yderligere underbygget i afsnittet om behandlingseksterne faktorer.

Fastholdelse af strukturerede behandlingsforløb

Man ser i øjeblikket en udvikling i retning af, at behandlingsforløb skal være struktureret i udstrækning og indhold. Frem for at klienter bliver indskrevet og kan gå til samtaler i årevis, skal det allerede meget tidligt i behandlingsforløbet aftales, hvor mange samtaler man forventer forløbet vil rumme. Dette betyder ikke, at aftalen ikke er til genforhandling, men som udgangspunkt er behandlingsforløbet afgrænset i sin udstrækning. På samme måde skal behandlingssamtalerne også indholdsmæssigt være strukturerede, sådan at både behandler og klient ved, at de næste to gange arbejdes

der med eksempelvis kortlægning af risikosituationer. Denne udvikling er i 2004 fortrinsvis sket på holdningsplanet, mens kun få behandlingssystemer har indført højt struktureret behandling i praksis. Fyns Amt, H:S og til en vis grad Ringkøbing Amt er tilsyneladende på hver deres måde længst fremme med denne tilgangsvinkel til behandlingsarbejdet. Disse tre behandlingssystemer ligger alle højt hvad angår behandlingsrate (se tabel 3.1) Det er imidlertid ind til videre et åbent spørgsmål, om den strukturerede tilgang til behandlingen blot sikrer, at der fastholdes et forholdsvis hurtigt flow i behandlingen, hvilket giver plads til flere klienter. Og at det i virkeligheden er andre faktorer, der sikrer den gode behandlingsrate.

4.4.2 Behandlingseksterne faktorer

En række behandlingseksterne faktorer ser ud til at bidrage til en øget behandlingsrate. Disse behandlingseksterne faktorer udgøres af tiltag, der ikke har noget direkte at gøre med selve de behandlingstilbud, der gives i det ambulante alkoholbehandlingssystem. To hovedgrupper inden for disse behandlingseksterne faktorer udgøres af 1) tiltag der direkte sikrer henvisning af klienter til alkoholbehandling, og 2) tiltag der på et mere generelt niveau øger andre instansers opmærksomhed på alkoholbehandlingssystemets eksistens og virkeområde.

Tiltag der direkte sikrer henvisning af klienter

De 15 ambulante behandlingssystemer rapporterer, at de instanser, hvorfra man primært vil kunne få etableret kontakt med nye klienter, er hospitalerne, de praktiserende læger, primærkommunerne, arbejdspladserne, kriminalforsorgen og forsorgshjemmene. Det er, som allerede beskrevet, et gennemgående træk, at relationen til disse instanser skal opbygges på initiativ fra alkoholbehandlingssystemet, hvis det skal opbygges.

En tæt relation til især de somatiske hospitaler ser i denne undersøgelse ud til at have den stærkeste effekt på klienttilgangen. En sådan relation kan være meget intens, som det er tilfældet i eksempelvis Fyns Amt og H:S. Det ambulante alkoholbehandlingssystem i Fyns Amt har således permanent 1 af deres 5 konsulent-medarbejdere udstationeret på hospitalet, og i H:S er alkoholbehandlingssystemet selv en integreret del af hospitalet. I H:S tales således om, at ca. 20% af klienterne rekrutteres ved, at behandlerne går ud til behandlingskonferencerne på de somatiske afdelinger og 'opsnapper' potentielle klienter. Andre amter har en mindre tæt kontakt til hospitalerne gennem undervisningsbidrag, fysisk placering på hospitalets grund mv. Det er karakteristisk, at de 6 behandlingssystemer, der i denne undersøgelse har rapporteret om tiltag i forhold til hospitalssektoren, samtidig er de 6 behandlingssystemer, der har de 6 bedste behandlingsrater i Danmark.

Nogle amter forsøger at knytte tættere bånd til arbejdspladserne. Dette ses dels i form af, at man, eksempelvis i Århus Amt, har styrket fokus på at inddrage arbejdspladsen i behandlingen af den enkelte klient. Dels ses det i form af, eksempelvis i Ringkøbing og Frederiksborg Amt, at man laver såkaldte arbejdspladsaftaler, der betyder, at arbejdspladsen henvender sig til det ambulante behandlingssystem hver gang, man hos en medarbejder får mistanke om alkoholproblemer. Især Ringkøbing Amt rapporterer, at dette medfører øget klienttilstrømning.

Den generelle tilbagemelding fra behandlingssystemerne er, at relationerne til primærkommunerne er vanskelige at fastholde. Primærkommunerne beskrives at have for travlt til at involvere sig i større omfang med alkoholbehandlingscentre. Viborg Amt og Fyns Amt er i denne sammenhæng interessante, idet man her har omfattende erfaring med etablering af kontakt til og udvikling af lokalprojekter med primærkommunerne. Det vides ikke med sikkerhed, hvad dette betyder for klienttilstrømningen.

I mange amter har man på et tidspunkt forsøgt at få en tættere relation til de praktiserende læger. Bortset fra Viborg Amt rapporterer man imidlertid om store vanskeligheder med at vække disse lægers interesse. En centerleder udtrykker det sådan: "...de praktiserende læger henviser hele tiden klienter til de forskellige medicinske specialer, når de ikke selv oplever at kunne behandle klienterne tilstrækkeligt. Men netop klienter med alkoholproblemer synes ikke at blive videre henvist til specialisten, som altså er det ambulante alkoholbehandlings-system."

De 15 ambulante alkoholbehandlingssystemer giver udtryk for, at der er et meget stort klientpotentiale gemt i at få de praktiserende læger til at henvise klienterne til alkoholbehandlingssystemet. Denne opfattelse støttes i Kornum-rapporten. Praktiserende læger, der er interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, nuancerer imidlertid dette billede. Ifølge disse læger findes der i deres lægepraksis 3 patientgrupper med alkoholproblemer: a) patienter hvor lægen ikke har nogen anelse om et muligt problem (og måske heller ikke patienten selv), b) patienter hvor lægen har en mistanke, men af forskellige årsager ikke magter at tale med patienten om denne mistanke, og c) patienter hvor alkoholproblemet allerede indgår i dialogen mellem patienten og lægen.

Den første gruppe, altså patienter hvor lægen ikke har nogen mistanke, er tilsyneladende meget vanskelig at nå. Danske forsøg med screening har vist, at de praktiserende læger oplever det som overordentligt forstyrrende for arbejdet i klinikken at skulle foretage disse screeninger (Beich et al. 2003).

Den anden gruppe, hvor lægen har en mistanke, men ikke formår at tale med klienten om det, kan formodentlig nås i højere grad end nu gennem dialogisk/terapeutisk træning af lægerne. Det er imidlertid ikke sikkert, at det vil medføre, at disse patienter henvises til det ambulante alkoholbehandlingssystem (se nedenfor).

Den tredje gruppe patienter, der taler åbent med lægen om alkoholproblemet, er tilsyneladende af flere årsager ikke så åbenlyst en målgruppe for det ambulante alkoholbehandlingssystem, som disse systemer og Kornum-rapporten antager.

For det første når den praktiserende læge efter eget udsagn en målgruppe, der ikke ville overveje at gøre brug af det ambulante alkoholbehandlingssystem. Der kan her være tale om patienter, der ikke på nogen måde opfatter egen situation som behandlingskrævende (eventuelt bortset fra antabus), der kan være tale om patienter, der ikke ønsker at blive forbundet med det klientel, de selv forventer at møde i det ambulante behandlingssystem, og der kan være tale om klienter, der måske nok kunne se sig selv i behandlingssystemet, men som befinder sig bedst med at lade sig behandle af den læge, de kender i forvejen og har tillid til at betro sig til.

For det andet beskriver nogle af de interviewede læger, at de forholder sig til alkoholproblemet på præcist samme måde som til de øvrige medicinske specialer. Det vil sige, at de beholder de patienter, de selv mener at kunne behandle i deres praksis, mens de henviser de patienter, de ikke mener at kunne behandle. En del praktiserende læger har taget terapeutiske efteruddannelser og er i princippet kvalificerede til at behandle ordinære alkoholproblemer på lige fod med de ambulante behandlere.

Spørgsmålet er således, om man i højere grad skal betragte de praktiserende lægers behandling af patienter med alkoholproblemer som et parallelt tilbud til de ambulante behandlingssystemer, eller som en ekstra mulighed for at opnå kontakt med en gruppe, der ellers ikke ville søge behandling. Hvis formålet er at få flere potentielle alkohol klienter i behandling, er det muligvis ikke så meget et spørgsmål om, hvordan man kan få de praktiserende læger til at 'aflevere' klienterne, som det er et spørgsmål om at uddanne disse læger til at få en eventuel mistanke om alkoholproblemer drøftet ordentligt med en større andel af de patienter, der kommer i deres praksis, og at uddanne lægerne til at vide lidt mere præcist, lige som med de øvrige specialer, hvornår de har kompetencen til at behandle problemet, og hvornår det er bedst at henvise til specialisterne.

Udover at pleje kontakten til andre instanser, der kan tænkes at henvise klienter til behandling, findes endnu en behandlingsekstern faktor, nemlig annoncering i lokalpressen. Alle de behandlingssystemer, der rapporterer at have erfaring med annoncering, rapporterer samtidig, at denne annoncering i perioden umiddelbart efter giver en tilstrømning af både klienter og pårørende til klienter.

Tiltag der på et generelt niveau øger opmærksomheden på alkoholbehandlingssystemet

Ud over de tiltag, der direkte har som mål at få henvist klienter til behandling, udfører nogle af de ambulante alkoholbehandlingssystemer aktiviteter, som man selv er overbevist om har den virkning, at omverdenen i højere

grad bliver bevidst om systemets eksistens. Disse aktiviteter er især undervisning og systematisk oplysning. Viborg Amt rapporterer, at man regelmæssigt underviser på sygeplejeskoler og andre uddannelser i lokalområdet. Herudover tilbyder en række behandlingssystemer jævnligt alkoholkurser for samarbejdspartnere, eksempelvis praktiserende læger og deres klinikpersonale, sagsbehandlere i primærkommuner og kriminalforsorg mv. Alle rapporterer, at man er af den opfattelse, at denne undervisningsaktivitet i en kortere periode er med til at øge opmærksomheden på behandlingssystemets eksistens. Viborg Amt rapporterer, at man afholder undervisningsforløb for samarbejdspartnere hvert halve år, og at man efter hvert forløb registrerer en mærkbar stigning i klienttilstrømningen.

4.4.3 De 15 alkoholbehandlingssystemers egne bud på flere klienter i behandling

De 15 danske ambulante alkoholbehandlingssystemer er alle blevet spurgt om, hvordan de kunne forestille sig at øge behandlingsraten, hvis det skulle blive nødvendigt. Spørgsmålet viste sig at være umiddelbart svært at svare på for ca. halvdelen af amternes vedkommende. Man er i det daglige optaget af at udvikle gode tilbud til de klienter, man allerede har, og er ikke vant til at tænke på at rekruttere flere klienter. Spørgsmålet om rekruttering af nye klienter følger en opdeling af klienterne i tre målgrupper, henholdsvis gruppe 1, 2 og 3. Gruppe 1 udgøres af misbrugere med 'normal' social integration, Gruppe 2 udgøres af misbrugere med truet social integration, og Gruppe 3 udgøres af såkaldt socialt udstødte misbrugere. Denne målgruppeinddeling er første gang præsenteret af Amtsrådsforeningen (Amtsrådsforeningen 1992), der gør opmærksom på, at man ikke længere selv anvender denne inddeling i forbindelse med behandlingsovervejelser. Når den alligevel er brugt i denne undersøgelse, skyldes det, at flere ledere i de ambulante behandlingssystemer henviser til denne måde at forstå målgrupperne på.

Gruppe 1 – misbrugere med normal social integration

Hvis man ønsker at rekruttere flere klienter fra denne gruppe, er det virkningsfuldt og forholdsvis ressourcebesparende simpelthen at annoncere i dagspressen. Flere amter har allerede erfaring med, at dette giver flere klienter og flere pårørende i behandling.

Blandt de behandlingseksterne faktorer fremhæves en forbedret kontakt til praktiserende læger, somatiske hospitaler og arbejdspladser, samt regelmæssige temadage og alkoholkurser for samarbejdspartnere i de andre instanser i lokalområdet.

Blandt de behandlingsinterne faktorer fremhæves tilgængelighed geografisk og uden for normal arbejdstid, mere systematik i basisbehandlingen,

flere særlige ydelser til særlige målgrupper generelt, og konkret nævnes oprettelsen af anonyme livsstilssamtaler og mere kursusorienterede tilbud.

Gruppe 2 – misbrugere med truet social integration

Hvis man ønsker at rekruttere flere klienter fra denne gruppe, som i høj grad udgøres af afhængige over 30 år, som ikke er knyttet til forsorgshjem mv., fremhæver mange amter, at man skal starte med at øge 'driften', da det er denne gruppe, man i forvejen er i bedst kontakt med.

Blandt de behandlingseksterne faktorer fremhæves en forbedret kontakt til primærkommunerne.

Blandt de behandlingsinterne faktorer fremhæves kortere vej til ambulatoriet, mere struktureret behandling, samt dagbehandlingstilbud.

Gruppe 3 – socialt udstødte misbrugere

Mange af de ambulante alkoholbehandlingssystemer var ikke glade for at svare på dette spørgsmål, da man reelt ikke ønsker for mange klienter fra denne målgruppe ind i behandlingssystemet. Man er af den opfattelse, at de hører mere hjemme på forsorgsinstitutionerne. Der er dog store variationer i, hvor lidt eller meget man ønsker denne gruppe ind i systemet.

Blandt de behandlingseksterne faktorer fremhæves et øget samarbejde med forsorgsinstitutionerne samt etablering af boliger, så man kan "...få lidt hold på dem .."

Blandt de behandlingsinterne faktorer fremhæves, at man etablerer 'udgående teams', der opsøger potentielle, samt allerede kendte, klienter på gader, væresteder mv.

4.5 Opsamlende

Afstanden til det nærmeste ambulatorium samt dets åbningstider har stor indflydelse på klienttilstrømningen. At man er i stand til at 'skærme' alkoholbehandlingen fra stofbehandlingen i de amter, hvor disse to behandlingsområder er fælles organiseret, synes ligeledes at have en positiv indflydelse på klienttilstrømningen. Dette kan skyldes, at alkoholklienterne er mindre bekymrede over at komme i behandling, når de ikke skal være sammen med stofmisbrugere, men det kunne se ud som om 'afskærmningen' i lige så høj grad hjælper behandlerne til at fokusere på målgruppen af alkoholklienter.

Tilstedeværelsen af særlige tilbud til særlige målgrupper synes at have en positiv virkning på klient-tilstrømningen, men på baggrund af data fra denne undersøgelse ser det ud til, at årsagen kan være, at de særlige tilbud til særlige målgrupper er et udtryk for, at behandlingsorganisationen ønsker, og er i stand til, at tilpasse sig opgaveløsningen i lokalområdet frem for blot at tilbyde standardbehandling til de klienter, der selv henvender sig,

og at denne tilpasningslyst ser ud til at udløse klienttilstrømning. Udvikling og fastholdelse af strukturerede, tidsafgrænsede behandlingsforløb ser ud til at have den samme effekt, men om det skyldes at behandlingsstruktureringen simpelthen giver plads til flere nye klienter vides ikke.

De amter, der bruger ressourcer på pleje af eksterne samarbejdspartnere, synes at have en større klienttilstrømning end de øvrige amter. Dette gælder helt overvejende kontakten med de somatiske hospitaler. De 6 ambulante alkoholbehandlingssystemer, der beskriver forskellige måder at rekruttere klienter på gennem de somatiske hospitaler, har samtidig også de bedste behandlingsrater i Danmark.

Samarbejdet med de praktiserende læger er forbundet med store uforløste forventninger til, hvordan man kunne nå langt flere klienter langt tidligere end i dag. Det er imidlertid et uafklaret spørgsmål, om man i højere grad bør opfatte de praktiserende læger som et parallelt behandlingssystem, der når en målgruppe, man ellers ikke ville have nået. Det kunne dog antageligt være hensigtsmæssigt, at man samtidig dels uddannede denne lægegruppe mere i at tage misbrugsproblematikken op med patienter, der ikke selv har fortalt lægen om alkoholproblemer, og dels uddannede disse læger til i højere grad at vide, hvilke klientproblematikker de med succes kan behandle i klinikken, og hvilke de bør henvise til ekspertsystemet, akkurat som de i dag gør i forhold til de øvrige medicinske specialer.

Det er fjernt for mange af de 15 ambulante alkoholbehandlingssystemer overhovedet at tænke på at øge klientindtaget. Man er langt mere optaget af at udvikle kvalitetsfyldte tilbud til de klienter, man har. Det er imidlertid karakteristisk, at man i de fleste amter efter lidt betænkningstid har forslag til, hvordan man kan rekruttere flere klienter fra de forskellige klientgrupperinger.

5. ALKOHOLBEHANDLING I SVERIGE SAMMENLIGNET MED DANMARK

I Danmark har man i mange år haft den opfattelse at alkoholbehandlingsindsatsen var meget mere udbygget, og at der kom langt flere i behandling end i Danmark. Denne opfattelse begrundes hyppigt med en henvisning til M. Järvinen's bog "Det dårlige selskab". Her ses det bl.a., at der i 1990 var 17.479 i alkoholbehandling i 1990 (hvilket ikke omfatter den ambulante behandling i Sønderjyllands Amt)(se Järvinen 1998: 32). Samme sted findes en opgørelse af antal klienter i ambulante behandling siden 1978, og man må konstatere, at antallet af personer med alkoholmisbrug/afhængighed i ambulante behandling i store træk ikke har ændret sig siden 1985. Siden 1990 er der ingen statistik over klienter i ambulante alkoholbehandling, hvilket Järvinen da også kritiserer (ibid.:30) – en kritik, der desværre af uforklarlige grunde fortsat er alt for relevant.

Järvinen sammenligner det danske tal 17.479 med det svenske 58.000 (som kommer fra Ågren 1994). Derudover sammenlignes tallet 160 institutioner med sammenlagt 3.840 pladser i Sverige med 16 institutioner med sammenlagt 447 pladser i Danmark (Järvinen 1998:38). Ikke mindst disse sammenligninger har skabt ideen om det langt bedre svenske behandlingssystem. Hvis der således i Danmark skulle indføres en behandlingsgaranti bl.a. med det formål at få flere i alkoholbehandling, ville det derfor være nærliggende at lade sig inspirere fra Sverige.

Det er naturligvis altid problematisk at sammenligne to nationale behandlingssystemer. I det følgende skal der derfor gøres opmærksom på de forskelle og forbehold, der bør tages til visse opgørelser. Men generelt er systemerne ikke mere forskellige, end at grove sammenligninger udmærket kan foretages.

5.1 Indbyggere og skønnet antal personer med alkoholmisbrug/afhængighed pr. län

I Danmark er der aktuelt 3.391.082 indbyggere mellem 18 og 64 år. I Sverige er der som det fremgår af nedenstående tabel, 5.492.980. Fordelingen mellem Danmark og Sverige for denne aldersgruppe er derfor 1:1,62. I tabellen er antal indbyggere opdelt på befolkningsgrupper og antal indbyggere pr. län.

Tabel 5.1 Indbyggere i Sverige mellem 18-64 år fordelt på 21 svenske län

Riket	730871	2427517	2334592	5492980
Län/aldersgrupper	18-24	25-44	45-64	alle - 18-64
Stockholms län	143713	582624	465740	1192077
Uppsala län	28649	84641	76855	190145
Södermanlands län	19642	64092	71527	155261
Östergötlands län	37130	108734	106678	252542
Jönköpings län	27084	83266	83262	193612
Kronobergs län	15772	44219	46342	106333
Kalmar län	18442	55480	64086	138008
Gotlands län	4751	13773	16065	34589
Blekinge län	11624	37456	40430	89510
Skåne län	96484	311874	295990	704348
Hallands län	22099	71110	73821	167030
Västra Götalands län	126192	417510	384489	928191
Värmlands län	21522	66614	73900	162036
Örebro län	22726	69749	72867	165342
Västmanlands län	19901	66770	69591	156262
Dalarnas län	21113	65047	77163	163323
Gävleborgs län	20589	67535	76669	164793
Västernorrlands län	17999	58756	68027	144782
Jämtlands län	9878	30886	34945	75709
Västerbottens län	25309	65266	65665	156240
Norrbottens län	20252	62115	70480	152847

De senere år har det svenske forbrug af alkohol nærmet sig det danske. I en opgørelse fra SORAD⁸ vurderer man således, at det svenske forbrug af ren alkohol pr. indbygger over 15 år er på 9,87 liter i 2002. Til sammenligning var det danske forbrug af ren alkohol pr. indbygger i 2001 på 11,4 liter. Dette tal inkluderer dog ikke netto-grænsehandel.

Det svenske forbrug ser desuden ud til fortsat at være stigende. 2003 forbruget synes således at være på 10,3 liter⁹, mens 2004 forbruget skønnes at kunne nærme sig 10,6 liter¹⁰. Om den samme stigning ses i Danmark vides desværre ikke. Der er dog ingen grund til at tro, at det danske forbrug er blevet mindre, og det må – når grænsehandlen inkluderes – skønnes at være over 12 liter pr. person over 15 år.

Som det tidligere er blevet vist er forbruget af alkohol ikke lige stort i forskellige regioner. Dette er naturligvis også tilfældet i Sverige. Vi vil derfor – som i den danske opgørelse – udregne en kvotient for det enkelt län, som kan sige noget om, hvor mange procent vi kan forvente er afhængige eller

⁸ <http://www.sorad.su.se/lopalk.pdf>

⁹ <http://www.sorad.su.se/tabelldok.pdf>

¹⁰ <http://www.uppsaladirekt.com/web/artikel.php?site=2&id=760955>

har et misbrug af alkohol i de enkelte regioner. På SORAD internetsiden¹¹ er det muligt at se, hvor mange liter ren alkohol, der er konsumeret pr. indbygger i de forskellige län i Sverige. Når antal liter pr. indbygger i de forskellige län divideres med den gennemsnitlige liter pr. indbygger i Sverige (2002-tal), får man en kvotient, der siger noget om, i hvilken grad borgerne i det givne län placerer sig under eller over gennemsnittet. Eftersom der – som tidligere nævnt – er en stærk sammenhæng mellem konsumtion og afhængighed, går vi ud fra, at denne kvotient også afspejler andelen af afhængige og personer med misbrug. Dette kan naturligvis diskuteres, men det vil til gengæld være endnu mere fejlagtigt at regne med, at der er en lige stor del afhængige i hvert län/amt.

Nedenstående ses det, hvor mange afhængige og personer med misbrug der skønnes at være i de enkelte svenske län.

Tabel 5.2 Skønnet antal personer med afhængighed og misbrug i Sverige

Riket	5492980	3,8%	4,7%	208733	255424
Län	Alle 18-64 år	Afhængige % procent	Misbrug % procent	Afhængige antal	Misbrug antal
Stockholms län	1192077	4,6	5,6	54908	66467
Uppsala län	190145	4,1	4,9	7736	9365
Södermanlands län	155261	4,0	4,9	6257	7575
Östergötlands län	252542	3,4	4,1	8627	10444
Jönköpings län	193612	3,0	3,7	5871	7107
Kronobergs län	106333	3,3	4,0	3551	4298
Kalmar län	138008	3,6	4,4	5032	6092
Gotlands län	34589	4,0	4,9	1394	1688
Blekinge län	89510	3,3	4,0	2989	3618
Skåne län	704348	4,3	5,3	30550	36982
Hallands län	167030	4,0	4,8	6604	7994
Västra Götalands län	928191	3,8	4,6	35271	42697
Värmlands län	162036	3,5	4,2	5660	6851
Örebro län	165342	3,1	3,7	5077	6146
Västmanlands län	156262	3,3	4,0	5158	6244
Dalarnas län	163323	2,9	3,5	4764	5767
Gävleborgs län	164793	3,0	3,7	4997	6049
Västernorrlands län	144782	3,0	3,7	4390	5315
Jämtlands län	75709	2,6	3,1	1947	2357
Västerbottens län	156240	2,7	3,3	4258	5154
Norrbotens län	152847	2,7	3,3	4165	5042

Man kan med rette stille spørgsmålstegn ved, om man kan anvende den samme andel på 3,8% for afhængighed og 4,65% for misbrug såvel i Sverige som i Danmark. For en sådan procentvis andel taler dog, at Sverige er ved at nærme sig det danske forbrug, og som tidligere nævnt har man også

¹¹ <http://webbdb.sorad.su.se/53Lan.asp?menu=82>

tilbage i 1995 (Spak & Hällström) fundet, at 1,5% af de svenske kvinder kunne kategoriseres som afhængige (og forbruget er steget siden), hvilket – fordelingen mellem mænd og kvinder taget i betragtning – passer meget godt til en generel andel af afhængige på mellem 3-4%. Man kunne så påstå, at den procentvise andel burde være højere i Danmark. Dette er diskuteret tidligere.

Som det ses i tabellen, skønnes der at findes procentvis flest afhængige i Stockholm län (4,6%), mens der procentvis findes færrest i Jämtlands län (2,6%). Dette er naturligvis helt afgørende, når det skal vurderes, hvor stor en andel af afhængige man når med den behandlingsindsats, der er etableret. At påstå, at de havde 3,8% i Jämtland, ville således betyde, at de nåede en meget mindre andel af alkoholafhængige, end det antageligt er tilfældet.

Som tidligere vist, blev der i de danske tal fundet en spredning fra 5,3% i Københavns og Frederiksberg Kommuner (H:S) til 2,3% i Nordjylland. De danske tal er udregnet på en lidt anden måde end de svenske. Her har det været antal personer i de forskellige amter, der havde et forbrug på over den af Sundhedsstyrelsen anbefalede genstandsgrænse. Her blev det vist, at 17,3% fra Københavns og Frederiksberg kommuner havde drukket over genstandsgrænsen, mens dette var tilfældet for 7,5% fra Nordjylland. København og Stockholm synes altså rimeligt sammenlignelige, mens Jämtlands, Västerbottens og Norrbottens Län er mere sammenlignelige med Nordjylland, Vestsjælland og Storstrøms amter.

5.2 Det svenske misbrugsbehandlingssystem

Det svenske misbrugsbehandlingssystem ligner på nogle områder det danske system, mens det på andre områder synes ret så forskelligt. Sverige adskiller sig ikke mindst på følgende to områder, som er af betydning, når de to systemer skal sammenlignes.

- a) Alkohol- og stofbehandling er i store træk ”under samme tag”.
- b) Der satses i Sverige betydeligt mere på døgnbehandling.

I det følgende skal det svenske behandlingssystem søges sammenholdt med det danske.

I en kortlægningsundersøgelse fra 2003 (IKB 2003) blev i alt 938 enheder anmodet om at give oplysninger om deres behandlingsindsats til socialstyrelsen. 145 enheder viste sig ikke at være relevante, og fra de resterende 793 enheder besvarede 611 spørgeskemaet. Alle disse enheder beskæftigede sig med behandling af personer, der har et misbrug/er afhængige af rusmidler. Behandling blev her defineret som ”indsatser, som indrettes på at initiere og fastholde, at det enkelte individ kommer ud af sit misbrug og

forhindres i tilbagefald, herunder inkluderet medicinsk overvåget afgiftning” (ibid.:18). Der anes her en noget højere grad af fokus på ikke mindst stoffrihed (hos personer med et forbrug af illegale stoffer).

611 enheder lyder i dansk sammenhæng som et meget højt tal. For det første skal man her være opmærksom på, at det gælder såvel alkohol som stofbehandlingsenheder, og at det gælder også halvvejshuse og enheder indenfor sygehusområdet (herunder psykiatrien) og kriminalforsorgen. De enheder, der nok bedst kan sammenlignes med de danske, er dem, man i Sverige kalder for öpenvårdsenhet för misbruksbehandling (svarer til de danske offentlige behandlingsenheder i amterne) og vårdinstitutionerne eller familiehjem (svarer til de danske døgninstitutioner). Derudover findes der en del enheder, der kombinerer disse to indsatsmodaliteter. Tilsammen udgør disse (öpenvård, vårdinstitution og kombinationer af disse) ca. 456 enheder. Der er stadig tale om såvel alkohol som stofbehandlingsenheder.

I Danmark findes der omkring 80 ambulante alkoholbehandlingsenheder (lokaliteter) og 15-20 døgnbehandlingsenheder. Altså mellem 90 og 100 (det afhænger lidt af definitionerne). Hvad angår antal døgnbehandlingsenheder er der ikke sket nogen udvikling siden 1990, men det ser ud til, at der er kommet ca. 20 flere ambulatorier siden 1990 (se Järvinen 1998:32). Flere ambulatorier synes altså ikke at have betydet nævneværdigt flere i behandling (som tidligere nævnt er det stadig omkring 18-20.000). Den nye strukturreform kan måske betyde langt flere ambulatorier, hvilket ikke nødvendigvis betyder, der kommer flere i behandling. Antal behandlingsenheder skal man derfor nok ikke tillægge alt for stor betydning. På den anden side kan flere ambulatorier også ses som det, der tidligere er blevet kaldt for ”stærkasse-princippet”. Men det kommer naturligvis an på ressourcer.

Udover alkoholbehandlingsenhederne kommer stofbehandlingsenhederne, hvor der findes et tilsvarende antal ambulante enheder (ca. 75 lokaliteter) og ca. 40 døgnbehandlingsinstitutioner. I Danmark findes der altså mellem 200-220 behandlingsenheder (lokaliteter), der behandler personer med alkohol og stofmisbrug/afhængighed. Herunder er ikke indregnet halvvejshuse eller forskellige projekter etableret af døgninstitutioner. Heller ikke enheder, der alene er rettet mod behandling af ludomani, er medregnet.

Der findes i Sverige 42 behandlingsenheder indenfor Kriminalforsorgen. I Danmark er det omkring 25, hvilket – kvotienten på 1:1,62 taget i betragtning – ikke adskiller sig fra Sverige.

I Sverige ser der ud til at være en del kommunale behandlingsenheder. Sådanne ser ikke ud til at eksistere i Danmark, men her bør de 80-100 væresteder, som findes i Danmark dog nævnes. Disse er nok ikke behandlingsenheder, men mange af dem har behandlingslignende opgaver, som

ganske vist sjældent fokuserer på afholdenhed/stoffrihed. Her kan definitionen på behandling være vanskelig at gennemskue.

Derudover findes der i Sverige en del enheder tilknyttet sygehuse og psykiatrien. Der findes også enheder i Danmark med særligt fokus på misbrug/afhængighed af rusmidler tilknyttet psykiatrien (og måske også sygehuse) – men der findes ingen opgørelser over dette. Man kan dog med ret så stor sikkerhed sige, at rusmiddelproblematikken underrapporteres/diagnosticeres i psykiatrien (Søberg Hansen 2000).

Noget kunne derfor tyde på, at man i Sverige måske nok har flere enheder pr. indbygger end i Danmark, men forskellen er antageligt betydeligt mindre, end det umiddelbart ser ud til. Definitionen på behandling kan forvirre billedet, og der er næppe tvivl om, at man i Sverige er mere fokuseret på afholdenhed/stoffrihed end i Danmark. Indenfor ikke mindst psykiatrien og sygehussektoren synes man i Sverige at have betydeligt mere fokus på rusmiddelproblematikken end i Danmark.

Af de 611, der besvarede spørgeskemaet, oplyste 84%, at de behandlede såvel alkohol- som stofmisbrug, 9% kun stofmisbrug og 7% alene alkoholisbrug. Den ret stærke opdeling, vi ser mellem alkohol og stof i Danmark på såvel det ambulante område som på døgnområdet, ses altså ikke i Sverige. Her synes alkohol og stof i langt højere grad at være under samme tag.

Endelig skal det i forlængelse af dette nævnes, at 28% af enhederne behandler dopingmisbrug, mens 22% behandler spillemisbrug. Et så stort fokus på disse målgrupper findes ikke i Danmark.

I de svenske opgørelser ses der belægningsprocenter for døgninstitutioner generelt (behandlingshem og andre vårdinstitutioner), men ikke for de ambulante behandlingsenheder (det kræver en definition af kapacitet). På døgninstitutionerne generelt findes der i Sverige en belægning på ca. 2/3. Vi har ikke i øjeblikket et sådant generelt tal for belægningsprocenten i Danmark. Dog synes belægningsprocenten på de få institutioner, hvor en sådan haves, tilsvarende. På det ambulante område findes der i Danmark som tidligere nævnt ingen egentlige tal for kapacitet. Man kan sige, at ”man tager det der kommer”, hvilket samtidig betyder, at kun enkelte rapporterer om venteliste. I stedet for venteliste kan man bl.a. vælge at ”fortynde” behandlingskapaciteten/hæve behandler – klient ratio. Nogen identificerbar forskel mellem Danmark og Sverige findes altså ikke på dette område.

Halvdelen af de klienter, der indskrives i misbrugsbehandling i Sverige, har alene et alkoholproblem, 20% et stofproblem, mens 30% har et blandingsproblem. Eftersom vi i Danmark ikke har opgørelser, der adskiller alkohol-

og stofklienter på denne måde, må der anvendes en anden metode. I Danmark var der i 2003 19-20.000 indskrevet i alkoholbehandling (ambulant og døgn). Derudover var der 10-12.000 indskrevet i stofbehandling. Egentligt er det opgjort til 12.195, men nogle kan forekomme to gange, fordi de har været i behandling i to amter (se Sundhedsstyrelsen: Stofmisbrugere i behandling 2003). Heri er også indregnet døgnbehandling. I Danmark er det altså ca. 35% af dem, der er indskrevet i misbrugsbehandling, som modtager stofbehandling, mens 65% modtager alkoholbehandling. Hvis man delte det op på denne skarpe måde i Sverige, kunne man godt forestille sig, at det var det samme tal. Deres måde at dele op på giver dog muligheden for en "buffer" gruppe på 30%, der har både stof og alkoholproblemer. Vi kunne uden tvivl godt tage 15% af de danske stofmisbrugere og 15% af alkoholmisbrugerne og definere dem som blandingsmisbrugere af forskellig observans. Dette tal indikerer altså ingen forskelle mellem Danmark og Sverige.

I Sverige er det ca. 12% af de, der kommer i behandling, som behandles på en døgninstitution, 82% behandles ambulant, mens 2% i afdelinger på sygehus og 4% indenfor kriminalforsorgen. De sidste to skal ikke inddrages her, hvorved andelen i døgnbehandling snarere er 13-14%. I Danmark er det ca. 700¹² ud af de ca. 20.000, der behandles på døgninstitution, hvilket svarer til 3,5% – altså et meget anderledes behandlingsvalg end det, man ser i Sverige.

Som i Danmark varetages den ambulante behandling primært af det offentlige, mens døgnbehandling i høj grad varetages af privatejede eller selvejede institutioner. I Danmark er dette billede måske en smule mere markant.

Endelig skal det nævnes, at ca. 30% af de, der indskrives i misbrugsbehandling i Sverige er kvinder. Dette svarer til den danske fordeling mellem kvinder og mænd.

5.3 Personer med alkoholmisbrug/afhængighed i behandling pr.

1. april 2003 og indskrevet i 2003

Som nævnt i indledningen til dette afsnit fandt man i 1990, at 17.479 var indskrevet i ambulant behandling, mens det i Sverige var ca. 58.000. Det er muligt, man kunne se en sådan forskel i 1990, men i så fald findes den ikke mere. Sandsynligvis er der tale om en misforståelse.

Socialstyrelsen fandt, at der pr. 1 april 2003 var indskrevet 23.500 personer på de tidligere nævnte 611 enheder. Dette opjusteres til ca. 30.000,

¹² I DanRIS databasen finder man således, at ca. 1000 indskrives om året, hvoraf de 300 er selvbetalere.

når der kontrolleres for de enheder, der ikke besvarede spørgeskemaet. Her er inkluderet de klienter, som er indskrevet på psykiatriske afdelinger, på sygehuse, i kriminalforsorgen og som modtager særlig behandling af læge, psykolog eller psykoterapeut. Disse udgør 4127 af de 23.500. Når der skal sammenlignes med Danmark, er det derfor ikke 30.000, der skal inddrages, men omkring 25.000 (opjusteret). Dertil kommer, at disse 25.000 er såvel stof- som alkoholmisbrugere/afhængige. Som tidligere vist synes fordelingen mellem personer med stof og alkohol problemer ikke at være meget forskellig fra den danske. Vi kan derfor godt gå ud fra, at ca. 2/3 i særlig grad har problemer med alkohol. Hvis dette accepteres, svarer det til, at der var ca. 16.500 alkoholmisbrugere/afhængige indskrevet i det svenske misbrugsbehandlingssystem pr. 1. april (døgn og ambulant, fratrukket sygehuse, psykiatri, kriminalforsorg og særlige tilbud varetaget af læge, psykolog, psykoterapeut).

Dette skal sammenlignes med de ca. 10.000, som var indskrevet i behandling på de danske ambulante behandlingseinheder (døgn og ambulant). Når dette opjusteres med kvotienten 1:1,62, får vi stort set det samme tal. Med andre ord – der ser ikke ud til at være flere, der misbruger eller er afhængige af alkohol indskrevet i Sverige, end der er i Danmark. Dette kan kontrolleres på en anden måde.

I rapporten ”Missbrukara och övriga vuxna – insatser år 2003” er det vurderet, hvor mange mellem 21 og 64 år, som i 2003 modtog et tilbud fra det offentlige. Der skelnes her mellem a) bistånd som avser boende, b) individuelt behovspröved öpenvård, c) frivillig institutionsvård og d) frivillig familiehemsvård. Den første kategori (bistånd som avser boende) inkluderer også det, vi i Danmark ville placere under forsorgsområdet – men ikke kun. Den sidste kategori (frivillig familiehemsvård) inkluderer familiebehandling af voksne misbrugere og udgør kun en mindre andel. Samlet modtog godt 48.000 svenskere mellem 21-64 år et af ovenstående tilbud i 2003. Det er måske dette tal, som var 58.000 hos Järvinen i 1991, hvilket passer med, at man dengang anvendte aldersgrænsen 18-64 år (nu 21-64 år). Men her er der altså tale om såvel alkohol- som stofmisbrugere/afhængige. Hvis den samme omregningsfaktor anvendes som før, vil det sige, at ca. 38.000 af dem i særlig grad har alkoholproblemer – og her er forsorgssystemet altså også medtaget. I Danmark er det 19-20.000, der er i alkoholbehandling om året – eksklusive de der modtager hjælp fra forsorgssystemet. Hvis vi regner med, at omkring 2-3000 alkoholafhængige danskere modtager hjælp fra forsorgssystemet og igen inddrager kvotienten 1:1,6 – så får vi igen, at Danmark og Sverige i store træk har indskrevet det samme antal klienter om i året i alkoholbehandling.

De meget store forskelle, der har været påstået mellem antal klienter indskrevet i alkoholbehandling i henholdsvis Sverige og i Danmark, synes altså at bygge på en misforståelse. Til gengæld synes det ret klart, at man i

Sverige satser betydelig mere på døgntilbud end i Danmark. Det skal der vendes tilbage til, når omkostningerne ved systemet skal beskrives.

Nedenfor er opstillet en tabel over, hvor mange afhængige der skønnes at være i de forskellige län, og hvor mange af disse der har modtaget et behandlingstilbud i 2003. Tabellen forklares nedenfor.

Tabel 5.3 Afhængige der modtager tilbud pr. län i 2003

Riket	5492980	208733	32245	15,4
Län	Alle 18-64 år	Afhængige antal	Afhængige i behandling	Afhængige der nås pr. år
Stockholms län	1192077	54908	7016	12,8
Uppsala län	190145	7736	894	11,6
Södermanlands län	155261	6257	1044	16,7
Östergötlands län	252542	8627	1274	14,8
Jönköpings län	193612	5871	941	16,0
Kronobergs län	106333	3551	674	19,0
Kalmar län	138008	5032	896	17,8
Gotlands län	34589	1394	219	15,7
Blekinge län	89510	2989	797	26,6
Skåne län	704348	30550	3820	12,5
Hallands län	167030	6604	629	9,5
Västra Götalands län	928191	35271	6294	17,8
Värmlands län	162036	5660	952	16,8
Örebro län	165342	5077	1098	21,6
Västmanlands län	156262	5158	976	18,9
Dalarnas län	163323	4764	709	14,9
Gävleborgs län	164793	4997	874	17,5
Västernorrlands län	144782	4390	733	16,7
Jämtlands län	75709	1947	326	16,7
Västerbottens län	156240	4258	838	19,7
Norrbottnens län	152847	4165	1241	29,8

I tabellen er anvendt de procentfordelinger for antal afhængige pr. län, som blev vist i tabel 5.2, og de opgørelser af antal klienter indskrevet i misbrugsbehandling i de enkelte län, som er beskrevet i "Missbrukara och övriga vuxna – insatser år 2003"¹³. I kapitel 3 blev det vist, at ca. 14,7% af danske afhængige fik et tilbud om behandling i 2003. I den svenske opgørelse er det 15,4%. Betingelsen er, at man accepterer, at 2/3 af de, der indskrives kan siges at have alkohol som det primære problem, mens den anden tredjedel i højere grad har andre stoffer som problem (i Danmark ville de ikke komme i alkoholbehandling), og at de, der modtager behandling for deres alkoholproblemer, kan diagnosticeres som afhængige af alkohol.

¹³ Her er forsorgsklienterne inkluderet i den svenske undersøgelse. Til gengæld er det de 21-64-årige i den svenske opgørelse, mens det er alle i dansk misbrugsbehandling, der er inkluderet. Der regnes med, at disse i nogen grad ophæver hinanden. Udregningerne skal naturligvis alene bruges som pejlemærker.

Noget kunne tyde på, at især Norbottens, Blekinge og Örebro län når mange – hele 29,8; 26,6 og 21,6 procent af de afhængige. I Danmark var det Viborg, Vestsjælland og Fyns Amter, der nåede den største andel af det skønnede antal afhængige (26,4%; 19,8% og 18,7%). Som det er vist i kapitel 4 kan der være tale om vidt forskellige måder at nå mange klienter på.

5.4 Ydelser/tilbud

Af de tidligere omtalte 611 enheder (*"Insatser och klienter i behandlingssenheter inom missbrukvården 1. april 2003"*) svarede 599 på, hvilke ydelser de kunne tilbyde de klienter, som kom i behandling. Der blev skelnet mellem følgende typer af indsatser:

- Udredning/diagnose (misbrug, psykisk, social, andet)
- Prøvetagning (f.eks. urinprøver, alkometer)
- Misbrugsbehandling (modalitet: f.eks. afgangning, korttidsbehandling)
- Behandlingsmetoder (kognitiv adfærdsterapi, akupunktur mm.)
- Anden behandling (fysisk, psykisk, børn mm.)
- Indsatser ved udskrivning (arbejde, økonomi, bolig mm.)
- Efterbehandling (opfølgning efter udskrivning)
- Opsøgende arbejde (opsøge klienter, informationsarbejde mm.)
- Andre indsatser (arbejdsstræning, uddannelse, juridisk rådgivning mv.)

I det følgende skal alle de svenske län ikke gennemgås. Derimod skal der sættes særligt fokus på henholdsvis de län, som tilsyneladende når flest, og de län, som når færrest. Er der forskel i tilbud/ydelser og kunne man måske knytte disse forskelle til, hvor mange de enkelte län når af deres målgruppe. Dette kunne give informationer om, hvilke strategier/ydelser der kunne få flest til at søge behandling. Der skal skelnes mellem de 4, der når flest, og de 4, der når færrest. Disse er følgende:

Når flest		Når færrest	
Norbotten	29,8 %	Halland	9,5 %
Blekinge	26,6 %	Uppsala	11,6 %
Örebro	21,6 %	Skåne	12,5 %
Västerbotten	19,7 %	Stockholm	12,8 %

Det første, der skal nævnes, er, at der synes at være flere enheder til at behandle målgruppen i de län, som når flest. Dette ses nedenfor.

Flest	Enheder pr. 1000 afhængig	Færrest	Enheder pr. 1000 afhængig
Norrbotten	4,1	Halland	2,3
Blekinge	3,7	Uppsala	3,2
Örebro	5,5	Skåne	2,4
Västerbotten	4,0	Stockholm	2,2

Samlet er der for de 4 län, som har den største skønnede andel af afhængige i behandling, 4,4 enheder pr. 1000 afhængige, mens det er 2,3 for de län, der har færrest i behandling.

Nu inddrages der ikke i denne undersøgelse nær så mange danske enheder (75) – bl.a. fordi der her alene er tale om ambulante offentlige behandlingsenheder. Alligevel er tendensen den samme, om end Fyn ødelægger dette billede noget, idet de har få enheder pr. skønnet antal afhængige, og alligevel når de forholdsvis mange. Der er nu alligevel tendenser i retning af, at jo flere enheder pr. skønnet antal afhængig, desto større andel af dem kommer i behandling i den pågældende region.

En anden interessant oplysning fra de svenske tal er, at det tilsyneladende er de län, hvor der er mest oplysning om alkohol og stoffer (*alkohol- och drogupplysning*), som når flest af de alkoholafhængige. Det er således 68% af de enheder, som findes i de 4 län, der når flest, som oplyser, at de praktiserer ”*alkohol- och drogupplysning*”, mens det hos de 4 län, der når færrest, er 48%, som praktiserer det samme. Dette er i overensstemmelse med de danske resultater. Det synes helt klart, at de, der har et tæt samarbejde med hospitalerne, får flere klienter i behandling, og det samme gælder for de, der har flest udadrettede aktiviteter, herunder undervisning på skoler, kontakt med forskellige projekter i samarbejde med eksterne samarbejdspartnere og samarbejde med primærkommunerne (de sidste opleves ofte som så stressede, at det kan være vanskeligt at opretholde et egentligt samarbejde med dem). Derudover tilkendegiver flere, at man med annoncering godt kan få fat i de ”lettere” typer (for uddybning af udadrettede aktiviteter se kapitel 4).

Endelig skal det nævnes, at der kan være gode begrundelser for at nå relativt få af det skønnede antal afhængige i en region. Det ses således klart, at de län, der når færrest, også har den største skønnede andel af afhængige. Dette kunne bl.a. betyde, at disse län i højere grad er optaget af de ”tungeste” afhængige – og at alle deres ressourcer anvendes til denne gruppe. Dette ses bl.a. ved den højere grad af fokus, disse län har på psykofarmakologisk behandling (42% af enhederne tilbyder dette, mens det samme gælder for 27% i de län, der har flest i behandling). De har også flere, der tilbyder afgiftning (33% af enhederne tilbyder dette, mens det samme gælder for

21% i de län, der har flest i behandling). At have mange afhængige, ofte indenfor et tæt beboet område, kan derfor virke særligt belastende på et behandlingssystem – ikke mindst hvis de økonomiske midler fordeles efter antal indbyggere og ikke efter antal afhængige.

5.5 Omkostninger

At sammenligne de danske omkostninger direkte med de svenske er ikke muligt ud fra de tilgængelige oplysninger. Dette ikke mindst fordi man i Sverige regner med bruttoudgifter, hvor alle omkostninger synes at være taget med, mens man i Danmark arbejder med nettoudgifter, som tillige indimellem kan være svære at gennemskue. Det betyder, at man i det følgende vil se nogle svenske omkostninger, der er langt større end de danske. F.eks. kostede døgnbehandlingen i Sverige i 2002 1968 millioner kroner. Hvis vi siger, at 2/3 af denne døgnbehandling var rettet mod særlige alkoholproblemer, så får vi 1310 millioner svenske kroner til kurs 0,82, hvilket svarer til 1074 millioner danske kroner. I den svenske opgørelse ”Missbrukere och övriga vuxne – insatser år 2003” var der i 2003 11098 i døgnbehandling i 2003 (såvel alkohol som stof). 2/3 af disse svarer til 7324 i alkohol-døgnbehandling i 2003. Det svarer til, at hver klient koster 146.000 dkr. I Danmark skønner vi, at en klient koster ca. 1.000 dkr. om dagen (netto). Samtidig er den gennemsnitlige indskrivningslængde 51 dage (DanRIS udregning på 914 klienter i alkohol-døgnbehandling), hvilket altså svarer til, at omkostningerne pr. klient er ca. 51.000 dkr. (og det er nok i underkanten). De svenske og danske tal kan ikke sammenlignes, men hvad der derimod kan sammenlignes er forholdet mellem, hvad det koster at have klienter i henholdsvis døgnbehandling og i ambulante behandling. Dette forhold kan anvendes, når omkostningerne for forskellige modeller inkluderende døgnbehandling skal opstilles.

Den ambulante behandling af misbrugere skønnes i Sverige at beløbe sig til 1.904 millioner svenske kroner. Heri er inkluderet forsorgssystemet. Det er ikke alle de svenske län, der har udspecificeret udgifterne for ambulante behandling, men ved at udregne de 10 län, som har udspecificeret udgifter og anse disse som repræsentative, kan man komme frem til, at forsorgen ca. udgør 821 millioner svenske kroner af omkostningerne. Med andre ord udgør den ambulante indsats overfor misbrugere i Sverige ca. 1.083 millioner svenske kroner. Igen er det 2/3, der skønnes anvendt mere specifikt på alkoholbehandling og igen udregnes der til kurs 0,82. Her får vi beløbet 591 millioner dkr. til ambulante alkoholbehandling. Det er ca. fire gange så meget som i Danmark, men det er næppe sammenligneligt. Ved at regne med ca. 27.000¹⁴ i ambulante behandling for alkoholafhængighed i Sverige gives

¹⁴ 38.000 minus dem i forsorgssystemet og minus dem i døgnbehandling.

en pris pr. klient på omkring 22.000 dkr. Det er altså ca. fire gange så meget som i Danmark, hvor én klient koster 6.500 kr., men det indeholder uden tvivl helt andre omkostninger. Hvad man til gengæld kan sige er, at døgnbehandling ser ud til at være ca. syv gange dyrere end ambulantlysbehandling i Sverige. I Danmark er forholdet 51.000 til 6.981, hvilket ligeledes giver godt syv gange prisen for døgnbehandling som for ambulantlysbehandling.

Der kan naturligvis være en række uigennemskuelige fejlskøn i dette tal¹⁵, men at døgnbehandling er betydeligt dyrere end ambulantlysbehandling kan ikke diskuteres. I det følgende skal der arbejdes med, at døgnbehandling mindst er fem gange så dyr som ambulantlysbehandling. Heri ligger der ingen vurdering af kvaliteten. Det kan være, at disse fem gange ambulantlysprisen er godt givet ud, og at døgnbehandling er uundværlig for særlige grupper (hvilket antageligt er tilfældet). Det følgende skal derfor alene ses som et forsøg på at vise, hvad det vil koste i Danmark at indføre den svenske fordelingsmodel mellem døgn og ambulantlysbehandling. Hvor stor en andel af de, der er i alkoholbehandling i Sverige, som tilbydes døgnbehandling, varierer lidt efter udregningsmetoder. Tidligere er tallet 12-14% nævnt, men man kan godt få tal helt op til tæt på 20%. I det følgende skal der regnes med 13%, hvilket er næsten fire gange så meget som i Danmark (her er det 3,5%). Hvis 13% af de 19.000, der er i alkoholbehandling om året i Danmark, skulle i døgnbehandling, ville det betyde, at 2470 skulle i døgnbehandling. De 700 af disse får allerede tilbud om døgnbehandling. Tilbage er der 1770, som ikke i dag kommer i døgnbehandling. Et ambulantlysbehandlingsforløb koster i dag ca. 6.981 dkr., mens et døgnbehandlingsforløb i gennemsnit koster 50.000 (difference = 43.000). De 1770 ville altså ekstra koste 1770×43.000 dkr. = 76,1 millioner dkr. Og det er uden tvivl lavt sat. Det skal altså påstås, at den svenske model nødvendigvis må være dyrere end den danske grundet sin anvendelse af døgnbehandling som metode. Det kan være velbegrundet, men det vil altså koste tæt ca. 76 millioner dkr. at indføre denne model i Danmark – vel at mærke uden at få flere ind i behandlingssystemet.

¹⁵ En fejlkilde kan f.eks. være, at stofbehandling er meget dyrere end alkoholbehandling – hvilket der ikke her tages højde for. Det er tilfældet i Danmark, og det synes også at være tilfældet i Sverige. Men det ændrer ikke ved, at månedsprisen for en klient i alkohol-døgnbehandling er den samme som for en klient i stof-døgnbehandling. Til gengæld er stofmisbrugere indskrevet i længere tid i døgnbehandling (flere antal døgn i forhold til antal personer).

I næste afsnit skal der arbejdes videre med at opstille forskellige økonomiske beregninger for indførelsen af forskellige modeller i Danmark. Inden dette kommer dog en kort sammenfatning af kapitel 5.

5.6. Sammenfatning

Den svenske model har i mange år været noget, der ofte blev refereret til, når kvaliteten af alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark blev diskuteret. Ofte er tallet 58.000 i ambulant behandling blevet sammenlignet med de danske 17-19.000 ditto. Den svenske model ser dog på en række områder ikke ud til at være væsensforskellig fra den danske. Der ses således en nogenlunde ens fordeling mellem følgende:

- Mellem antal mænd og kvinder i alkoholbehandling
- Mellem antal indskrivninger i alkoholbehandling pr. år
- Mellem antal indskrevne aktuelt
- mellem prisforskel for døgn og ambulant behandling
- mellem at døgnbehandling i vid udstrækning er privat/selvejende institutioner, mens de ambulante institutioner i højere grad er offentligt ejede

Det ser således ud til, at sammenligningen mellem de 17-19.000 og 58.000 i ambulant behandling bygger på en misforståelse, idet de 58.000 inkluderer såvel stof som alkohol og såvel døgn, ambulant som forsorg. Dertil kommer, at tallet også inkluderer de enheder, der har særlige tilbud til misbrugere indenfor kriminalforsorgen, psykiatrien, sygehussektoren og i halvvejshuse (derudover kommer alle de sindslidende med misbrugsproblemer, men det er en helt anden sag). Når der tages hensyn til dette, findes der ikke nogle identificerbare forskelle mellem svensk og dansk alkoholbehandling. De sammenligninger, der er foretaget, skal dog ses som grove sammenligninger, hvor forskellige rapporter dog viser nogenlunde overensstemmelser mellem alkoholbehandling i Danmark og Sverige

Der ses på en række områder også store forskelle mellem Danmark og Sverige. Nogle af dem er opstillet nedenfor.

I Sverige...

- behandles alkohol og stofklienterne under samme tag
- anvendes i højere grad døgnbehandling
- er behandlingen grundet anvendelsen af døgnbehandling dyrere
- ser der ud til at være flere enheder
- er der mere fokus på doping og spil
- synes der i højere grad at fokuseres på rusmiddelproblematikken indenfor ikke mindst psykiatrien og sygehussektoren.
- har man en meget bedre registrering af klienter i alkoholbehandling

6. FORSKELLIGE ØKONOMISKE MODELLER

Et af de opdrag, der har været til denne opgave, har været at udregne omkostningerne ved indførelsen af bestemte behandlingsmodeller. I det følgende skal der foretages en række omkostningsberegninger for forskellige modeller. Den første vil være en ”flere i behandling model”, hvor målet bliver at nå 20% af de, der er afhængige af alkohol men uden ekstra omkostninger pr. klient, og hvor den omkostningsfordeling, der findes mellem amterne bibeholdes. Ud fra nedenstående tabel fremgår, hvor meget dette vil koste samlet og pr. amt.

Tabel 6.1 ”Flere i behandling modellen”

Amt	NETTOUDGIFTER 2003	Afhængige Procent	Afhængige Antal	Nå 20,0%	Pris pr. klient netto	Omkostninger ”flere-i-behandling”	
Bornholm	1.778.004	3,85	1012	202	14817	3.000.126	
Frederiksborg	12.434.000	4,83	11137	2227	9661	21.520.090	
Fyn	16.374.000	3,79	11155	2231	7857	17.528.543	
København	9.444.000	4,95	18820	3764	3569	13.434.623	
Nordjylland	3.242.000	2,29	7045	1409	6015	8.475.040	
Ribe	3.331.000	3,76	5169	1034	7570	7.826.393	
Ringkøbing	7.933.000	3,73	6279	1256	7755	9.738.341	
Roskilde	4.848.000	4,56	6885	1377	5310	7.311.584	
Storstrøm	6.804.000	3,12	4990	998	9556	9.537.066	
Sønderjylland	5.921.000	2,29	3498	700	11962	8.369.011	
Vejle	7.516.000	3,52	7762	1552	6934	10.763.014	
Vestsjælland*		3,41	6359	1272			
Viborg	3.821.000	2,63	3720	744	3887	2.891.680	
Århus	20.185.000	3,73	15608	3122	12498	39.015.891	
H:S	19.578.100	5,29	22192	4438	5280	23.434.344	TILFØRES
	123.211.107		131631	26326		182845746	59.634.639

* Prisen er uden Vestsjællands Amt, men eftersom disse næsten når de 20% allerede i dag, vil dette ikke betyde noget for udgifterne.

I tabellen ses det at der her regnes med 131.631 afhængige (og ikke 160.000 som i kapitel 2 om problemets omfang). Der refereres her til antal alkoholafhængige mellem 18 og 64 år. Denne måske nok lidt forvirrende ændring skyldes muligheden for at sammenligne med internationale undersøgelser, som næsten alle anvender 18-64/65 års kriteriet. Omkostningsmæssigt betyder dette dog ikke nødvendigvis så meget¹⁶.

¹⁶ Men det kan betyde noget for andelen af alkoholafhængige, som man skønner at nå. Et eksempel kan være Fyns Amt, som når 18,7% af de alkoholafhængige mellem 18-64 år, der findes i Fyns Amt. Hvis alle disse var over 30 år, ville de svare til, at de nåede 45% af kernemålgruppen på alkoholafhængige over 30 år, som ikke er knyttet til forsorgssystemet. Hvis der derimod i stedet regnes med 160.000 over 18 år, betyder det at Fyns Amt når 38% af de alkoholafhængige fra kernemålgruppen. Når prisen holdes konstant, reduceres andelen, der nås altså. 38% er dog stadig rigtigt mange at nå for en given målgruppe indenfor ét år.

Som det ses i tabel 6.1. vil det koste knap 60 millioner kroner ekstra at nå 20% af de, der er afhængige mellem 18-64 år i Danmark. Det vil betyde ca. 7.000 ekstra i behandling. Som det ses, er det omkostningsniveau, man i dag har pr. klient, bibeholdt. Det betyder, at Viborg i denne model skal nå færre end de gør i dag. Med en sådan model vil flere af de amter, der i dag gør det billigst og betaler med en lav behandlingsintensitet, være i fare for helt at bryde sammen, fordi de skal nå endnu flere med samme lave behandlingsintensitet (eller også er de tvunget til at kompensere på forskellige uigennemskuelige måder, hvilket antageligt bliver konsekvensen).

Som nævnt i kapitel 2 er det under halvdelen af de, der er alkoholafhængige som tilhører kernemålgruppen for alkoholbehandlingssystemet, som er de klienter, der er over 30 år og ikke tilknyttet forsorgen. I ovenstående udregning betyder det, at ca. 55.000 er over 30 og ikke knyttet til forsorgssystemet (i kapitel 2 var det omkring 65.000, fordi de, der er over 64 år, her er inkluderet). En sådan model ville altså betyde, at man nåede en rigtig stor andel af de, der var mellem 30-64 år – måske mellem 40-50% om året. Bedre gøres det nok ikke med denne gruppe. For at nå så mange vil følgende uden tvivl være hensigtsmæssigt: a) Formelt og tæt samarbejde med sygehus og primærkommune, b) Særlige tilbud til særlige grupper og c) Stærkass-princippet og d) Andre oplysende og opsøgende aktiviteter (f.eks. forskellig oplysnings-/informations- og undervisnings-virksomhed). Målet kan måske også nås på anden måde, men én og helst flere af ovenstående ser ud til at være gode metoder til at få flere i behandling.

Til gengæld står spørgsmålet om alle de andre alkoholafhængige og misbrugende ubesvaret hen. Der findes fortsat 70-80.000 afhængige mellem 18-30 år, som ofte er meget svære at få i behandling, men som dog også – for en stor dels vedkommende – selv kommer ud af deres afhængighed (men ikke alle). Derudover er der 190.000 med misbrug, som heller ikke er alkoholbehandlingssystemets umiddelbare målgruppe. Disse to grupper er antageligt ikke bare vanskelige at få i behandling, men også svære at identificere. På den anden side er det den yngre gruppe, som netop i disse år kunne tænkes at lave skade på sig selv og andre, og som det derfor ville være meget hensigtsmæssig at få i tale.

En model, der umiddelbart er interessant som antydnet ovenfor, er Viborgmodellen. Her har man i 2003 haft 983 indskrevet i alkoholbehandling, hvilket svarer til 26,4% af de, der skønnes at være afhængige i Viborg Amt. Man er da også i Viborg blevet spurgt, hvorfor de har så mange ”alkoholikere”. Sådan kan det også vendes, men her skal der tages udgangspunkt i, at man faktisk har fået konstrueret en model, der er god til nå mange alkoholafhængige (se kapitel 4 for diskussion af modellen).

Behandlingen i Viborg Amt er forholdsvis billig, hvilket gør modellen endnu mere interessant. I nedenstående tabel er det vist, hvad det vil koste at indføre Viborg-modellen, og nedenfor tabellen er det diskuteret, hvilke ulemper dette kan have.

Tabel 6.2 Viborg-modellen

Amt	NETTOUDGIFTER 2003	Afhængige procent	Afhængige antal	Nå 26,4%	Omkostninger Viborg-modellen	
Bornholm	1.778.004	3,85	1012	267	1.038.906	
Frederiksborg	12.434.000	4,83	11137	2940	11.428.790	
Fyn	16.374.000	3,79	11155	2945	11.446.619	
København	9.444.000	4,95	18820	4969	19.312.915	
Nordjylland	3.242.000	2,29	7045	1860	7.229.462	
Ribe	3.331.000	3,76	5169	1365	5.304.301	
Ringkøbing	7.933.000	3,73	6279	1658	6.443.349	
Roskilde	4.848.000	4,56	6885	1818	7.064.934	
Storstrøm	6.804.000	3,12	4990	1317	5.120.577	
Sønderjylland	5.921.000	2,29	3498	924	3.589.820	
Vejle	7.516.000	3,52	7762	2049	7.964.617	
Vestsjælland*		3,39	6335	1672		
Viborg	3.821.000	2,63	3720	982	3.816.939	
Århus	20.185.000	3,73	15608	4121	16.016.727	
H:S	19.578.100	5,29	22192	5859	22.772.486	TILFØRES
	123.211.107			34744	128550443	5.339.336

* Udregningerne er eksklusive Vestsjællands Amt.

I Viborg har man været rigtigt gode til at nå endog rigtigt mange til en overkommelig pris. Hvis alle andre amter skulle nå lige så mange til samme pris, ville det betyde, at rigtigt mange amter skulle øge deres klient-behandler ratio ganske betragteligt, hvilket der forskningsmæssigt bestemt ikke er belæg for at være nogen god idé (se f.eks. Brewer 1998). I Viborg er klient-behandler rationen aktuelt helt oppe på 92 klienter til hver behandler (197 klienter pr. behandler pr. år). Man kan godt forstå, hvis de føler, de har meget travlt i Viborg, og det kan være én af ulemperne ved at nå mange uden at have de fornødne ressourcer. Det er som nævnt almindeligt anerkendt i international forskning at jo mere intensitet (til en vis grad), desto bedre effekt. For mange i behandling til for få behandlere er derfor ikke hensigtsmæssigt – slet ikke, når man når op på 92.

Hvis Viborg-modellen skulle anvendes alle steder, men med en pris på 6.981 kr. pr. klient (hvilket er gennemsnitsprisen for en klient i alkoholbehandling i Danmark), ville det koste lige knap 120 millioner mere, end det koster i dag. Det kan indikere, hvilket pres der er på Viborg i øjeblikket. Denne samme tendens til mange i behandling til billige penge med en høj klient-behandler ratio ses i Københavns Amt. Her forsøges problemet løst med frivilligt arbejde. Her kommer en helt anden problemstilling ind. Dette fører videre til næste model – Fyns-modellen.

Én af de modeller, man bl.a. fra ministeriets side har været interesseret i at få vurderet, har været Fyns-(eller Odense-)modellen. Det er tidligere vist, at Fyns Amt nåede 18,7% af det skønnede antal afhængige på Fyn, hvilket placerede dem på en tredjeplads kun overgået af Viborg og Vestsjælland. Samtidig har man på Fyn indført følgende:

- a) en form for behandling, som må betragtes som struktureret, evidens-baseret og velbeskrevet (se Odense-modellen 2001), hvilket indikerer en god effekt,
- b) en model, som har en relativ lav klient-behandler ratio på 28 klienter pr. behandler. Også dette indikerer god effekt/høj intensitet. Antallet af klienter pr. behandler pr. år stiger dog markant fordi...
- c) der er tale om en behandlingsmodel med et stort flow og dermed en høj grad af ”produktion”.

Hvis man vil indføre Odense-modellen, betyder det to ting. som vil fordyre det danske behandlingssystem: a) Det kræver, at de, der ikke når 18,7%, får ressourcer til at nå op på denne procentvise andel og b) Det kræver, at de enkelte amter får 7.857 dkr. pr. klient i behandling.

I nedenstående model ses, hvad det vil koste de enkelte amter at indføre Fyns-modellen. Forklaringer ses nedenfor.

Tabel 6.3 Hvad vil det koste at indføre Fyns-modellen

Amt	NETTOUDGIFTER 2003	Afhængige Procent	Afhængige antal	Nå 18,7%	Omkostninger Fyn-modellen	
Bornholm	1.778.004	3,85	1012	189	1.487.498	
Frederiksborg	12.434.000	4,83	11137	2083	16.363.648	
Fyn	16.374.000	3,79	11155	2086	16.389.175	
København	9.444.000	4,95	18820	3519	27.652.075	
Nordjylland	3.242.000	2,29	7045	1317	10.351.085	
Ribe	3.331.000	3,76	5169	967	7.594.655	
Ringkøbing	7.933.000	3,73	6279	1174	9.225.534	
Roskilde	4.848.000	4,56	6885	1287	10.115.515	
Storstrøm	6.804.000	3,12	4990	933	7.331.601	
Sønderjylland	5.921.000	2,29	3498	654	5.139.876	
Vejle	7.516.000	3,52	7762	1451	11.403.674	
Vestsjælland		3,39	6335	1185		
Viborg	3.821.000	2,63	3720	696	5.465.062	
Århus	20.185.000	3,73	15608	2919	22.932.620	
H:S	19.578.100	5,29	22192	4150	32.605.461	TILFØRES
	123.211.107			24611	184057480	60.846.373

Som det ses, vil det koste ca. 61 millioner at indføre Odense-modellen (fra 123 millioner til 184 millioner i nettoudgifter, her eksklusive Vestsjælland, hvilket gør modellen lidt dyrere).

I tabellen ser det ud, som om alle får tilført flere midler undtaget Sønderjylland og Bornholm, og derudover skal Viborg og Vestsjælland Amt have

lidt færre i behandling. Når Sønderjylland og Bornholm ikke får flere penge (selvom de skal have flere i behandling), er det, fordi de har en forholdsvis høj nettoudgift pr. klient. Der kan selvfølgelig være gode lokale begrundelser for denne pris, og måske kan der være tale om en anden måde at regne på. For Vestsjælland og ikke mindst Viborg vil det naturligvis være helt galt at kræve, at de skal have færre i behandling. Derfor vil denne model blive dyr at indføre i ikke mindst Viborg (fordi de har fat i så mange til en billig pris). Derudover skal det pointeres at der ikke i praksis regnes med, at nogle ”mister” penge eller lignende. Tabellerne skal alene anvendes til at illustrere, hvad det vil koste generelt inklusiv mellemregninger.

De store penge-”slugere” ser ud til at være hovedstadsområdet, som mangler over 30 millioner for at kunne nå målet. Dette skyldes, at det skønnes, at der findes betydeligt flere afhængige i Københavnsområdet end i resten af Danmark.

Det skal igen pointeres, at hvis det er ”mere af det samme”, der tales om (altså flere fra kernemålgruppen), så tales der om, at 18,7% svarer til tæt på 40% af denne målgruppe.

Det bør her pointeres, at man jo ikke skal tro, man bare kan indføre en anden model i et amt. Der kan være store forskelle imellem amternes organisatoriske strukturer, politiske og faglige holdninger, tilgængelighed af uddannet arbejdskraft, afstande og meget mere, som kan have afgørende betydning. Det vil uden tvivl slet ikke være muligt at indføre Fyns-modellen i alle amter. Dertil kommer, at der ikke kun findes én model, der er god – der kan være mange modeller, som enten er eller kunne udvikle sig til at blive gode. Men det ændrer ikke ved, at Fyns-modellen umiddelbart synes at have ramt forskellige kvaliteter, som kunne indikere god effekt. Om den ene model også på længere sigt (f.eks. opfølgning et år efter afsluttet behandling) er mere effektiv end den anden, er der dog indtil videre ikke nogen undersøgelser af i Danmark.

Ud fra samme metode kan der opstilles en række andre modeller – nogle betydeligt mere retfærdige end andre. Man kunne f.eks. sige til alle amtskommunerne, at de skal have 20% flere klienter, end de har nu, og til dette kompenseres der med den gennemsnitlige pris per klient på 6.981 kr. Det ville koste ca. 24 millioner kr., men samtidig ville der være amter, hvor dette næppe kan lade sig gøre, og amter, hvor en sådan compensation næppe er nok.

Endelig skal forrige kapitels model over døgnbehandling nævnes. Her blev det konstateret, at hvis vi skulle have den samme fordeling mellem døgn og ambulans behandling som i Sverige, ville det koste ca. 76 millioner kr.

7. SAMMENFATTENDE KONKLUSION

Denne rapport tegner generelt et noget anderledes billede af alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, end man tidligere her set. For det første synes den målgruppe, som alkoholbehandlingssystemet egentlig henvender sig til, at være noget mindre end først antaget. For det andet ser alkoholbehandlingssystemet ud til at være inde i en positiv udvikling – ikke mindst sammenlignet med 80'ernes alkoholbehandling. For det tredje er det alkoholbehandlingssystem, vi har i dag, ikke væsensforskelligt fra f.eks. det svenske ditto.

Det betyder langt fra, at der ikke er endog meget store problemer i alkoholbehandlingen, som der kan tages fat på. I det følgende skal nogle af de væsentligste konklusioner i rapporten trækkes frem, og til slut skal der gives eksempler på, hvor man kan lade sig inspirere til en fremtidig alkoholbehandling.

I Danmark findes ingen opgørelser over, hvor mange der er afhængige af eller misbruger alkohol. Til gengæld findes en opgørelse over, hvor mange danskere, der indtager mere end den af Sundhedsstyrelsen anbefalede grænse på 21 genstande om ugen for mænd og 14 for kvinder – ikke blot nationalt, men også regionalt.

Omkring 500.000 danskere har et forbrug på mindst den anbefalede genstandsgrænse. Disse defineres som storforbrugere, og det er i denne gruppe af storforbrugere, at de afhængige og de, der har udviklet misbrug, skal hentes. Ud fra de nyeste amerikanske undersøgelser (publiceret i 2004) opstilles der i kapitel 2 følgende målgrupper.

150.000 risikoforbrugere	Mindst genstandsgrænsen, men ikke afhængige eller misbrugende)
190.000 med misbrug	Fysiske og/eller sociale problemer knyttet til deres forbrug.
80.000 afhængige under 30 år	Og over 18 år.
65.000 afhængige over 30 år	Men ikke knyttet til forsorgen
ca. 15.000??? i forsorgssystemet	Et usikkert og ikke opgjort tal

Det fremhæves, at den gruppe, alkoholbehandlingssystemet helt primært har henvendt sig til, er de 65.000 afhængige over 30 år, som ikke er knyttet til forsorgssystemet. Der er dog i de senere år opstået en række projekter og en større opmærksomhed på de yngre alkoholafhængige (under 30 år), hvilket dog ikke ændrer ved, at det fortsat er de 65-årige, der er den primære målgruppe (en gennemsnitsalder på ca. 44 år for en klient i ambulans alkoholbehandling). Det pointeres endvidere i kapitel 2, at afhængighed (og misbrug) ikke er nogen stabil tilstand. Mange af de yngre afhængige kom-

mer således ud af deres afhængighed, uden dette kan forklares med forskellige behandlingstiltag. Disse tal er endvidere rimeligt sammenlignelige med en nordtysk undersøgelse, som faktisk indikerer færre afhængige.

Man kan dermed diskutere, om en behandlingsgaranti skal udvide målgruppen, eller den skal fokusere på flere af den målgruppe, der i forvejen fokuseres på (de 65.000)

Forskellige internationale undersøgelser viser også store nationale og regionale forskelle i antallet af alkoholafhængige. I kapitel 3 inddrages antal personer i de forskellige amter, som har et forbrug over genstandsgrænsen. Her kan tegnes et billede over hvilke amter, der kunne tænkes at have flest alkoholafhængige. Ikke overraskende – og fuldstændigt i forlængelse af den svenske undersøgelse – er det i storbyområder, der findes den største andel af personer, der har et forbrug over genstandsgrænsen (Københavns Amt, H:S og Frederiksborg Amt). Den mindste andel findes i amter som Nordjylland, Storstrøm, Sønderjylland og Viborg. Eftersom vi ved, at der er en stærk sammenhæng mellem mængden, der forbruges, og antallet af afhængige,¹⁷ så betyder det også, at der forholdsvist må være flere afhængige i nogle regioner end i andre. Når vi derfor skal udregne, hvor mange de enkelte regioner når fra gruppen af afhængige, så må der tages hensyn til dette forhold.

På denne måde kan vi se, at regionerne Viborg, Vestsjælland, Fyn, H:S og Ringkøbing når flest af det formodede antal afhængige i de respektive regioner. Færrest nås af Nordjylland, Ribe, Århus, Frederiksborg og Bornholm.

I kapitel 3 gives herefter et mål for graden af behandlingsintensitet. Dette gøres ved at se, hvor mange behandlere der er ansat til hvor mange klienter i behandling. Dette giver en behandler-klient ratio på i gennemsnit 1:48 – hvilket vil sige 1 behandler til 48 klienter, der aktuelt er indskrevet. Variationen er dog her meget stor. Færrest klienter per behandler findes på Bornholm (1:16), Nordjylland (1:18), Århus (1:25), Sønderjylland (1:26) og Fyn (1:28). Flest klienter per behandler i Roskilde (1:119), Københavns Amt (1:117), Viborg (1:92), hvorefter det falder dramatisk ned til omkring gennemsnittet.

Den tredje udregning i kapitel 3, som vil indgå i en mere overordnet modeldannelse, er nettoomkostningerne per klient i behandling i de enkelte amtskommuner. Dyrest er Bornholm (14.816 kr. per klient), Århus (12.498 kr.), Sønderjylland (11.061 kr.), Frederiksborg (9.661 kr.) og Storstrøm

¹⁷ Antallet af helt afholdende virker dog forstyrrende ind på denne sammenhæng.

(9.556 kr.). Billigst er Københavns Amt (3.569 kr.), Viborg (3.887 kr.), H:S (5.280 kr.), Roskilde (5.309 kr.) og Nordjylland (6.014 kr.).

Der kan nu tegnes et billede af tre grupper af regioner:

Mange i behandling, lav behandlingsintensitet

En typisk repræsentant for denne model er Viborg. De når rigtig mange af det formodede antal alkoholafhængige, og de må betale med en meget lav behandlingsintensitet. Også Københavns Amt og H:S når ret så mange, og også de må betale med en lav behandlingsintensitet (ikke mindst Københavns Amt). Til gengæld er de alle ret så billige per klient, hvilket ikke er så overraskende den lave behandlingsintensitet taget i betragtning.

Mange i behandling, høj behandlingsintensitet

Typiske repræsentanter for denne model er Fyn og Ringkøbing. De når begge en stor andel af det formode antal afhængige i deres amt, og de har en høj behandlingsintensitet (ikke mindst Fyn med 1:28), men også Ringkøbing med 1:40. Dertil kommer, at de er forholdsvis billige (Fyn 7.857 kr. og Ringkøbing 7.754 kr.). De adskiller sig behandlingsmetodisk fra hinanden, hvilket der vendes tilbage til.

Få i behandling, høj behandlingsintensitet

Typiske repræsentanter er Bornholm og Nordjylland. De når forholdsvis få af de skønnede antal afhængige, men til gengæld er behandlingsintensiteten høj. Ikke mindst Bornholm er forholdsvis dyre, hvilket evt. kan forklares med særlige lokale forhold. Nordjylland er derimod ikke dyre. Sønderjylland kan også placeres i denne gruppe. De når ganske vist flere, men også hos dem er behandler-klient ratioen høj, hvilket til gengæld betales i omkostning. Også Århus er at finde i denne gruppe. De når forholdsvis få, behandlingsintensiteten er høj, og også de betaler det i omkostninger per klient.

I rapporten er der i kapitel 6 opstillet en række økonomiske udregninger for, hvad det ville koste at indføre forskellige modeller. Den første model, der diskuteres, er, hvad det vil koste at nå 20% af det skønnede antal afhængige i Danmark mellem 18–64 år uden ekstra omkostninger pr. klient, og hvor den omkostningsfordeling, der findes mellem amterne, bibeholdes. Prisen for en sådan model vil være ca. 60 millioner kr. og vil kræve, at man yderligere får ca. 7–8.000 personer mellem 18–64 år i behandling om året.

Den anden model, der diskuteres, er, hvad det vil koste at indføre Viborgmodellen. Prisen for at indføre denne model vil være 5,3 millioner kroner. I Viborg har man været rigtig gode til at nå endog rigtig mange til en overkommelig pris. Hvis alle andre amter skulle nå lige så mange til samme pris, ville et dog betyde, at rigtig mange amter også skal øge deres klient-

behandler ratio til omkring 1:100 pr. behandler, hvilket der forskningsmæssigt bestemt ikke er belæg for ville være nogen god idé. Det er almindeligt anerkendt i international forskning at jo mere intensitet (til en vis grad), desto bedre effekt. Viborg-modellen skal derfor på det bestemteste ikke anbefales. Derimod skal det anbefales, at man får flere ressourcer i Viborg til at udvikle en model, som ser ud til at være rigtigt god til at få fat i mange alkoholafhængige. Hvis Viborg-modellen skulle anvendes alle steder, men med en pris på 6.981 kr. pr. klient, ville det koste lige knap 120 millioner mere, end det koster i dag. Det kunne indikere, hvilket pres der er på Viborg i øjeblikket.

En tredje model, der opstilles, er den såkaldte Fyns- eller Odense-model. Indførelsen af denne vil betyde, at prisen per klient vil være 7.857 kr. per klient, og at 18,7% af de alkoholafhængige mellem 18 og 64 kommer i behandling. Det vil koste 61 millioner at etablere rammerne for denne model. Etablering af den måde, man gør det på i Odense, er så en helt anden sag. Blot at tro man kan implementere Odense-modellen i alle landets amtskommuner er i bedste fald naivt, og måske har vi også brug for flere ”gode” modeller i Danmark.

Endelig er det blevet udregnet, hvad det vil koste at indføre den samme fordeling mellem ambulant og døgnbehandling, som man har i Sverige, uden at der kommer flere i behandling. Det vil koste 76 millioner mere, end det koster i dag for den samme andel af alkoholafhængige i behandling, men hvor 13% af disse, som i Sverige, kommer i døgnbehandling.

Det danske alkoholbehandlingssystem blev i kapitel 5 sat i forhold til det svenske behandlingssystem. Følgende kunne konkluderes:

- Fordelingen mellem mænd og kvinder i alkoholbehandling er den samme
- Antal indskrivninger i alkoholbehandling pr. år er den samme
- Antal indskrevne aktuelt er den samme
- Vi finder den samme prisforskel mellem døgn og ambulant
- Døgnbehandling er i vid udstrækning privat/selvejende institutioner, mens de ambulante institutioner i højere grad er offentligt ejede

På en række helt centrale områder synes alkoholbehandlingen i Sverige altså at ligne alkoholbehandlingen i Danmark. På en række områder adskiller de to lande sig dog også markant.

I Sverige...

- behandles alkohol og stof under samme tag
- anvendes i højere grad døgnbehandling
- er behandlingen grundet anvendelsen af døgnbehandling dyrere
- ser der ud til at være flere enheder
- er der mere fokus på doping og spil

- synes der i højere grad at fokuseres på rusmiddelproblematikken indenfor ikke mindst psykiatrien og sygehussektoren.
- Har man en meget bedre registrering af klienter i alkoholbehandling

I den kvalitative analyse af de offentlige behandlingstilbud er det blevet undersøgt, hvad en garanti kan komme til at betyde for de ambulante behandlingssystemer. Dette er dels blevet undersøgt ved at spørge behandlingssystemerne direkte, hvordan de forventer at blive påvirket af en behandlingsgaranti, og dels ved at undersøge situationen omkring faktorer, man kan forudse vil blive påvirket, eksempelvis ambulatoriernes ventetider, ydelsesstruktur mv.

En behandlingsgaranti, der sikrer borgeren at komme til en indledende samtale inden for 14 dage efter den første henvendelse, vil ikke få nævneværdige konsekvenser for den offentlige alkoholbehandling. Mange amter har allerede netop 14 dage som service-mål, og kun et enkelt amt kan have op til 3 ugers ventetid på at komme til den første samtale.

En behandlingsgaranti, der sikrer borgeren at komme gennem en udredningssamtale og være indplaceret i et egentligt behandlingstilbud inden for 14 dage, vil få ressourcemæssige konsekvenser for en tredjedel af de ambulante behandlingssystemer.

En behandlingsgaranti, der sikrer borgeren at kunne modtage et hvilket som helst tilbud indenfor den klassiske tilbudsvifte, eksempelvis gruppebehandling, dagbehandling, psykologsamtaler mv., vil få ressourcemæssige konsekvenser for samtlige danske ambulante behandlingssystemer. Og langt værre bliver det, hvis døgnbehandling omfattes af garantien. I dag døgnbehandles årligt ca. 300 personer, der selv betaler behandlingen. Dette svarer til 15–18 millioner kroner. En stor del af disse mennesker vil antageligt søge at få deres døgnophold betalt gennem garantien. Hertil kommer en formodet meget stor yderligere søgning til døgnbehandling, hvis den inddrages i en behandlingsgaranti.

Den ambulante alkoholbehandling er gennemsnitligt blevet bedre siden 1988. Hvor den altdominerende behandlingsform i 1988 var antabusbehandling – eventuelt suppleret med korte samtaler, er den dominerende behandlingsform i dag det individuelle samtaleforløb, ofte sammen med antabusbehandling. Alene derfor kan man konkludere, at der er sket et kvalitativt løft i behandlingen. Samtidig er tilbudsviften generelt blevet bredere. Samtidig med at behandlingstilbuddet er blevet bedre, er det imidlertid også blevet mere ressourcemæssigt krævende. 10 ud af 15 behandlingssystemer rapporterer, at de ikke har ressourcer til at afholde de individuelle behandlingssamtaler så ofte, som de selv finder optimalt for behandlings-

processen. Og en del af de behandlingssystemer, der bruger ressourcer på en bred tilbudsvifte indeholdende eksempelvis dagbehandling, rapporterer, at disse tilbud dræner behandlingssystemet for ressourcer til andre opgaver, som man også finder vigtige.

Den ambulante behandling er ligeledes blevet mere professionaliseret, navnlig mere standardiseret siden 1988. Stærkest har standardisering været i forhold til udredningen af nye klienter med henblik på behandlingsplanlægning og koordinering. 3/4 af alle klienter udredes i dag med et standardiseret udredningsværktøj, og hvis intentionerne lykkes, vil man fra årsskiftet udrede stort set alle nye klienter med et standardiseret værktøj. De fleste steder benyttes værktøjet Addiction Severity Index til udredningsarbejdet. Dette har den fordel, at hvis man på et tidspunkt beslutter at indføre et nationalt monitorerings- eller registreringssystem, vil de fleste danske alkoholbehandlere allerede nu have de nødvendig kompetencer og værktøjer til registreringsarbejdet.

Udover den standardiserede udredning ser man også et stigende antal behandlingssystemer indføre helt eller delvist standardiserede behandlingsmetoder. Odense-modellen er den stærkeste repræsentant for standardiseret behandling i dag. Herudover har nogle få andre behandlingssystemer indført eller udviklet lidt mindre standardiseret behandling, mens en gruppe behandlingssystemer er opbygget omkring standardiserede behandlingsdel-elementer. Endelig er en tredje gruppe opbygget om lavt standardiseret behandling. Der er således på dette punkt meget stor faglig spredning, og man savner effektundersøgelser, der kan fortælle, hvilken grad af behandlingsstandardisering der i længden er mest hensigtsmæssig for klienter såvel som medarbejdere.

Der synes at eksistere en række faktorer, behandlingsinterne såvel som behandlingseksterne, der har den virkning på behandlingssystemerne, at klienttilstrømningen øges. Et eksempel på de behandlingsinterne faktorer er de strukturerede behandlingsforløb, som man ser dem i Odense-modellen. Men om det skyldes, at denne behandlingsform samler flere klienter, eller det skyldes, at den skaber plads til flere klienter på årsbasis, vides endnu ikke med sikkerhed. Et andet eksempel på behandlingsinterne faktorer er tilstedeværelsen af målrettede tilbud til særlige målgrupper. Der er imidlertid noget, der tyder på, at det i lige så høj grad er den omverdensorientering, der ligger i at opdage og udvikle særlige tilbud til særlige målgrupper, der har betydning for klienttilstrømningen, som det er selve de målrettede tilbud. Denne hypotese underbygges af, at de behandlingssystemer, der bruger ressourcer på at styrke relationen til andre instanser i lokalområdet, altså en behandlingsekstern faktor, ligeledes når procentvis flere klienter end de behandlings-systemer, der koncentrerer sig om at behandle klienter, der selv finder vej til systemet. Det ser ud til, at især kontakten til de soma-

tiske hospitaler er meget væsentlig. De 6 behandlingssystemer, der selv rapporterer at bruge ressourcer på at styrke kontakten til og samarbejdet med somatiske hospitaler på forskellige måder, er samtidig de 6 behandlingssystemer, der har de bedste behandlingsrater, altså får procentvis flest klienter i behandling.

Der findes også en række behandlingseksterne tiltag i forhold til andre instanser i omverdenen. Således har mange behandlingssystemer forsøgt at styrke relationen til sagsbehandlere og andre professionelle i primærkommunerne. Disse sagsbehandlere rapporteres generelt at være principielt interesserede i samarbejde med alkoholbehandlingssystemerne, men når det kommer til tidspunktet, hvor man skal mødes, bliver sagsbehandlerne ofte nødt til at aflyse pga. tidsmangel.

Mange behandlingssystemer har ligeledes forsøgt at opnå en bedre kontakt til de praktiserende læger. Den praktiserende læge er interessant for behandlingssystemerne, fordi man er af den opfattelse, at der kommer mange potentielle alkohol klienter i lægens praksis. Man oplever, at det er meget svært at gøre lægerne interesserede i et tættere samarbejde. Data fra denne undersøgelse peger imidlertid på, at man bør undersøge, om det er mere hensigtsmæssigt at begynde at betragte de praktiserende læger som et fornuftigt, parallelt behandlingstilbud, der i en vis udstrækning opnår kontakt med klienter, man ellers ikke ville nå, frem for at se på lægerne som en gruppe, der ikke vil aflevere klienterne til det rette behandlingssystem. Data fra denne undersøgelse, samt tidligere undersøgelser peger samtidig på, at de praktiserende læger mangler samtalefærdigheder i forhold til at bringe et eventuelt alkoholproblem på bane overfor patienter, der ikke selv har nævnt temaet, og at en del praktiserende læger og deres patienter muligvis kunne drage nytte af, at lægen havde mere viden om kriterier for, hvornår det er realistisk at alkoholbehandle patienterne i lægens praksis, og hvornår det vil være mere hensigtsmæssigt at henvise til det etablerede alkoholbehandlingssystem.

Der ser ud til at være flere modeller under opbygning, som man med fordel kan lade sig inspirere af på forskellige områder.

Der er Odense-modellen, som klart har vist, at man til rimelige penge kan nå mange med en høj behandlingsintensitet. Samtidig er det en producerende model (højt klient-flow), som tillige er velbeskrevet, og som anvender metoder, for hvilke der er evidens. Modellen indikerer altså høj effekt, selvom dette ikke er målt, og selv om vi reelt ikke kan sammenligne de målgrupper, de forskellige amter har i behandling. Problemet med modellen er ikke modellen i sig selv, men at den er så højt struktureret, at den ikke blot kan tænkes implementeret i alle amter i Danmark. Dertil kan såvel geografiske, faglige, politiske, organisatoriske som mere holdningsmæssige betingelser virke hindrende. Dertil kommer, at andre modeller også synes

at have sine styrker, som ingenlunde blot skal forkastes, for at der skal indføres en ny model. På den anden side er der mange elementer fra Odense, som man i mange amter burde se nærmere på.

En model, der når ligeså mange som Odense-modellen, som har stort set samme omkostningsniveau, og som også har en relativ høj behandlingsintensitet (1:40) er Ringkøbing-modellen. Den adskiller sig fra Odense ved i langt højere grad at fokusere på grupper og ”kursus”-forløb eller moduler. Mens Odense-modellen derfor er individuelt orienteret, så er Ringkøbing-modellen gruppeorienteret. Men de er begge to fokuseret på tidsafgrænsede forløb og dermed produktion. Ringkøbing-modellen mangler en beskrivelse, og der er ikke i samme omfang begrundelser for evidens. På den anden side tyder intet på, at gruppebehandling som princip er mindre effektivt end individuel behandling. Det er et spørgsmål om, hvordan det gøres.

En tredje model, man på nogle områder kan lade sig inspirere af, er Viborg-modellen. Her er det lykkedes at nå rigtigt mange alkoholafhængige for meget begrænsede ressourcer (alt for begrænsede). At de har været gode til at få mange i behandling, skyldes antageligt deres samarbejde med hospitaler, primærkommuner, deres formidlings- og projektaktiviteter mm. Til gengæld har dette betydet et så stort pres på behandlingen af, at behandlingsintensiteten er blevet alt for lav – faktisk så lav, at man kan stille spørgsmålstejn ved, om det har den ønskede effekt. Det er altså en model, som kræver flere ressourcer, hvis den skal fungere hensigtsmæssigt, men så kan den også blive spændende at følge.

Også H:S modellen når mange af de skønnede afhængige i deres optageområde, samtidig med at nettoomkostningerne per klient er relativt lave. Modellen er i sig selv en hospitalsmodel, og interessant er det, at 20% af klienterne rekrutteres ved at gå ud på morgenkonferencerne på hospitalet.

Der findes naturligvis flere andre modeller, man kan lade sig inspirere af, men fælles for dem er, at hvis man vil have fat i mange, så skal man være orienteret mod omverdenen. Nogle af dem, der når flest, har således konsulenter på hospitalerne, andre har anden form for samarbejde med hospitalet, nogle har konsulenter, der tager ud til hjemmepleje og andre institutioner, nogle har arbejdspladsaftaler, nogle laver projekter med primærkommuner, atter andre har en række formidlingsopgaver, der gør opmærksom på deres eksistens med mere. I ovenstående fire modeller er dette tilfældet i forskellige former for dem alle.

Der er næppe tvivl om, at denne omverdensorientering er afgørende for, at der kommer flere klienter i behandling, og det vil derfor – hvis man med en behandlingsgarant ønsker flere i behandling og måske også nye målgrupper – være afgørende for, at dette kan lade sig gøre.

Sluttelig skal det påpeges, at det manglende samarbejde med primærkommunerne kan bekymre – ikke mindst fordi det næppe skyldes uvilje, men nærmere ressourcer. Hvordan dette vil udvikle sig, hvis alkoholbehandlingen uddelegeres til større kommuner, er svært at afgøre.

8. LITTERATUR

Amtsrådsforeningen (1992). *Misbrug - behandlingsindsats og tilgrænsende foranstaltninger*. København: Amtsrådsforeningen.

Amtsrådsforeningen: *En sammenligning af amternes aktiviteter på socialområdet – juni 2004*.

Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2003). Screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug - en kvalitativ beskrivelse af praktiserende lægers erfaringer. *Ugeskrift for Læger*, 5. maj, nr. 19.

Breumlund, A., & Hansen, I. B. (2003). *Alkoholmisbrugsbehandling i tre jyske amter*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. & Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. In: *Addiction*. 93(1): 73-92.

Caetano, R. & Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: a public health perspective. In: *Addiction*. 97(6): 633-45. Review.

Cook, C.C. (2004). Addiction and spirituality. In: *Addiction*. 99(5): 539-51.

Danmarks Statistik (2004). Statistikbanken.
<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=800>

DanRIS (2004). Dansk Registrerings og Informations-System. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning. www.danris.dk.

Davis, N.J. (1999). *Youth crisis*. London: Praeger.

Dee, T.S. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. In: *Health Economy*. 10(3): 257-70.

Grant, B.F., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Dufour, M.C. & Pickering, R.P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 11; 74(3):223-34.

Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M., & Pickering, R.P. (1992). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1992. In: *Alcohol Health Research World*. 18:243-248.

Grant. B.F., Peterson. A., Dawson. D.A. & Chou. S.P. (1994). *Source and accuracy statement for the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey (NLAES)*. NIAAA, Bethesda, MD.

Hansen. S.S. (2000). Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 102: 432-438

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnsson, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and Other Drug use Among Students in 30 European Countries*. CAN and Council of European Europe/Pompidou Group. Stockholm.

IKB 2003 (2004). Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukvården den 1 april 2003, Socialstyrelsen.
http://www.sos.se/plus/dokinfo.asp?valPubl_id=2004-125-3

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen (2002). *Den offentlige indsats på alkoholområdet*. København.

Jessor, R. (1998). New perspective on adolescent risk behavior. In: R. Jessor (ed.) *New perspective on adolescent risk behavior*, Cambridge University Press: 1-10.

Jhingan. H.P., Shyangwa, P., Sharma, A., Prasad, K.M. & Khandelwal, S.K. (2003). Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. In: *Addiction*. Mar; 98(3):339-43.

Järvinen, M. (1998). *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg*. Holte: Forlaget Socpol.

Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D. & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. In: *American Journal of Psychiatry*. 160(3):496-503.

Khan, S., Murray, R.P. & Barnes, G.E. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. In: *Addictive Behavior*, 27(3):405-23.

Mendoza-Sassi, R.A. & Beria, J.U. (2003). Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. In: *Addiction*. 98(6):799-804.

Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35(12):539-47.

Milner, M.C., Nielsen, B., Becker, U., Pedersen, M.U. & Grønbaek, M.N. (2004). Offentlig ambulant alkoholbehandling. I *Ugeskrift for Læger*, 2. august 2004, nr. 32

Nelson, C.B. & Wittchen, H.U. (1998). DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. In: *Addiction*. 93(7):1065-77

Nissen, S.B. & Nielsen, G.A. (2004): *Unges livsstil og dagligdag 2002 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel*. MULD-rapport Nr. 3. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. København.

<http://www.cancer.dk/muld/rapporter/muld+rapport+3.asp>

Odensemодellen (2001). Fyns Amt: Trykkeriet Fyns Amt.

Scott, W. R. (2003 (1981)). *Organizations - Rational, Natural, and Open Systems*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, Pearson Education, inc.

Skinhøj, K. T., Frølund, L., & Kiehn, S. (1988). *Behandling for alkoholmisbrug - ved danske alkoholambulatorier*. København: Socialforskningsinstituttet.

Socialstyrelsen (2003). Jämförelsestal för socialtjänsten år 2002. Socialstyrelsen.

<http://www.sos.se/FULLTEXT/125/2003-125-9/sammanfattning.htm>

Socialstyrelsen (2004). Missbrukara och övriga vuxna- insatser år 2003. Socialstyrelsen. http://www.sos.se/plus/dokinfo.asp?valPubl_id=2004-44-7

SORAD (2003). Tabell redovisning av svenska folkets alkoholvanor 2003. Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm Universitet/SORAD. <http://www.sorad.su.se/tabelldok.pdf>

SORAD (2004a) Konsumptionsutvecklingen månad för månad och i rullanda 12-månadersperioder från juni år 2000 och framåt. Updaterad t.o.m. juni 2004. Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm Universitet/SORAD. <http://www.sorad.su.se/lopalk.pdf>

SORAD (2004b). Udregning af det svenske forbrug. Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm Universitet/SORAD.
<http://webbdb.sorad.su.se/53Lan.asp?menu=82>

SUSY-2000 (2000). Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. Statens Institut for Folkesundhed. <http://www.si-folkesundhed.dk/susy/>

Spak, F. & Hallstrom, T. (1995). Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden. In: *Addiction*.90(8):1077-88.

Sundhedsstyrelsen (2003). *Alkohol, Narkotika, Tobak: Statistik 2002*. København: Sundhedsstyrelsen.

Uppsaladirekt.com.(2004). Utredare föreslår att spritpriset sänks med 40 procent från den 1 januari 2005.
<http://www.uppsaladirekt.com/web/artikel.php?site=2&id=760955>

Wie, H., Derson, Y., Xiao, S., Li, L. & Zhang, Y. (1994). Alcohol consumption and alcohol-related problems: Chinese experience from six area samples, 1994. In: *Addiction*. 1999 Oct:94(10):1467-76.