

RAPPORT NR.: 2

Dokumentationsrapport

Kortlægning af:

Behovet for afrusning/afgiftning og abstinensbehandling
i Region Syddanmark i 2009

OLE THISGAARD

Borrehusvej 7
6000 Kolding

0045 - 7553 1206
ole@thisgaard.dk
www.thisgaard.dk

Kolding, marts 2011

INDHOLDSFORTEGNELSE:

1. Kapitel: En læsevejledning	12
2. Kapitel: Indledning.....	13
2.1 BAGGRUNDEN OG UDFORDRINGEN	13
2.2 OPDRAGET.....	15
2.3 METODISK TILGANG	16
2.4 KORTLÆGNINGENS FORMÅL.....	16
2.5 CENTRALE BEGREBER	17
2.6 KORTLÆGNINGENS MÅLGRUPPER.....	18
2.7 ANALYSEPROJEKTETS ARBEJDSFASER	19
2.8 GENERELT OM UNDERØGELSENS VALIDITET	21
3. Kapitel: Kommunale misbrugscentre – NARKO	22
3.1 DE KOMMUNALE NARKOENHEDERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	23
3.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	24
3.3 MATERIALETS VALIDITET.....	24
3.4 DATA FRA DANRIS	25
3.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER I NARKOENHEDERNE.....	25
3.6 ABSTINENSBEHANDLING.....	28
3.7 OPFØLGENDE BEHANDLING.....	29
3.8 HENVISNING TIL ANDEN AFGIFTNING I DØGNREGI	31
3.9 DØGNTILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE KLIENTER TIL AFGIFTNING	32
3.10 TRANSPORT	34
3.11 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING	35
3.12 HØRER AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I NARKOENHEDEN?	36
3.13 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ I?	37
3.14 ORDET ER FRIT.....	38
4. Kapitel: Kommunale misbrugscentre – ALKOHOL	38
4.1 DE KOMMUNALE ALKOHOLENHEDERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	38
4.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	39
4.3 VALIDITET	39
4.4 OMFANGET AF AFRUSNINGER I ALKOHOLENHEDERNE.....	40
4.5 ABSTINENSBEHANDLING.....	42
4.6 OPFØLGENDE BEHANDLING.....	43
4.7 HENVISNING TIL AFRUSNING I DØGNREGI	44
4.8 DØGNTILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE KLIENTER TIL AFRUSNING.....	45
4.9 TRANSPORT	50
4.10 OPLEVELSE AF AFRUSNINGSOPGAVENS BELASTNING	50
4.11 HØRER AFRUSNINGSOPGAVEN HJEMME I ALKOHOLENHEDEN?	51
4.12 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGSTILBUD BESTÅ I?	52
4.13 ORDET ER FRIT.....	53

5. Kapitel: Praksislæger	54
5.1 PRAKSISLÆGERNES DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	54
5.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	55
5.3 VALIDITET	56
5.4 OMFANGET AF AFGIFTNINGER I ALMEN LÆGEPRAKSIS OG I VAGTLÆGEORDNINGEN	57
5.5 TYPER AF MISBRUG OG BEHOVET FOR AKUT AFGIFTNING	59
5.6 ABSTINENSBEHANDLING	61
5.7 OPFØLGENDE BEHANDLING	62
5.8 OPFØLGENDE BEHANDLING I DØGNREGI	64
5.9 DØGNTILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE PERSONER TIL AFGIFTNING	65
5.10 TRANSPORT – EN BARRIERE?	69
5.11 HØRER AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I ALMEN LÆGEPRAKSIS?	70
5.12 ER AFGIFTNINGSOPGAVEN EN BELASTNING I ALMEN LÆGEPRAKSIS?	71
5.13 DET GODE AFGIFTNINGSTILBUD – HVAD BESTÅR DET AF?	72
5.14 ORDET ER FRIT	73
6. Kapitel: Somatiske sygehusafdelinger	76
6.1 SOMATISKE SYGEHUSAFDELINGERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	77
6.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	77
6.3 DATA FRA LANDSPATIENTREGISTRET	78
6.4 MATERIALETS VALIDITET	79
6.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER PÅ SOMATISKE SYGEHUSAFDELINGER	79
6.7 HENVISNING AF PATIENTER	82
6.8 ABSTINENSBEHANDLING	84
6.9 INTERNE INSTRUKSER	85
6.10 OPFØLGENDE BEHANDLING	86
6.11 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING	87
6.12 HØRER OPGAVEN HJEMME I SYGEHUSREGI?	89
6.13 AFVISNING AF HENVISNINGER	90
6.14 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?	91
6.15 ORDET ER FRIT	93
7. Kapitel: Psykiatriske sygehusafdelinger	93
7.1 PSYKIATRISKE SYGEHUSAFDELINGERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	94
7.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	94
7.3 DATA FRA DET PSYKIATRISKE CENTRALE FORSKNINGSREGISTER	95
7.4 MATERIALETS VALIDITET	96
7.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER PÅ PSYKIATRISKE SYGEHUSAFDELINGER	96
7.6 HENVISNING AF PATIENTER	100
7.7 ABSTINENSBEHANDLING	101
7.8 INTERNE INSTRUKSER	103
7.9 OPFØLGENDE BEHANDLING	103
7.10 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING	105
7.11 HØRER OPGAVEN HJEMME PÅ DEN PSYKIATRISKE AFDELING?	106
7.12 AFVISNING AF HENVISNINGER	107
7.13 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?	109
7.14 ORDET ER FRIT	111

8. Kapitel: Døgnbehandlingssteder	112
8.1 DØGNBEHANDLINGSSTEDERNES DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	112
8.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	112
8.3 MATERIALETS VALIDITET	113
8.4 DATA FRA DANRIS	113
8.5 ARUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN	114
8.6 ANTAL AFRUSNINGER	116
8.7 ANTAL AFGIFTNINGER.....	117
8.8 ABSTINENSBEHANDLING.....	118
8.9 HENVISNING TIL ANDEN AFRUSNING/AFGIFTNING:.....	119
8.10 OPFØLGENDE BEHANDLING:.....	121
8.11 VEDRØRENDE HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I DØGNREGI	123
8.12 TRANSPORT – EN BARRIERE?	124
8.13 OPLEVELSE AF AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING	125
8.14 HØRER AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME?.....	126
8.15 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?	127
8.16 ORDET ER FRIT.....	128
9. Kapitel: Forsorghjem og andre § 110 boformer	129
9.1 FORSORGSHJEM OG ANDRE § 110 BOFORMERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	130
9.2 BESVARELSESPROCENT I SPØRGSKEMAUNDERSØGELSEN	130
9.3 MATERIALETS VALIDITET	131
9.4 AFRUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN	131
9.5 ANTAL AFRUSNINGER	132
9.6 ANTAL AFGIFTNINGER.....	133
9.7 ABSTINENSBEHANDLING.....	134
9.8 HENVISNING TIL AFRUSNING OG AFGIFTNING I ANDRE REGIER	135
9.9 OPFØLGENDE BEHANDLING.....	137
9.10 ANDRE INSTITUTIONERS 'PARATHED' TIL AT MODTAGE HENVISNINGER	139
9.11 TRANSPORT	143
9.12 OPLEVELSE AF AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING	143
9.13 HØRER AFRUSNINGS-/AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME PÅ INSTITUTIONEN?	144
9.14 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?	145
9.15 ORDET ER FRIT.....	146
10. Kapitel: Psykiatriske boformer	147
10.1 DE PSYKIATRISKE BOFORMERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	147
10.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET	148
10.3 MATERIALETS VALIDITET	148
10.4 AFRUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN	149
10.5 ANTAL AFRUSNINGER	150
10.6 ANTAL AFGIFTNINGER.....	151
10.7 ABSTINENSBEHANDLING.....	151
10.8 HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I ANDRE REGIER.....	152
10.9 AFVISNINGER VED HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I DØGN REGI	154
10.10 TRANSPORT	155
10.11 OPFØLGENDE BEHANDLING.....	156

10.12	HØRER AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I REGI AF DE PSYKIATRISKE BOFORMER?	157
10.13	HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ I?	158
10.14	ORDET ER FRIT – BESKRIV FREMTIDENS TILBUD TIL AFGIFTNING/AFRUSNING	159

11. Kapitel: Politiets detentioner159

11.1	POLITETS DETENTIONERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN	160
11.2	DATA VEDRØRENDE POLITETS DETENTIONER	160
11.3	DE INDSAMLEDE DATAS REPRÆSENTATIVITET OG VALIDITET.....	162
11.4	SAMMENFATNING VEDRØRENDE POLITETS DETENTIONER	162
11.5	HOVEDTAL OG KOMMENTARER	163
11.6	DETENTIONSANBRINGELSER SET I ET BEHANDLINGSMÆSSIGT PERSPEKTIV	165

TABELOVERSIGT:

Tabel 2.1. Oversigt over datagrundlag.....	21
--	----

Kommunale misbrugscentre - NARKO

Tabel 3.1. Antal klienter i afgiftning henvist fra kommer og region: Region Syddanmark 2009.....	25
Tabel 3.2. I hvilket omfang har I iværksat ambulante afgiftninger i jeres misbrugscenter – <u>narkoenheden</u> – i løbet af 2009?	26
Tabel 3.3. I hvilket omfang har I henvist klienter til <u>afgiftninger i døgnregi</u> , på et døgnbehandlingshjem (ex. Midtgården, Sct. Ols, Kongens Ø eller anden institution) i kalenderåret 2009?.....	27
Tabel 3.4. Iværksætter I 'afgiftningsture' i eget regi, eksempelvis i lejet sommerhus?.....	28
Tabel 3.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afgiftning?.....	28
Tabel 3.6. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af afgiftningsfasen?	29
Tabel 3.7. I hvilket omfang henviser I klienter til afgiftning på sygehus eller døgnbehandlingshjem?	31
Tabel 3.8. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af døgnbehandlingshjem?	32
Tabel 3.9. I den udstrækning, hvor døgnbehandlingshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	33
Tabel 3.10. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	33
Tabel 3.11. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	34
Tabel 3.12. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?.....	35
Tabel 3.13. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	35

Tabel 3.14. Hører afgiftningsopgaven efter din mening hjemme i jeres misbrugscenter?.....	36
Tabel 3.15. Hvilke elementer bør indgå i den gode afgiftning?.....	37

Kommunale misbrugscentre - ALKOHOL

Tabel 4.1 I hvilket omfang har I iværksat akutte afrusninger i jeres misbrugscenter – <u>alkoholenheden</u> – i løbet af 2009?	40
Tabel 4.2 Hvis I gennemfører mere end 36 afrusninger i 2009, hvor mange drejer det sig da om, angiv et antal!	41
Tabel 4.3. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med akut afrusning?	42
Tabel 4.4. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling?.....	42
Tabel 4.5. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusningsfase?.....	43
Tabel 4.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning?	44
Tabel 4.7. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de <u>somatiske sygehusafdelinger</u> ?.....	45
Tabel 4.8. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	46
Tabel 4.9. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de <u>psykiatriske sygehusafdelinger</u> ?.....	46
Tabel 4.10. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?.....	47
Tabel 4.11. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af <u>døgnbehandlingsstedet</u> ?.....	47
Tabel 4.12. I den udstrækning, hvor døgnbehandlingshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	48
Tabel 4.13. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af <u>forsorgshjemmet</u> ?	48
Tabel 4.14 . I den udstrækning, hvor forsorgshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	49
Tabel 4.15. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?.....	50
Tabel 4.16. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	51
Tabel 4.17. Hører afrusningsopgaven hjemme i jeres misbrugscenter?.....	51
Tabel 4.18. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning?.....	52

Praksislæger

Tabel 5.1. Hvor mange enkeltmandspraksis/ lægehuse har besvaret spørgeskemaet?.....	55
Tabel 5.2. Iværksatte akutte afgiftninger i 2009 i <u>den almindelige konsultation</u> , kvalificeret skøn:	57
Tabel 5.3. Var du tilknyttet vagtlægeordning i 2009?	58
Tabel 5.4. Akutte afgiftninger iværksat via <u>vagtlægeordningen</u> i 2009, kvalificeret skøn.....	58
Tabel 5.5. Iværksættes der abstinensbehandling i forbindelse med akut afgiftning?	61

Tabel 5.6. I hvilket omfang iværksættes der abstinensbehandling i forbindelse med akut afgiftning i den almindelige konsultation/vagtlægeordningen?	61
Tabel 5.7. Er der behov for opfølgning i forlængelse af akut afgiftning?	62
Tabel 5.8. Opfølgende behandling i egen praksis og i hvilken udstrækning(%):.....	63
Tabel 5.9. Henvisning til anden opfølgende behandling og i hvilken udstrækning(%):	63
Tabel 5.10. Henvisning til afgiftning i døgnregi	64
Tabel 5.11. Benyttelse af somatiske sygehusafdelinger	65
Tabel 5.12. Når jeg vurderer at behovet er der, så modtager den somatiske sygehusafdeling min patient til afgiftning:	66
Tabel 5.13. De somatiske sygehusafdelingers begrundelser for at afvise henvisninger af patienter:	66
Tabel 5.14. Benyttelse af psykiatriske sygehusafdelinger.....	67
Tabel 5.15. Når jeg vurderer at behovet er der, så modtager den psykiatriske sygehusafdeling min patient til afgiftning	67
Tabel 5.16. De psykiatriske afdelingers begrundelser for at afvise henvisninger af patienter:	68
Tabel 5.17. Benyttelse af forsorgshjem og døgnbehandlingshjem.....	68
Tabel 5.18. Er transport en barriere i forhold til henvisning af patienter til afgiftning i døgnregi (sygehus eller anden institution)	69
Tabel 5.19. Hører afgiftningsopgaven hjemme i din lægepraksis?.....	70
Tabel 5.20. Oplevelse af afgiftningsopgavens belastning i almen lægepraksis:.....	71
Tabel 5.21. Hvad bør et godt afgiftningstilbud bestå af?	72

Somatiske sygehusafdelinger

Tabel 6.1. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnose og kontakttpe.....	79
Tabel 6.2. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnoserne DF100/DF102/DF103/DF104 og kontakttpe.....	81
Tabel 6.3. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnose, kontakttpe og sygehus/afdeling	81
Tabel 6.4. Iværksætter I abstinensbehandling forbindelse med de akutte afgiftninger der finder sted i jeres regi?.....	84
Tabel 6.5. I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med <u>alkoholmisbrug</u> ?	84
Tabel 6.6. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med misbrug af andre typer <u>psykoaktive stoffer</u> ?	85
Tabel 6.7. Har I udviklet særlige instrukser/vejledninger/retningslinjer for afgiftning og abstinensbehandling, som I benytter i arbejdet?	86
Tabel 6.8. Hører den akutte afgiftningsopgave efter din mening hjemme i somatisk sygehusregi?.....	89
Tabel 6.9. Er der tilfælde hvor I er nødt til at afvise patienter, som objektivt set har behov for en akut afgiftning?.....	90

Tabel 6.10. Hvis ja bedes I angive de typer begrundelser der angives!	90
---	----

Psykiatriske sygehusafdelinger

Tabel 7.1. Antal kontakter til <u>alment psykiatriske afdelinger</u> i Region Syddanmark 2009, fordelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestue OG <u>aktionsdiagnose</u> med tre cifre, summet op.	97
Tabel 7.2. Antal afsluttede kontakter på de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnoserne DF100/DF102/DF103/DF104/DF105 og kontaktttype.....	98
Tabel 7.3. Antal kontakter til <u>alment psykiatriske afdelinger, HELDØGN</u> , fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, summet op, 2009.....	99
Tabel 7.4. Antal kontakter til <u>alment psykiatriske afdelinger, AMBULANTE</u> , fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, 2009.....	99
Tabel 7.5. Antal kontakter til <u>alment psykiatriske afdelinger, SKADESTUE</u> , fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, summet op, 2009.....	99
Tabel 7.6. Iværksætter I abstinensbehandling (eksempelvis med Risolid eller Fenemal eller andet præparat, afhængigt af misbrugets art) i forbindelse med de akutte afgiftninger der finder sted i jeres regi?	101
Tabel 7.7. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med <u>alkoholmisbrug</u> ? ..	102
Tabel 7.8. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med misbrug andre typer <u>psykoaktive stoffer</u> ?	102
Tabel 7.9. Har I udviklet særlige instrukser/vejledninger/retningslinjer for afgiftning og abstinensbehandling, som I benytter i arbejdet?	103
Tabel 7.10. Hører den akutte afgiftningsopgave efter din mening hjemme i somatisk sygehusregi?.....	106
Tabel 7.11. Er der tilfælde hvor I er nødt til at afvise patienter, som objektivt set har behov for en akut afgiftning?..	107
Tabel 7.12. Hvis ja bedes I angive de typer begrundelser der angives!	108

Døgnbehandlingssteder

Tabel 8.1. Klienter i fase afgiftning per institution DanRIS Døgn 2009 / Region Syddanmark	114
Tabel 8.2. Modtager I svært påvirkede personer, hvor første trin i behandlingen er afrusning/afgiftning?.....	115
Tabel 8.3. Modtager I svært påvirkede personer, hvor tilbudet <u>udelukkende</u> er afrusning/afgiftning?.....	115
Tabel 8.4. I hvilket omfang har I iværksat <u>afrusninger</u> på jeres institution i kalenderåret af 2009	116
Tabel 8.5. I hvilket omfang har I gennemført <u>afgiftninger</u> (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?.....	117
Tabel 8.6. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afrusning/afgiftning?	118
Tabel 8.7. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling?.....	119
Tabel 8.8. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afrusning ved alkoholmisbrug</u> ?.....	120
Tabel 8.9. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afgiftning ved medicin- og stofmisbrug</u> ?	120

Tabel 8.10. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase?.....	121
Tabel 8.11. Benytter I <u>somatiske sygehusafdelinger</u> til afrusning/afgiftning?	123
Tabel 8.12. Benytter I <u>psykiatriske sygehusafdelinger</u> til afrusning/afgiftning?	124
Tabel 8.13. Benytter I <u>forsorgshjem</u> til afrusning/afgiftning?	124
Tabel 8.14. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?.....	125
Tabel 8.15. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	126
Tabel 8.16. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?	126

Forsorgshjem og andre §110 boformer

Tabel 9.1. Råder I over pladser der er særligt indrettede til afrusning/afgiftning (akutmodtage-/afrusnings-/sygeafdeling)?.....	131
Tabel 9.2. Modtager I svært påvirkede personer, hvor tilbudet udelukkende er afrusning/afgiftning?.....	131
Tabel 9.3. I hvilket omfang har I iværksat <u>afrusninger</u> (ved alkoholmisbrug) på jeres institution i kalenderåret af 2009?	132
Tabel 9.4. I hvilket omfang har I gennemført <u>afgiftninger</u> (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?.....	134
Tabel 9.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afrusning/afgiftning?	135
Tabel 9.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afrusning ved alkoholmisbrug</u> ?.....	135
Tabel 9.7. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afgiftning ved medicin- og stofmisbrug</u> ?	136
Tabel 9.8. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings- eller afgiftningsfase?	137
Tabel 9.9. Benytter I <u>somatiske sygehusafdelinger</u> til afrusning/afgiftning?	139
Tabel 9.10. Når I vurderer at behovet for en indlæggelse er der, i hvilken udstrækning modtager den somatiske afdeling da patienten?.....	139
Tabel 9.11. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?	140
Tabel 9.12. Benytter I <u>psykiatriske sygehusafdelinger</u> til afrusning/afgiftning?	140
Tabel 9.13. Hvis ja i foregående spørgsmål i hvilken udstrækning modtager afdelingen din henvisning?	141
Tabel 9.14. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?.....	142
Tabel 9.15. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?.....	143
Tabel 9.16. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	144
Tabel 9.17. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?	145

Psykiatriske boformer

Tabel 10.1. Råder I over pladser der er særligt indrettede til afrusning/afgiftning (akutmodtage-/afrusnings-/sygeafdeling)?.....	149
Tabel 10.2. Hvis nej, kan I selv håndtere afrusning/afgiftning indenfor institutionens rammer?	149
Tabel 10.3. I hvilket omfang har I iværksat <u>afrusninger</u> (ved alkoholmisbrug) på jeres institution i kalenderåret af 2009?	150
Tabel 10.4. I hvilket omfang har I gennemført <u>afgiftninger</u> (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?	151
Tabel 10.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afrusning/afgiftning?	152
Tabel 10.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afrusning ved alkoholmisbrug</u> ?.....	153
Tabel 10.7. I hvilket omfang henviser I klienter til anden <u>afgiftning ved medicin- og stofmisbrug</u> ?	153
Tabel 10.8. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?.....	154
Tabel 10.9. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?.....	155
Tabel 10.10. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase?.....	156
Tabel 10.11. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?	157

Politiets detentioner

Tabel 11.1. Samlet antal detentionsanbringelser i de undersøgte politikredse, fordelt på blandt andet henvisningsårsag	164
Tabel 11.2. Detentionsanbringelser fordelt på 'anbringelsesårsager' :.....	164
Tabel 11.3. Berusere 'mindre indgribende' foranstaltning.....	165

FIGUROVERSIGT:

Kommunale misbrugscentre - NARKO

Figur 3.1: Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?	30
---	----

Kommunale misbrugscentre - ALKOHOL

Figur 4.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?	43
---	----

Praksislæger

Figur 5.1. Overfor hvilke typer misbrug iværksættes der afgiftninger?	60
---	----

Somatiske sygehusafdelinger

Figur 6.1. Hvorfra henvises patienterne?.....	83
Figur 6.2. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I, eller henviser I til i forlængelse af den akutte afgiftningsfase?	86
Figur 6.3. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	88
Figur 6.4. Et godt afgiftningstilbud:.....	92

Psykiatriske sygehusafdelinger

Figur 7.1. Hvorfra henvises patienterne?.....	100
Figur 7.2. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I, eller henviser I til i forlængelse af den akutte afgiftningsfase?	103
Figur 7.3. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?.....	105
Figur 7.4. Hvad bør et godt afgiftningstilbud bestå af?.....	109

Døgnbehandlingssteder

Figur 8.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?	122
Figur 8.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?.....	127

Forsorgshjem og andre §110 boformer

Figur 9.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?	138
Figur 9.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?.....	146

Psykiatriske boformer

Figur 10.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?	156
Figur 10.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?.....	158

Politiets detentioner

Figur 11.1. Graf over faldet i detentionsanbringelser i perioden 1986 – 2003.	161
--	-----

1. Kapitel: En læsevejledning

Herværende rapport er dokumentationsdelen af afrapporteringen vedrørende: *Kortlægning af 'Behovet for afrusning, afgiftning og abstinensbehandling i Region Syddanmark'*.

Afrapporteringen af kortlægningen består endvidere af en Analyserapport.

Kapitel 2 i rapporten er en præsentation af analyseprojektet og en beskrivelse af undersøgernes opdrag, undersøgelsens formål og målgruppe samt metode.

I kapitlerne 3 – 11 gennemgås undersøgelsens resultater institutionsvist. De enkelte institutionsområder gennemgås hver for sig. Læseren kan herefter udvælge de institutionsområder, der har ens særlige interesse.

Kapitlerne kan læses uafhængigt af hinanden og er i princippet ni særskilte rapporter med samme indholdsmæssige struktur.

Dokumentationsrapporten vil endvidere egne sig som et opslagsværk. Til det brug er rapporten indrettet med en nuanceret indeksering med kapitel- og afsnitshenvisninger, tabeloversigt og figuroversigt.

Hovedansvarlig for opgavens løsning er konsulent Ole Thisgaard, Kolding – i rapporterne omtalt som undersøger. Undersøger er eneansvarlig for kortlægningens afrapportering.

Undersøger arbejder som uvildig ekstern konsulent på opgavens løsning. Opdragsgiver er KFUM's Sociale Arbejde i Danmark, med hvem der er indgået kontrakt om konsulentopgavens løsning.

Undersøger har mange års erfaring fra konsulentarbejde på misbrugsområdet og har i denne sammenhæng gennemført flere undersøgelser og kortlægninger. Gennemførte blandt andet i 2001 en landsdækkende kortlægning af unge under 18 års misbrugsproblemer. Undersøgelsen blev gennemført i et samarbejde med Formidlingscentret for Socialt Arbejde i Esbjerg¹.

Undersøger var i øvrigt i 1989 sekretær for en arbejdsgruppe² i Kolding Kommune, som undersøgte behovet for afrusning i Kolding området og skitserede et afrusningstilbud på forsorgshjemmet Overmarksgården. Et tilbud, som desværre aldrig så dagens lys.

Lene Holm, Behandlingscenter Sydgaarden, Haderslev, har ligeledes været dybt involveret i undersøgelsesarbejdet. Lene var med i hele design- og researchfasen. Ligesom Lene kan takkes for et stort arbejde med håndteringen af spørgeskemaundersøgelserne. Opstilling af spørgeskemaer, trykning, udsendelse, rykkerprocedure og indtastning af svar i database, er nogle af de opgaver Lene har løst.

¹ "Undersøgelse af under 18-årige stofmisbrugeres situation" Thisgaard og Zeeberg, 2001.

² Arbejdsgruppen havde repræsentation fra Kolding Politi, Kolding sygehus, psykiatrisk afdeling, Kolding Kommune, Vejle Amt, bylægeforeningen, Vejle Amts Alkoholambulatorium, Vejle Amts Forsorgshjem, Overmarksgården og kriminalforsorgen.

Lars Rasmussen, LR-Consult har været behjælpelig med i forbindelse med opstilling af spørgeskemaer. Lars har endvidere udviklet de anvendte databaser og senere været behjælpelig med dataudtræk og analysearbejdet. Endelig har Lars taget den store opgave det er, at læse indholdsmæssigt og teknisk korrektur på Analyserapporten og Dokumentationsrapporten.

Udtræksbeskrivelsen til brug for udtræk fra Landspatientregistret³ og Det psykiatriske Centrale Forskningsregister⁴ er formuleret med konsulentbistand fra afdelingsleder og overlæge i psykiatri Lars Merinder, Team for Misbrugspsykiatri, Universitetshospitalet, Risskov.

Herudover har hen ved 50 ledere, fagpersoner og andre videnspersoner, stillet sig behjælpeligt til rådighed med bistand i undersøgelsens researchfase, samt ved pilottest af undersøgelsens otte spørgeskemaer.

2. Kapitel: Indledning

Kapitlet er en præsentation af analyseprojektet og en beskrivelse af undersøgelsens opdrag, undersøgelsens formål og målgruppe samt metode.

2.1 BAGGRUNDEN OG UDFORDRINGEN

Socialministeriet har bevilget midler fra puljen ALKOHOL til gennemførelse af:

**Analyseprojekt vedrørende kortlægning af -
'Behovet for afrusning, afgiftning og abstinensbehandling i Region Syddanmark'.**

Projektet er iværksat med virkning fra august 2009 og er forløbet indtil april 2011, hvor projektet afrapporteres og resultaterne offentliggøres.

Analyseprojektet er det første af sin art, hvor der gennemføres en systematisk undersøgelse af behovet for afrusning, afgiftning og abstinensbehandling i en region i Danmark.

Valget faldt på Region Syddanmark. Kortlægningen har fokus på institutioner og fagområder, som har daglig berøring med borgere, der har behov for afrusning, afgiftning og abstinensbehandling i regionen.

De undersøgte institutioner er:

³ Landspatientregistret: Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen - for eksempel i forbindelse med undersøgelse eller behandling, registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret. Oplysningerne registreres i forbindelse med indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestue.

⁴ Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister blev etableret som elektronisk register i 1969 og indeholder data om alle psykiatriske indlæggelser fra 1969 og frem. Fra og med 1995 ydermere data om ambulante kontakter og skadestuebesøg. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister er en del af Landspatientregisteret.

- kommunale misbrugscentre – alkoholenheder og narkoenheder
- privatpraktiserende læger
- sygehuse – somatiske og psykiatriske afdelinger
- døgnbehandlingssteder for misbrugere
- forsorgshjem og andre § 110⁵ boformer
- psykiatriske boformer
- politiets detentioner.

Undersøgelsen er omfattende. Der er tale om en overordnet kortlægning af syv forskellige institutionsområders indsats vedrørende afrusning, afgiftning og abstinensbehandling.

Dette er ikke tidligere forsøgt i denne form i Danmark. Der har ikke været metodiske tilgange, at bygge videre på. Heller ikke lignende kortlægninger at sammenligne resultaterne med. Med andre ord et stykke pionerarbejde.

Udfordringerne har været mange og store. Eksempelvis:

Der blev bedt om en kortlægning, som kunne sige noget om både afrusning og afgiftning.

- Der er ingen entydige definitioner af begreberne afrusning og afgiftning, som omfatter både den medicinske og den sociale tradition.
- Indenfor de enkelte faglige kulturer/institutionstyper er der også forskellige opfattelser af begreberne.
- Samtidig kortlægning af afrusning og afgiftning er en kompleks opgave.

Der blev bedt om en kortlægning, som kunne sige noget om behovet for afrusning og afgiftning.

- At undersøge behovet for afrusninger og afgiftninger i syv forskellige institutionstyper indenfor en region i Danmark, har nødvendiggjort en lang række metodiske overvejelser og 'skræddersyning' af redskaber.
- Kun sygehusområdet og politiets detention har et central registreret talmateriale på området.
- At undersøge syv vidt forskellige institutionstyper nødvendiggør, at der udvikles kortlægningsstrategier og -redskaber til hver institutionstype. Redskaber som er tilrettet det særegne ved den enkelte institutionstype og det enkelte områdes fagterminologi.

⁵ Servicelovens § 110, vedrørende midlertidige boformer.

- Forud for undersøgelsesfasen er der gennemført en researchfase med møder, interviews, telefonsamtaler med forskere, fagfolk og ledere. Der har i researchen været kontakt til mere end 50 personer, som har været behjælpelige på forskellig vis.

2.2 OPDRAGET

Kortlægningens opdrag er givet af KFUM's Sociale Arbejde i Danmark, som i projektansøgningen til Socialministeriet blandt andet skriver:

Analyseprojekt vedrørende behovet for afgiftning, motivation og udredning.

For at sikre det rette beslutningsgrundlag for etablering af centre for afgiftning, motivation og udredning tilbyder KFUM's Sociale Arbejde, at sikre gennemførelsen af en grundig analyse af problemstillingen, herunder et studie af det statistiske materiale, der eventuelt foreligger indenfor sygehusvæsenet.

Gennem grundige interviews med involverede parter skal problemstillinger, behov og muligheder afdækkes. Som involverede parter ser vi foreløbig sygehuse, herunder de psykiatriske ambulatorier, kommunale misbrugscentre, sagsbehandlere, bosteder, behandlingscentre, privatpraktiserende læger og politiet.

Analysearbejdet skal dels føre til en præcis afdækning af behovet, men også nå frem til en skitsering af mulige løsninger.

Stærkt påvirkede mennesker og aktive misbrugere kommer ofte i klemme i det danske sundhedssystem.

Det er vores vurdering, at der i Danmark mangler specialiserede institutioner, hvor der kan foregå afgiftning, motivation og udredning af misbrugere: Alkohol-, medicin- og stofafhængige. Endvidere mener vi, at en sådan type institution kan forhøje behandlingskvaliteten hos misbrugere og reducere belastningsgraden indenfor det nuværende offentlige behandlingssystem.

I dag foregår afgiftning oftest i psykiatrien, men kan også foregå på almindelige sygehuse, forsorghjem, behandlingscentre, små afgiftningssteder samt ambulante hos de praktiserende læger.

Sker afgiftningen i forbindelse med døgnophold foregår henvisningen via privatpraktiserende læge og offentlige misbrugscentre. Man kan i begrænset omfang købe sig til afgiftning i privat regi. Antallet af afgiftninger indenfor det offentlige kendes ikke. Ofte indskrives personer til det offentlige sygehusvæsen under andre diagnoser uanset, at en del af problemet er misbrugsrelateret. Der findes tilsyneladende ikke en samlet opgørelse over, hvor mange personer, der får medicinsk afgiftning om året.

En analyse af problemstillingen er nødvendig.

Vi foreslår, at der udarbejdes en analyse af behovet for etablering af centre til afrusning og akut abstinensbehandling. En grundig analyse af problemstillingen vil kunne dokumentere, om behovet er så stort, at der bør tages et initiativ på området.

En alvorlig belastning for sygehusvæsenet.

For sygehusvæsenet er stærkt påvirkede mennesker og aktive misbrugere, der kommer ind til afrusning og abstinensbehandling, en meget stor belastning bl.a. pga. misbrugernes problematiske adfærd, personalets ofte begrænsede kendskab til misbrugsområdet og manglende eller uegnede faciliteter til løsning af opgaven.

Et center til afgiftning, motivation og udredning vil derfor gavne ikke kun misbrugerne, men vil også løse nogle af de problemer, der er på de psykiatriske og somatiske afdelinger, hvor man i dag er nødsaget til at indskrive klienterne. Psykiatrien giver udtryk for stor belastning og har tilsyneladende store problemer med at rumme misbrugerne sammen med de psykisk belastede klienter

Belastning for misbrugeren og dennes familie.

For misbrugeren og dennes familie er det ofte problematisk, at afgiftningen foregår indenfor psykiatrien med den identifikation, det giver.

Mange tilbagefald.

Kendetegnende for misbrugere, der har været gennem en traditionel afgiftning, er gentagne tilbagefald eller fortsat misbrug. Tilbagefaldene skyldes ofte en mangelfuld udredning af et kompliceret misbrugsproblem, mangel på motivation til behandling og forkert visitation.

2.3 METODISK TILGANG

I opdragsgivers udspil til opgavens løsning, var der fokus på at tilvejebringe et beslutningsgrundlag for 'etablering af centre for afgiftning, motivation og udredning'.

Det har været vigtigt for undersøger, at gå til opgaven med et mere åbent undersøgelsesfokus. Undersøger vurderede tidligt i arbejdet med analyseprojektet, at et 'lukket mandat' ville kunne skævvride undersøgelsens resultater og i værste fald åbne for en kritik af undersøgelsens uvildighed.

Kortlægningen er netop gennemført af en uvildig ekstern konsulent.

Undersøgelsens resultater kan derfor med fordel også anvendes som et, blandt flere grundlag, i centrale, regionale eller lokale overvejelser og beslutninger vedrørende fremtidige måder at løse afrusnings- og afgiftningsopgaven på.

Kortlægningen giver et overblik over et område, der ikke tidligere er belyst tværgående på denne måde.

Undersøgelsen er gennemført ud fra et ønske om at bidrage med en blanding af uvildigt overblik, faglig undren, systematik, grundighed og knastørt analysearbejde.

2.4 KORTLÆGNINGENS FORMÅL

Det er formålet med kortlægningen at belyse:

- Omfanget af afgiftninger i Region Syddanmark i de kommunale misbrugscentre (alkohol- og narkoenheder), hos privatpraktiserende læger, på sygehuse (psykiatriske og medicinske

afdelinger), på døgnbehandlingssteder for misbrugere, på forsorgshjem og andre § 110 boformer, psykiatriske boformer og i politiets detentioner.

- De enkelte systemers oplevelse af opgavens belastning på systemet.
- De enkelte systemers vurdering af eksisterende afgiftningstilbuds tilstrækkelighed.
- De enkelte systemers vurderinger af hvordan opgaven bør løses i fremtiden.

2.5 CENTRALE BEGREBER

I analysen benyttes tre hovedbegreber:

- afrusning
- afgiftning
- abstinensbehandling.

Afrusning og afgiftning beskriver en afgiftningsproces der sigter mod, at afbryde eller reducere en misbrugers fysiske afhængighed ved hjælp af medikamenter til abstinensbehandling⁶.

Afrusning:

Begrebet afrusning er benyttet i relation til alkoholmisbrugerens afgiftning.

Afgiftning:

Begrebet afgiftning er benyttet i relation til afgiftning ved misbrug af andre typer psykoaktive stoffer end alkohol⁷. I relation til undersøgelsen hos de privatpraktiserende læger og på sygehusene, er der alene benyttet betegnelsen afgiftning, som samlet betegnelse for afrusning og afgiftning, da det vurderes, at være gængs terminologi her.

Abstinensbehandling:

Afgiftningsprocessen for alkoholmisbrugereren er en tilstand karakteriseret ved faldende promille/fald i koncentration af alkohol i central nerve systemet. En tilstand der kan medføre abstinenssymptomer. Abstinenssymptomerne kan ubehandlede lede til svære potentielt livstruende tilstande som delirium tremens og abstinenskrampe. Endelig tjener abstinensbehandling til forebyggelse af organiske skader.

Afgiftningsfasen for stofmisbrugere kan karakteriseres ved nedtrapning af anvendte stoffer (heroin, amfetamin, kokain, ecstasy, benzodiazepiner mv.) med faldende koncentration af de aktive stoffer i central nerve systemet. En tilstand der kan medføre abstinenssymptomer.

Abstinenssymptomerne kræver abstinensbehandling både når der er tale om alkohol og stoffer. Tilstandene kan udvikle sig livstruende og dels fordi personens beslutning om at blive afruset/afgiftet er nemmere med udsigten til en abstinensfri behandling. Erfaringen viser også, at afrusningen/afgiftningen har lettere ved at lykkes med samtidig abstinensbehandling.

⁶ Kilde: Servicestyrelsens begrebsdatabase, www.socialebegreber.dk

⁷ Andre psykoaktive stoffer end alkohol: opioider, cannabinoider, sedativa/hypnotika, kokain, stimulantia, hallucinogener, tobak, opløsningsmidler, multiple stoffer(blandingsmisbrug)

Ubehandlede abstinenssymptomer øger endvidere risikoen for forværring af fremtidige abstinenssymptomer og for kramper og delirium. Desuden tyder forskning på, at ubehandlede abstinenssymptomer forstærker patientens afhængighed⁸.

Abstinenssymptomerne hos de to grupper, alkoholmisbrugerne og stofmisbrugerne har væsentlige lighedspunkter: tremor, sved, rastløshed, forhøjet blodtryk, koncentrationsbesvær, uro, søvnproblemer mv.

Den medikamentelle abstinensbehandling er forskellig afhængig af, hvilket rusmiddel der er tale om.

Observation og behandling af abstinenssymptomer kræver sundhedsfaglige kompetencer.

2.6 KORTLÆGNINGENS MÅLGRUPPER

Mange private og især offentlige aktører har kontakt til aktive alkohol- og stofmisbrugere. Derfor har analyseprojektet været i kontakt med en meget bred skare af både private og offentlige aktører.

Nogle aktører arbejder helt i front og møder de berusede borgere og ser afrusnings-/afgiftningsbehovet her. Her tænkes på kommunale Støtte- og Kontaktpersoner (SKP'ere), andre gadeplansmedarbejdere, hjemmeplejen, væresteder og sociale caféer, politiet m.fl.

Ved mødet med et akut afrusningsbehov er udfordringen for dette frontpersonale, at kunne hjælpe borgeren det rette sted hen. Disse aktører har ikke noget behandlingsansvar i forhold til borgere med misbrugsproblemer.

Herudover er der en række faglige enheder som har et behandlingsansvar og som løser hele eller dele af afrusnings-/afgiftningsopgaven. Her tænkes på:

- Privatpraktiserende læger i Region Syddanmark
- Psykiatriske afdelinger på Regionens sygehuse
- Medicinske afdelinger på Regionens sygehuse
- Kommunale misbrugscentre for alkohol- og narkobehandling
- Døgnbehandlingsteder i regionen
- Psykiatriske boformer
- Forsorgshjem og andre § 110 boformer.

Disse aktører går direkte ind i opgaven vedrørende afrusning og afgiftning og løser på forskellig vis hele eller dele af opgaven.

Herudover spiller politiets detentioner den rolle, at anbringe berusede borgere, som ikke kan tage vare på sig selv, eller berusede som er til fare eller gene for andre og berusede som sigtes for kriminalitet. Politiets detention har ikke noget behandlingsansvar overfor de anbragte borgere,

⁸ 'Kvalitet i alkoholbehandling, et rådgivningsmateriale', 2008, Sundhedsstyrelsen

men skal alene ved lægeligt tilsyn sikre sig, at borgeren ikke lider overlast, hvis de eksempelvis har behov for abstinensbehandling.

Analyseprojektet har truffet det valg at afgrænse undersøgelsens målgruppe til Region Syddanmarks:

- kommunale misbrugscentre (alkohol- og narkoenheder)
- privatpraktiserende læger og vagtlæger (undtaget er privatpraktiserende speciallæger)
- sygehuse (somatiske og psykiatriske afdelinger)
- døgnbehandlingssteder
- forsorgshjem og andre § 110 boformer
- psykiatriske boformer
- politiets detentioner i kreds Sydøstjylland, Syd- og Sønderjylland og Fyn.

2.7 ANALYSEPROJEKTETS ARBEJDSFASER

Analyseprojektet er planlagt og gennemført over fire hovedfaser:

1. Research- og designfase
2. Undersøgelsesfase
3. Analyse- og rapporteringsfase
4. Formidling og implementering.

1. Research og designfasen

I research og designfasen har projektet gennemført en række samtaler og interviews med en bred vifte af interessenter blandt:

- Private døgnbehandlingssteder
- Forsorgshjem og andre § 110 boformer, herunder et kvindekrisecenter
- Privatpraktiserende læger
- Sygehuse, psykiatriske og somatiske afdelinger
- Politiets detention
- Kommunal hjemmepleje
- Væresteder
- SKP for de mest udsatte misbrugere og hjemløse
- Forskere og andre videnspersoner
- Repræsentanter for centrale organisationer (KL, sygehusledelsen i Region Syddanmark, PLO, Rigspolitiet m.fl.).

På baggrund af researchen blev enkelte områder sorteret fra, da researchen viste, at de pågældende institutionsområder ikke var relevante for undersøgelsen. Således blev følgende sorteret fra: Kvindekrisecentre, væresteder, SKP-ordningerne og den kommunale hjemmepleje.

2. Undersøgelsesfasen

Kortlægningsarbejdet har fulgt to hovedspor. Dels søgning på centrale registre og dels gennemførelsen af en række spørgeskemaundersøgelser.

Søgning på centrale registre:

Et spor i undersøgelsesarbejdet har været at søge tilvejebragt statistiske data fra tilgængelige centrale registre. Oplysninger som kan belyse omfanget af afrusninger/afgiftninger i Region Syddanmark.

De kommunale misbrugscentre og døgnbehandlingshjem indberetter således blandt andet til NAB: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, SIB: Register over stofmisbrugere i behandling, VBGS: Stofmisbrugerdatabase og DanRIS: Narkotika – døgn / ambulans.

Politiet indberetter antallet af berusere anbragt i detentionerne til Rigspolitiet.

De privatpraktiserende læger foretager ingen central registrering af spørgsmål vedrørende afrusning/afgiftning foretaget i almen praksis.

Forsorgshjemmene foretager ligeledes ingen form for central registrering af borgere indlagt til afrusning/afgiftning.

På sygehusområdet er der tilvejebragt data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Landspatientregistret.

I den udstrækning det via centrale registre ikke har været muligt at tilvejebringe de ønskede oplysninger om omfanget af afrusninger/afgiftninger, er de enkelte institutionsområder blevet bedt om selv at tilvejebringe de ønskede oplysninger om omfanget af afrusninger/afgiftninger. Dette er sket i forbindelse med gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelser.

Spørgeskemaundersøgelser:

Der har været gennemført otte spørgeskemaundersøgelser i løbet af april – december 2010.

Der blev udviklet et spørgeskema til hvert af de undersøgte institutionsområder. Alle skemaer blev pilottestet af repræsentanter for de områder de respektive skemaer var rettet til.

3. Analyse- og rapporteringsfase

Nedenstående oversigt 2.1 viser, hvilke data der har været til rådighed for kortlægningens analyse og rapportering.

Analysen af datamaterialet er foregået ved at præsentere resultaterne i tabeller og grafer, som derefter er blevet kommenteret og sammenfattet, institutionsområde for institutionsområde. Resultatet af denne 'søjleanalyse' er præsenteret i nærværende Dokumentationsrapport. Hvor man således kan læse en selvstændig afrapportering for hvert af de deltagende institutionsområder.

På baggrund af 'søjleanalysen' er der gennemført en tværgående analyse, som præsenteres i en særskilt rapport, kaldet Analyserapporten.

Tabel 2.1. Oversigt over datagrundlag.

	Data fra centrale registre	Spørgeskemaundersøgelser
Kommunale misbrugscentre - narkoenheder	<i>Data fra DanRIS, vedr. kommunernes brug af døgnbehandlingssteder til afgiftning af stofmisbrugere.</i>	<i>Spørgeskemaundersøgelse, april 2010</i>
Kommunale misbrugscentre - alkoholenheder		<i>Spørgeskemaundersøgelse, april 2010</i>
Privatpraktiserende læger		<i>Spørgeskemaundersøgelse, april 2010</i>
Sygehuse, somatiske afdelinger	<i>Data fra Landspatientregistret, vedr. antal kontakter til somatiske sygehusafdelinger</i>	<i>Spørgeskemaundersøgelse, november 2010</i>
Sygehuse, psykiatriske afdelinger	<i>Data fra Det Centrale Psykiatriske Forskningsregister, vedr. antal kontakter til psykiatriske sygehusafdelinger</i>	<i>Spørgeskemaundersøgelse, november 2010</i>
Døgnbehandlingssteder	<i>Data fra DanRIS, vedr. døgnbehandlingssteders afgiftning</i>	<i>Spørgeskemaundersøgelse, april 2010</i>
Forsorgshjem og andre § 110 boformer		<i>Spørgeskemaundersøgelse, april 2010</i>
Psykiatriske boformer		<i>Spørgeskemaundersøgelse, november 2010</i>
Politiets detentioner	<i>Data vedr. detentionsanbringelser fra politikredse i Sydøstjylland, Syd- og Sønderjylland og Fyn.</i>	

4. Formidling og implementering

Analyseprojektets resultater og erfaringer offentliggøres i rapportform af KFUM's Sociale Arbejde i Danmark og vil blive tilgængelig på www.kfumsoc.dk og www.thisgaard.dk.

Endelig er det planen, at der afholdes en vidensformidlende konference for analyseprojektets målgruppe i 2011.

2.8 Generelt om undersøgelsens validitet

I den udstrækning der ikke har været data at hente i centrale registre på de enkelte delområder, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn vedrørende status i 2009.

Hvilke mulige faldgrupper indebærer fremgangsmåden, at spørge til kvalificerede skøn?

Besvarelserne på spørgeskemaet er givet i 2010 om oplysninger, der vedrører året 2009. Så man kan spørge, hvordan er området i stand til at give de efterlyste oplysninger?:

- Har man haft mulighed for at hente data i egne interne systematiske registreringer?
- Har man kigget i journaler?
- Har man i besvarelserne fæstnet sin lid til hukommelsen/fornemmelsen?
- Hvem har besvaret spørgeskemaet og hvis en anden havde svaret ville udfaldet så have været det samme? Og hvis man spurgte igen på et senere tidspunkt, hvad ville så være udfaldet?
- Var der travlt i huset da, man modtog skemaet og blev det derfor udfyldt med 'venstre hånd'?

Alle disse spørgsmål – og flere til – er ikke mulige at besvare, men fortæller noget om de vilkår der knytter sig til at bede om 'kvalificerede skøn'.

Det kunne have været ønskværdigt, om de undersøgte institutioner var forpligtede til at indberette data til centrale registre. Det har kun været muligt på enkelte områder, at trække et centralt talmateriale, som sammenligningsgrundlag med kortlægningens øvrige talmateriale. I undersøgelsen er der derfor valgt den 'næstbedste løsning', nemlig at spørge områderne selv, med de faldgruber der som sagt, er forbundet med at bede om kvalificerede skøn.

Al undersøgelse hvad end der er tale om spørgeskemaer, interviews eller anden undersøgelsesform, bygger på formuleringen af spørgsmål.

At formulere spørgsmål i en spørgeskemaundersøgelse, som er helt entydige og gensidigt udelukkende, er en ganske vanskelig sag. Om end der lægges stor grundighed for dagen, er det ikke altid, at alle spørgsmålsformuleringer er lige til at besvare.

Der er i denne undersøgelse arbejdet med pilottestning af spørgeskemaerne. Det vil sige, at et udkast til skemaet har været i hænderne på en eller flere repræsentanter for det område som skulle undersøges. Efterfølgende er pilottesternes kommentarer og indvendinger indarbejdet i det endelige skema.

Men alligevel står spørgeskemaet først sin endelige test, når det udsendes og skal besvares.

Som undersøger kan man blive i tvivl om egne spørgsmålsformuleringer når:

- Der f.eks. er mange kommentarer skrevet på skemaerne ved siden af svarfelterne
- Der f.eks. er spørgsmål der 'serielt' ikke besvares

Disse faldgruber eksisterer og er et vilkår for undersøgelsen. Et godt ord hedder '*man får svar som man spørger*'. Det er dog undersøgers vurdering, at herværende undersøgelses spørgsmål i det store hele er sprogligt forståelige og at besvarelserne trods alt giver et retvisende billede.

Det generelle billede er, at de fleste deltagere i al overvejende grad har besvaret spørgsmålene og i øvrigt ikke i nævneværdig grad har tilføjet besvarelser udenfor de angivne svarfelter.

3. Kapitel: Kommunale misbrugscentre – NARKO

I dette kapitel kommenteres og vurderes de svar som 8 kommunale misbrugscentres narkoenheder har givet i kortlægningens spørgeskemaundersøgelse, ligesom et datamateriale fra DanRIS⁹ kommenteres og vurderes.

⁹ DanRIS er Center for Rusmiddelforsknings registreringssystem, vedr. stofmisbrugere i behandling. Mere end 14.000 stofmisbrugere i døgnbehandling er pr. august 2010 registreret i DanRIS systemet.

I afsnit 3.1 – afsnit 3.3 begrundes narkoenhedernes deltagelse i kortlægningen. Der beregnes en svarprocent, og repræsentativiteten vurderes. Endelig vurderes de indhøstede datas validitet.

I afsnit 3.4 til afsnit 3.13 er spørgeskemaundersøgelsens besvarelser og datamaterialet fra DanRIS opstillet i tabeller og grafer, som er kommenterede. Hvert afsnit afsluttes med en kortfattet opsamling.

3.1 DE KOMMUNALE NARKOENHEDERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

De kommunale misbrugscentre i regionen er typisk organiseret med et tilbud til stofmisbrugere og et tilbud til alkoholmisbrugere. Tilbuddet til narkotikamisbrugere kaldes her med en samlebetegnelse for 'narkoenhederne'¹⁰.

Undersøgelsens researchfase har omfattet samtaler med udvalgte medarbejdere fra de kommunale misbrugscentres narkoenheder i Region Syddanmark. Ligesom et udvalg af medarbejdere fra centrene har pilottestet spørgeskemaet.

Det har fra projektets start ligget fast, at de kommunale misbrugscentres narkoenheder skulle omfattes af kortlægningen. Det er ifølge Servicelovens § 101 (social behandling) og Sundhedslovens § 142 (lægelig behandling) en kommunal opgave at tilbyde behandling til de borgere i kommunerne, som har et stofmisbrug og som ønsker behandling.

Afgiftning af stofmisbrugere i kommunalt regi adskiller sig fra afrusning af alkoholmisbrugere på flere punkter. Hvor afrusning typisk har akut karakter, vil afgiftning for et stofmisbrug typisk være et led i en række af behandlingsindsatser, der samlet sigter mod stoffrihed. Forløbene vil på denne måde være planlagte til forskel fra det akutte aspekt i alkoholafrusningen.

En yderligere kompleksitet består i, at stofmisbrug ikke er et entydigt begreb, men dækker over misbrug af en lang række forskellige psykoaktive stoffer. Afgiftningen vil dog typisk knytte sig til nedtrapping/udtrapping af et heroinmisbrug.

Kommunerne er forpligtede til via Sundhedsstyrelsen Centrale Indberetningssystem, at indberette data til SIB¹¹ og Servicestyrelsens indberetningssystem VBGS¹².

Der kan hverken af SIB eller VBGS- databaserne udtrækkes data, som belyser omfanget af afgiftninger i de kommunale misbrugscenters narkoenheders regi.

DanRIS fører derimod statistik over stofmisbrugere i behandling på landets døgnbehandlingssteder.

DanRIS har i den forbindelse stillet et datamateriale til rådighed for undersøgelsen. DanRIS-materialet omfatter dog kun de afgiftninger, hvor kommunerne henviser til døgnbehandlingssteder. Det vil sige, at materialet ikke oplyser om afgiftninger, som måtte finde sted ambulant i narkoenhederne eller ved henvisninger til eksempelvis sygehusregi.

¹⁰ Misbrugecentrenes narkoenheder har mange forskellige betegnelser: Rusmiddelcenter, rådgivningscenter, center for misbrug osv.

¹¹ SIB: register over Stofmisbrugere I Behandling

¹² VBGS: Stofmisbrugerdatabasen

DanRIS-opgørelserne fokuserer på antal klienter, hvor hele konceptet i herværende kortlægning er, at få et udtryk for antal situationer, hvor afgiftning finder sted. To svært sammenlignelige størrelser, da en klient formodentlig flere gange i løbet af et kalenderår vil have behov for en afgiftning.

DanRIS-materialet er fremlagt i afsnit 4, men indgår ikke i undersøgelsens samlede vurdering af, hvor mange afgiftninger narkoenhederne i Region Syddanmark har gennemført i 2009.

På denne baggrund blev det vurderet nødvendigt i spørgeskemaundersøgelsen, at bede kommunerne give kvalificerede skøn over antallet af afgiftninger, som er gennemført i 2009 i de kommunale narkoenheder og ved henvisninger til skærmede døgnafgiftninger.

3.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

13 spørgeskemaer er udsendt til navngivne ledere i de kommunale misbrugscentres narkoenheder i Region Syddanmark og der er returneret 8 udfyldte skemaer. Svarprocenten er således 61,5 %.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de afdelinger, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Der findes en geografisk skævhed i besvarelsene. Der er således et overtal af jyske misbrugscentre i undersøgelsen. Kun et af de fynske misbrugscentre deltager. Det vides ikke, hvad denne skævhed betyder for undersøgelsen af narkoenhederne. Men en besvarelsesprocent på 61,5 % giver et solidt fingerpeg om narkoenhedernes vurderinger af undersøgelsens spørgsmål.

3.3 MATERIALETS VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data vedrørende antal afgiftninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn over antal afrusninger/afgiftninger gennemført i 2009. I herværende spørgeskemaundersøgelse er der bedt om narkoenhedernes kvalificerede skøn over antal afgiftninger i 2009.

Det kunne have været ønskværdigt, om de undersøgte institutioner var forpligtede til at indberette data vedrørende ambulante afgiftninger og samtlige afgiftninger i døgnregi til centrale registre. Det har som sagt ikke været muligt, at trække et talmateriale, som er sammenligneligt med kortlægningens øvrige talmateriale. I undersøgelsen er der derfor valgt den 'næstbedste løsning', nemlig at spørge kommunerne selv, med de faldgruber der som sagt, er forbundet med, at bede om kvalificerede skøn.

Ingen af de deltagende narkoenheder har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet.

Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

3.4 DATA FRA DANRIS

DanRIS har stillet data til rådighed vedrørende det antal personer, som kommunerne i Region Syddanmark i 2009 henviser til afgiftning på døgnbehandlingssteder.

Nedenstående tabel 3.1. viser, hvorledes antallet af personer i afgiftning fordeler sig på kommunerne. Tabellen viser, at der samlet set er tale om 240 personer i 2009.

Tabel 3.1. viser en stor spredning i det antal personer de enkelte kommuner har i afgiftning i 2009. Fra kommuner med 3 klienter i afgiftning til en kommune med 94 klienter i afgiftning i 2009. Der synes, at være nogen samvariation mellem kommunestørrelse og antal klienter i afgiftning. Variationsbredden vidner sandsynligvis også om forskelligt serviceniveau og praksis i de enkelte kommuner.

Tabel 3.1. Antal klienter i afgiftning henvist fra kommer og region: Region Syddanmark 2009

KommuneID	Kommune	Antal klienter i afgiftning
0	Diverse *	12
430	Faaborg-Midtfyn	3
550	Tønder	3
530	Billund	4
479	Svendborg	7
510	Haderslev	8
540	Sønderborg	10
580	Aabenraa	10
573	Varde	12
621	Kolding	15
630	Vejle	16
607	Fredericia	20
461	Odense	26
561	Esbjerg	94
Total		240

Kommentarer til tabellen:

* Assens, Kerteminde, Langeland, Middelfart, Nordfyns, Nyborg, Vejen, Ærø, Region Syddanmark.

Udtræk fra DanRIS Døgn indberetningen år 2009. Hvis antal klienter <3 per kommune, samlet i gruppen diverse. Behandlingsfase AFGIFTNING specificeret af institutionerne. Indberetning kan være et kvartal forsinket.

3.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER I NARKOENHEDERNE

Spørgsmålet er i undersøgelsen formuleret således:

Hvor mange afgiftninger af stofmisbrugere har de 8 narkoenheder gennemført i 2009?

Der er dels blevet spurgt til ambulante afgiftninger, afgiftninger i døgnregi og 'afgiftningsture'. Der er således enkelte narkoenheder der selv arrangerer afgiftningsture, hvor et antal medarbejdere og misbrugere gennemfører afgiftningen f.eks. i lejet sommerhus.

Narkoenhederne er blevet bedt om at angive kvalificerede skøn over antal afgiftninger i 2009.

Ambulante afgiftninger

I første omgang spørges der til antal ambulante afgiftninger gennemført i narkoenhederne.

Spørgsmålet lyder: *I hvilket omfang har I iværksat ambulante afgiftninger i jeres misbrugscenter – narkoenheden – i løbet af 2009?*

Tabel 3.2. viser at narkoenhederne har iværksat 141 ambulante afgiftninger i 2009.

Tabel 3.2. viser endvidere en stor spredning i det antal afgiftninger de enkelte centre gennemfører ambulant. Der kan ikke udledes et klart mønster, hvor man f.eks. kunne antage, at de største byer gennemfører de fleste afgiftninger. Kolding (89.210 indb.) og Haderslev (56.117 indb.) som er blandt de større byer i regionen ligger således i hver sin ende af skalaen.

Tabel 3.2. I hvilket omfang har I iværksat ambulante afgiftninger i jeres misbrugscenter – narkoenheden – i løbet af 2009?

Antal iværksatte afgiftninger (intervaller)	Antal misbrugscentre	Skønnet antal afgiftninger *
0 afgiftninger	0	0
1 – 6 afgiftninger	2	7
7 – 12 afgiftninger	1	9,5
13 – 24 afgiftninger	1	18,5
25 – 36 afgiftninger	2	61
**Over 36 afgiftninger	1	45
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	1	0
I alt	8	141

Kommentarer til tabellen: Her er narkoenhederne blevet bedt om at sætte ét kryds.

** Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.*

***Bygger på det faktiske antal, som en narkoenhed har oplyst.*

Tabel 3.2. skal læses sådan – 2. række – 2 misbrugscentre angiver, at have gennemført mellem 1-6 afgiftninger i 2009. 1 misbrugscenter angiver at have gennemført mellem 7-12 afgiftninger, osv.

Kolding med mellem 1-6 afgiftninger i 2009 og Haderslev med mere end 36 afgiftninger (oplyst 45). Der således øjensynlig ikke nogen samvariation mellem befolkningsgrundlag og antal afgiftninger.

Det er ikke særskilt undersøgt om der bag variationsbredden gemmer sig forskellig praksis i de enkelte misbrugscentre.

Afgiftninger i døgnregi

Herefter er fokus rettet mod det antal afgiftninger der iværksættes på døgnbehandlingssteder, som narkoenhederne har henvist til i 2009.

Tabel 3.3. nedenfor viser, at det samlede antal afgiftninger for de 8 deltagende narkoenheder, kan anslås til 295,5 afgiftninger på døgnbehandlingssteder i 2009

Tabel 3.3. I hvilket omfang har I henvist klienter til afgiftninger i døgnregi, på et døgnbehandlingshjem (ex. Midtgården, Sct. Ols, Kongens Ø eller anden institution) i kalenderåret 2009?

Antal iværksatte afgiftninger (intervaller)	Antal misbrugscentre	Skønnet antal afgiftninger *
0	0	0
1-6	0	0
7-12	1	9,5
13 – 24	4	74
25 – 36	0	0
** Over 36	2	212
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	1	0
I alt	8	**295,5

Kommentarer til tabellen: Her er narkoenhederne blevet bedt sætte ét kryds.

* Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

**Bygger på det faktiske antal, som 2 narkoenheder har oplyst.

Tabel 3.3. læses som tabel 3.2.

Tyngden i besvarelsene ligger ved kategorien 13-24 afgiftninger i 2009.

Igen er spredningen stor mellem en narkoenhed der iværksætter mellem 7-12 afgiftninger og et center der gennemfører 'over 36' (har angivet antallet 170 afgiftninger) afgiftninger i døgnregi.

Hvis man kigger på mønstret i besvarelsene, så er der ingen tydelig samvariation mellem befolkningsgrundlaget og antal afgiftninger.

Det viser sig endvidere, at 2 kommuner som iværksætter de fleste ambulante afgiftninger, samtidigt iværksætter de fleste afgiftninger i døgnregi.

De 2 kommuner der i tabel 3.2. viste sig, at iværksætte mellem 25-36 ambulante afgiftninger er således samtidigt de 2 kommuner i tabel 3.3., som iværksætter mere end 36 afgiftninger i døgnregi.

En kommune synes at have en praksis, hvor de så vidt muligt iværksætter afgiftningerne ambulant. Denne kommune oplyser således, at gennemføre 45 ambulante afgiftninger, men alene mellem 13-24 i døgnregi.

Tallene styrker den antagelse, at man har forskellig praksis i de undersøgte kommuner.

Afgiftningsture

Det vides fra undersøgelsens research, at nogle narkoenheder iværksætter 'afgiftningsture', hvor narkoenhedernes personale indlogerer sig f.eks. i et sommerhus og sammen med et antal klienter gennemfører afgiftningerne her.

Her er der spurgt til i hvilken udstrækning denne praksis benyttes i 2009.

Tabel 3.4. nedenfor viser, at 2 af de 8 narkoenheder benytter sig af, at arrangere afgiftningsture. Undersøgelsen viser imidlertid, at der ingen afgiftningsture er gennemført i 2009.

Tabel 3.4. Iværksætter I 'afgiftningsture' i eget regi, eksempelvis i lejet sommerhus?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	2
Nej	5
Ved ikke	0
Ikke besvaret	1
I alt	8

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

De kommunale misbrugscentre er blevet bedt angive et kvalificeret skøn over, hvor mange afgiftninger de har iværksat i 2009, dels i ambulante regi, på døgnbehandlingshjem og på afgiftningsture.

Der er en stor variation i antallet af ambulante afgiftninger de enkelte centre imellem, fra kommuner der iværksætter mellem 1-6 ambulante afgiftninger i 2009, til en kommune som opgiver, at have iværksat 45 ambulante afgiftninger i 2009.

Der kan ikke udledes noget klart mønster for hvad der betinger variationsbredden. Der er ingen samvariation mellem befolkningsgrundlaget og antallet af ambulante afgiftninger.

Variationsbredden skal sandsynligvis forklares ved forskellig praksis og forskelligt serviceniveau kommunerne imellem. En kommune synes f.eks. at satse helt og holdent på ambulante afgiftninger, hvor andre kommuner både gennemfører relativt mange ambulante afgiftninger og ligeledes mange afgiftninger på døgnbehandlingshjem.

To kommuner oplyser, at de gennemfører afgiftningsture, men at der ikke er gennemført afgiftningsture i 2009.

Det typiske antal afgiftninger, som centrene får iværksat på døgnbehandlingshjem ligger mellem 13-14 i 2009. Igen er spredningen stor. Fra et misbrugscenter der iværksætter mellem 7-12 afgiftninger til et center, der iværksætter 170 afgiftninger i døgnregi.

En beregning af det samlede antal afgiftninger – ambulante og døgnbehandlingsteder – baseret på kommunernes skøn tilsiger, at der i 2009 iværksættes omkring 140 ambulante afgiftninger og 266 afgiftninger i døgnregi. Altså næsten dobbelt så mange afgiftninger på døgnbehandlingshjem som i ambulante regi.

Samlet iværksættes der i 2009 i de undersøgte kommunale narkoenheder cirka 400 afgiftninger.

3.6 ABSTINENSBEHANDLING

Her er interessen rettet mod, hvorvidt og i hvilket omfang de kommunale narkoenheder gennemfører abstinensbehandling i forbindelse iværksatte ambulante afgiftninger.

Tabel 3.5. viser, at 5 centre angiver, at de iværksætter abstinensbehandling i tilknytning afgiftning.

Der er 3 centre som oplyser, at de ikke gør det. 2 af disse 3 narkoenheder er blandt de narkoenheder, der i øvrigt gennemfører færrest ambulante afgiftninger.

Tabel 3.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	5
Nej	3
Ved ikke	0
I alt	8

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

5 af de undersøgte narkoenheder oplyser, at de i forbindelse med ambulante afgiftning iværksætter abstinensbehandling.

3 narkoenheder oplyser, at de ikke iværksætter abstinensbehandling. 2 af disse narkoenheder er i øvrigt blandt de centre som gennemfører færrest ambulante afgiftninger i 2009.

3.7 OPFØLGENDE BEHANDLING

Her er kommunernes narkoenheder blevet bedt oplyse, hvorvidt de iværksætter nogen form for opfølgende misbrugsbehandling, og i givet fald, hvilken form for opfølgende behandling der tilbydes.

Tabel 3.6. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af afgiftningsfasen?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	8
Nej	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	8

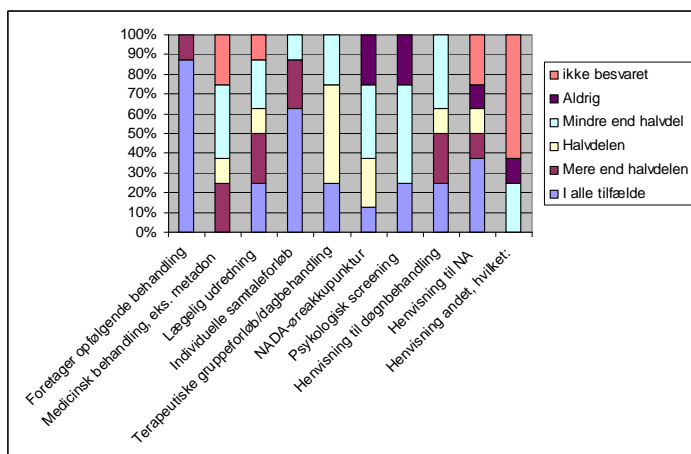
Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt sætte ét kryds.

Tabel 3.6. viser, at alle narkoenhederne vurderer, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af afgiftningsfasen.

Under researchen på narkoenhederne blev det oplyst, at det er almindelig praksis, at narkoenhederne gennemfører afgiftning som et første led i en samlet misbrugsbehandlingsplan. Enkelte kommentarer på spørgeskemaerne – udenfor svarfelterne – understøtter dette.

Dernæst blev narkoenhederne bedt om at oplyse, hvilke opfølgende tilbud de har til klienterne. I spørgeskemaet blev de præsenteret for en palette af forskellige opfølgende tilbud, som de kunne krydse sig af ved og samtidigt angive i hvilken udstrækning det pågældende tilbud benyttes.

Figur 3.1: Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?



Kommentarer til figuren: Her blev de adspurgt bedt om at sætte et kryds ved hver type opfølgende behandling og med krydset angive i hvilken udstrækning tilbuddet bliver givet på skalaen: i alle tilfælde /mere end halvdelen/halvdelen/mindre end halvdelen/aldrig

*Andet behandlingstilbud: Et misbrugscenter angiver tilbud om bo-enhed

Figur 3.1 viser, at der er i så godt som alle tilfælde iværksættes opfølgende behandling. Ligesom der i mere end halvdelen og op til i alle tilfælde tilbydes individuelle samtaler som opfølgende behandling.

På de øvrige foreslåede opfølgende behandlingsindsatser er billedet meget spredt. Se f.eks. besvarelserne ud for kategorien: 'lægelig udredning'. Her fordeler narkoenhedernes besvarelser sig nogenlunde jævnt fra 'i alle tilfælde' til 'i mindre en halvdelen' af tilfældene. Altså et udtryk for at man har forskellig praksis i relation til lægelig udredning.

Alle foreslåede opfølgende indsatser er i brug, med undtagelse af enkelte centre, som aldrig benytter NADA, psykologisk screening og henvisning til NA.

Der er en stor variation centrene imellem, i hvilket omfang de benytter de enkelte indsatser.

Besvarelserne tyder på, at narkoenhederne griber opgaven an på meget forskellig måde med forskellige vægtninger af den opfølgende indsats (individuelle samtaleforløb, terapeutiske gruppeforløb, døgnbehandling m.v.).

Opsamling:

Alle de deltagende narkoenheder er enige i, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af afgiftningen. Det understøtter antagelsen om, at afgiftningen skal ses som indledningen til et planlagt behandlingsforløb.

Stort set alle centre iværksætter opfølgende behandling hver gang, de gennemfører en afgiftning.

I den opfølgende behandling indgår typisk individuelle samtaleforløb. Herudover tyder besvarelserne på, at narkoenhederne er meget forskellige i deres måde, at vægte de forskellige opfølgende behandlingstiltag. Næsten alle centre følger således op på afgiftningsfasen med:

- Lægelig udredning

- Psykologisk screening
- Medicinsk behandling
- Terapeutiske gruppeforløb
- Henvisning til døgnbehandling
- NADA-øreakupunktur
- Henvisning til NA,

Men indsatserne vægtes meget forskelligt. Der tegnes således et billede af, at narkoenhederne griber behandlingsopgaven meget forskelligt an.

3.8 HENVISNING TIL ANDEN AFGIFTNING I DØGNREGI

Det er undersøgelsens antagelse, at når klientens situation er særligt vanskelig og ikke kan håndteres ambulant, så vil de kommunale narkoenheder søge at få klienten indlagt på sygehus eller måske anden form for afgiftning på et døgnbehandlingssted. Det kan være i situationer, hvor klienten er helbredstruet, selvmordstruet, abstinent eller psykotisk.

I det følgende vises, i hvilken udstrækning kommunerne benytter disse muligheder.

I nedenstående tabel 3.7. er kommunerne blevet bedt oplyse, om de har henvist klienter til f.eks. en somatisk sygehusafdeling og i givet fald, hvor mange klienter det drejer sig om i 2009.

Tabel 3.7. I hvilket omfang henviser I klienter til afgiftning på sygehus eller døgnbeholdingshjem?

Svarkategorier	Antal misbrugscentre	Cirka antal henvisninger i 2009
Afgiftning på somatisk sygehusafsnit	4	5
Afgiftning på psykiatrisk sygehusafsnit	7	25
Afgiftning på døgnbeholdingshjem	7	266
ikke besvaret	0	0
I alt	20	296

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte kryds ved de steder de henviser til og med krydset angive et antal henvisninger.

Tabel 3.7. skal læses således – første række – 4 misbrugscentre har i 2009 henvist klienter til en somatisk sygehusafdeling, de har i alt henvist 5 klienter. Næste række, 7 misbrugscentre har i 2009 henvist klienter til psykiatriske afdelinger, de har i alt henvist 25 klienter, osv.

Det samlede antal henvisninger til afgiftninger i døgnregi kan opgøres til 296 for de undersøgte narkoenheders vedkommende.

Tabel 3.7. viser endvidere, at stort set samtlige undersøgte centre benytter sig af muligheden for at sende klienter til afgiftning i henholdsvis psykiatrisk regi og i regi af døgnbeholdingshjem. Ligesom halvdelen af centrene benytter de somatiske sygehusafdelinger.

Opsamling:

Samlet set har kommunerne angivet at have henvist 296 klienter til afgiftning i døgnregi. Langt hovedparten af henvisningerne er til døgnbehandlingshjem, nemlig 266 henvisninger. De resterende 30 henvisninger, der finder sted til sygehussystemet, er primært rettet til psykiatrien.

3.9 DØGNILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE KLIENTER TIL AFGIFTNING

Når narkoenhederne ønsker at henvise en klient til afgiftning i døgnregi, så er det formodningen at man ikke i alle situationer får sin henvisning igennem. Spørgsmålet er: *Hvor 'parate' er de modtagende institutioner?*

I forlængelse heraf er kommunerne blevet bedt om at oplyse, hvilke begrundelser de møder, når deres henvisninger afvises.

Døgnbehandlingshjem

I første omgang er fokus på døgnbehandlingshjemmernes imødekommenhed overfor kommunernes henvisninger. Her lyder spørgsmålet: *I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af døgnbehandlingshjem?*

Tabel 3.8. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af døgnbehandlingshjem?

Udsagn	I alle tilfælde	Mere end halvdelen	Halvdelen	Mindre end halvdelen	Aldrig	Ikke besvaret
AFGIFTNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager døgnbehandlingshjem vore klienter til afgiftning.	4	1	0	2	0	1

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds og med krydset angive, hvor hyppigt døgnbehandlingsstedet imødekommer deres henvisning.

Tabel 3.8. vidner om, at døgnbehandlingshjemmene er meget imødekommende overfor henvisninger fra misbrugscentre. Det er således typisk, at døgnbehandlingscentret imødekommer henvisningen 'i alle tilfælde'.

Nedenstående tabel 3.9. understreger denne imødekommenhed, da den eneste begrundelse der nævnes ved relativt sjældne afvisninger, er manglende sengepladser.

Tabel 3.9. I den udstrækning, hvor døgnbehandlingshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	1
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	0
Modvilje mod at modtage klienter med misbrug	0
Afgiftning er udenfor institutionens opgaveområde	0
Ved ikke	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger

Antallet af besvarelser vedrørende de somatiske og psykiatriske afdelingers parathed til at modtage misbrugere til afgiftning er meget få. Det har ikke givet mening at tage materialet med her. De få svar giver dog indtryk af, at narkoenhederne fra tid til anden afviser, når de ønsker en klient indskrevet til afgiftning.

Ovenstående tabel 3.7. viste, at det er i et begrænset omfang narkoenhederne benytter somatiske afdelinger (5 henvisninger) og psykiatriske afdelinger (25 henvisninger). Om dette er baggrunden for de sparsomme besvarelser vides ikke. Ligesom det heller ikke vides om man opfatter det som en kritik af kolleger i andre systemer at besvare spørgsmålet: *I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af somatiske/psykiatriske afdelinger?*

Narkoenhederne har besvaret spørgsmålet om, hvilke begrundelser de mødes med når deres henvisning afvises af en somatisk afdeling. Svarfordelingen på dette spørgsmål vises i nedenstående tabel 3.10.

Tabel 3.10. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	0
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om klientens behov for indlæggelse	0
Modvilje mod at modtage klienter med misbrug	4
Afgiftning er udenfor afdelingens opgaveområde	4
Ved ikke	1

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Tabel 3.10. viser, at når den somatiske sygehusafdeling afviser klienter, som narkoenheden ønsker indlagt til afgiftning, da oplever narkoenheden, at det bunder i modvilje mod at indlægge misbrugere. Ligesom narkoenheden mødes med den begrundelse at afgiftning ligger udenfor den somatiske afdelings opgaveområde.

Herefter er narkoenhederne blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser de møder i det psykiatriske sygehussystem ved afvisninger. Spørgsmålet lyder: *I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?*

Tabel 3.11. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	2
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om klientens behov for indlæggelse	4
Modvilje mod at modtage klienter med misbrug	5
Afgiftning er udenfor afdelingens opgaveområde	2
Ved ikke	2

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Tabel 3.11. viser, at de situationer, hvor den psykiatriske afdeling afviser en klient, tyder det på at narkoenhederne kommer til kort i deres argumentation for en indlæggelse. Ligesom de giver udtryk for at den psykiatriske afdeling udviser uvilje overfor at modtage stofmisbrugere til afgiftning.

Opsamling:

Når de kommunale narkoenheder ønsker en klient indlagt til afgiftning på et døgnbehandlingshjem møder de stor imødekommenhed og afvises angiveligt kun, hvis der ikke er ledige pladser. Det skal i den forbindelse nævnes, at kommunernes misbrugscentre betaler for disse ophold ud af eget driftsbudget.

Ud fra de 8 narkoenheders besvarelser, er det vanskeligt at vurdere, i hvilken udstrækning de føler sig imødekommet ved henvisninger til det somatiske og psykiatriske sygehus.

Det er relativt sjældent, at kommunerne benytter sygehusene til afgiftning set i forhold til forbruget af døgnbehandlingssteder.

Besvarelserne vidner dog om, at narkoenhederne fra tid til anden afvises, når de ønsker en klient indskrevet til afgiftning i sygehusregi. Uanset der er tale om somatisk regi eller psykiatrisk regi tyder det på at narkoenhederne oplever, at begge regi kan have uvilje mod at tage imod stofmisbrugere.

Et argument misbrugscentre kan støde på i somatisk regi, er at afgiftning af stofmisbrugere ligger udenfor afdelingens opgaveområde.

I relation til psykiatrien opleves det af flere, at man ikke kan argumentere sig igennem til en sengeplads til afgiftning.

3.10 TRANSPORT

Når der henvises til afgiftning på et døgnsted, det være sig sygehus, døgnbehandlingshjem eller andet, så skal klienten transporteres til døgnstedet.

Spørgsmålet er derfor: *Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres til afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?*

Tabel 3.12. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?

Svarkategorier	Antal svar
Transport til afgiftning er slet ikke noget problem	3
Transport til afgiftning er i ringe grad et problem	4
Transport til afgiftning er i nogen grad et problem	1
Transport til afgiftning er i høj grad et problem	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	8

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 3.12. vidner om, at transport kun 'i ringe grad' til 'slet ikke' er noget problem.

3.11 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING

Misbrugscentrenes narkoenheder er blevet bedt vurdere, om afgiftningsopgaven opleves som en belastning i det daglige arbejde. De er konkret blevet bedt erklære sig mere eller mindre enige i en række udsagn, som indikerer belastninger forbundet med opgavens løsning.

Tabel 3.13. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
Svært påvirkede klienter kommer typisk i misbrugscentret uden forudgående aftale.	1	4	2	0	1
Klienter i misbrug overholder sjældent tidsfastsatte aftaler.	0	5	2	1	0
Hensynet til øvrige klienter sættes på en prøve, når der er svært påvirkede klienter i venteværelset.	0	2	4	2	0
Det er nyttesløst - jeg kan iværksætte en afgiftning i dag, men klienten henvender sig snart på ny i påvirket tilstand.	0	0	4	4	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds ved hvert udsagn og med krydset erklære sig mere eller mindre enige i det pågældende udsagn.

Ovenstående tabel 3.13. skal læses som følger – første række – 'svært påvirkede klienter kommer typisk uden forudgående aftale'. Et misbrugscenter er 'helt enig', 4 er 'overvejende enige', 2 er 'overvejende uenige', medens en ikke har besvaret, osv.

Vægtningen af besvarelsene i tabel 3.13 tilsiger, at man er 'overvejende enige' i at klienterne møder uden forudgående aftale og ligeledes er man 'overvejende' enige i, at misbrugere har svært ved at overholde de aftaler der indgås.

Omvendt er man overvejende uenige i, at påvirkede klienter er en prøvelse for centrets øvrige klienter.

Uenigheden er ligeledes udtalt i forhold til udsagnet: *afgiftning er en nyttesløs indsats!*

Opsamling:

Det er vurderingen, at medarbejderne i de kommunale narkoenheder er rummelige i relation til at tumle påvirkede misbrugere, ligesom man tillægger afgiftning en stor nytteværdi.

3.12 HØRER AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I NARKOENHEDEN?

Her er narkoenhederne blevet bedt vurdere, om de mener afgiftningsopgaven hører til i deres narkoenhed.

Tabel 3.14. Hører afgiftningsopgaven efter din mening hjemme i jeres misbrugscenter?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	6
Nej	1
Ved ikke	1
Ikke besvaret	0
I alt	8

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 3.14 viser, at langt hovedparten af de deltagende misbrugscentre mener, at afgiftningsopgaven hører til i misbrugscentrets regi.

En enkelt narkoenhed finder ikke, at opgaven hører hjemme i misbrugscentret. Endelig er der et center der svarer 'ved ikke'.

At svare 'ved ikke' kan umiddelbart undre, men omvendt er afgiftningsopgaven ikke eksplicit beskrevet i den lovgivning, der regulerer den kommunale behandlingsindsats. I lovgivningen anvendes alene begrebet behandling.

Opsamling:

Langt hovedparten af de deltagende narkoenheder mener, at afgiftningsopgaven hører til i misbrugscentrets regi. En enkelt narkoenhed finder ikke, at opgaven hører hjemme i misbrugscentret og endelig er der et center der svarer 'ved ikke'.

3.13 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ I?

Misbrugscentrene er her blevet præsenteret for seks udsagn vedrørende 'det gode afgiftningstilbud', som de kunne erklære sig mere eller mindre enige i.

Tabel 3.15. Hvilke elementer bør indgå i den gode afgiftning?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
En god afgiftning omfatter en lægestyret afgiftning og abstinensbehandling.	6	1	0	0	1
En god afgiftning omfatter en medicinsk udredning.	5	1	0	1	1
En god afgiftning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.	2	3	1	1	1
En god afgiftning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.	2	2	3	0	1
En god afgiftning udmunder i en behandlingsplan for klientens videre misbrugsbehandlingsforløb.	7	0	0	0	1
En god afgiftning bør adskille narkomisbrugere og stofmisbrugere.	0	2	4	1	1

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds for hvert udsagn og med krydset markere sin enighed/uenighed i udsagnet.

Tabel 3.15. viser, at der er udbredt enighed i, at afgiftning er en lægestyret funktion, som blandt andet omfatter abstinensbehandling og en lægelig udredning.

Ligeledes er man fra 'overvejende enig' til 'helt enig' i, at afgiftningen omfatter en psykologisk screening.

På spørgsmålet om en god afgiftning bør omhandle motivationsbehandling er vægtningen meget forskellig og fordeler sig jævnt mellem 'overvejende uenig', 'overvejende enig' og 'helt enig'

Der er næsten entydigt svaret 'helt enig' til, at en afgiftning skal udmunde i en behandlingsplan.

På spørgsmålet om hvorvidt et tilbud bør adskille alkohol og stofmisbrugere er udslaget størst på 'overvejende uenig'

Opsamling:

Svarfordelingen viser, at hvis de kommunale narkoenheder skulle designe 'det gode afgiftningstilbud' så ville det være lægestyret omfatte abstinensbehandling og en lægelig og psykologisk udredning. Man får ligeledes indtrykket, at et afgiftningsforløb er anledningen til at få etableret en behandlingsplan for det videre behandlingsforløb.

På spørgsmålet om hvorvidt et tilbud bør adskille alkohol og stofmisbrugere, er udslaget størst på 'overvejende uenig'

3.14 ORDET ER FRIT

Misbrugscentrene er afslutningsvist blevet stillet spørgsmålet:

Hvordan mener du at det fremtidige tilbud til afgiftning bør se ud?

Kun en af de besvarende narkoenheder har givet sit besyv med, her gengivet i sin fulde ordlyd:

Motivationsbehandling/ rådgivning er meget vigtigt, men metoden er ikke nødvendigvis psykoterapeutisk.

Afgiftningstilbud af misbrugere bør ligge i misbrugscentrene, men gerne med tættere samarbejde med alle relevante parter vedrørende vedkommendes helhedssituation og behandling. Jeg mener ikke nødvendigvis, at man bør adskille alkohol fra stofmisbrugere - og omvendt, da der kan være mange ligheder, som man med fordel kan anvende i behandlingen/ afgiftningen. Ellers er jeg tilhænger af at afgiftningen består af ovenstående ting (tabel 3.15.). Det er meget sjældent, at opgaven kun består i afgiftning - oftest er det en sammensat opgave, hvor behandling udgør en stor del, og døgnopholdet er en del af et samlet behandlingsforløb.

4. Kapitel: Kommunale misbrugscentre – ALKOHOL

I dette kapitel kommenteres og vurderes de svar som 13 kommunale misbrugscentres alkoholenheder har givet i kortlægningens spørgeskemaundersøgelse.

I afsnit 4.1 – afsnit 4.3 begrundes alkoholenhedernes deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent, ligesom repræsentativiteten vurderes. Endelig vurderes de indhøstede datas validitet.

I afsnit 4.4 til afsnit 4.13 er spørgeskemaundersøgelsens besvarelser opstillet i tabeller og grafer, som er kommenterede, ligesom hver afsnit afsluttes med en kortfattet opsamling.

4.1 DE KOMMUNALE ALKOHOLENHEDERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

De kommunale misbrugscentre er typisk organiseret med et tilbud til narkotikamisbrugere og et tilbud til alkoholmisbrugere. Tilbuddet til alkoholmisbrugere kaldes her med en samlebetegnelse for 'alkoholenhederne'¹³.

Undersøgelsens researchfase har omfattet samtaler med enkelte alkoholenheder i Region Syddanmark, ligesom enkelte medarbejdere fra alkoholenhederne har pilottestet spørgeskemaet.

¹³ Kommunerne benytter forskellige betegnelser for deres alkoholbehandlingsenhed, som f.eks.: alkoholambulatorium, Team Alkohol, alkoholenhed mv.

Det har hele tiden stået klart, at de kommunale misbrugscentres alkoholenheder skulle omfattes af kortlægningen, da det via Sundhedslovens § 141 er en kommunal opgave, at tilbyde vederlagsfri anonym alkoholbehandling til de borgere i kommunerne, som har et alkoholproblem og ønsker behandling. Afrusning er ikke eksplicit nævnt i lovgivningen, men er omfattet af begrebet 'alkoholbehandling'.

Researchen gjorde det klart, at der ikke i centrale registre kunne hentes oplysninger om omfanget af de akutte afrusninger, der gennemføres i de kommunale alkoholenheder.

Kommunerne er forpligtet til via Sundhedsstyrelsen Elektroniske Indberetningssystem, at indberette data til NAB¹⁴ vedrørende borgere i alkoholbehandling. Men ind til og med 2009 omfattede kommunernes indberetninger ikke oplysninger om akut afrusning.

Med udsendelsen af Sundhedsstyrelsens '*Fællesindhold for registrering af alkoholmisbrugere i behandling*' i 2010 er det imidlertid fremover obligatorisk, at kommunerne skal indberette, hvorvidt den enkelte borger har været igennem en akut afrusning i forbindelse med indskrivningen.

På denne baggrund har det været nødvendigt i spørgeskemaundersøgelsen at bede kommunerne give kvalificerede skøn over antallet af akutte afrusninger, som er gennemført i 2009 i de kommunale alkoholenheder.

4.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

Der er udsendt 16 spørgeskemaer til navngivne ledere af de kommunale alkoholenheder i Region Syddanmark. Der blev returneret 13 udfyldte skemaer. Svarprocenten er herefter ca. 81 %.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de alkoholenheder, der ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Repræsentativiteten vurderes at være tilfredsstillende i forhold til de kommunale alkoholenheder i Region Syddanmark.

4.3 VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data om antal afrusninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn over antal afrusninger gennemført i 2009. Denne fremgangsmåde er anvendt i relation til alkoholenhederne i Region Syddanmark.

Det kunne have været ønskværdigt, om de undersøgte behandlingsenheder også i 2009 havde været forpligtede til at indberette data vedrørende afrusning til NAB, men da denne forpligtelse

¹⁴ NAB: Det Nationale AlkoholBehandlingsregister

først blev indført i 2010, har vi vurderet, at den valgte fremgangsmåde giver det næstbedste resultat.

Ingen af de deltagende alkoholenheder har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet.

Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

4.4 OMFANGET AF AFRUSNINGER I ALKOHOLENHEDERNE

Alkoholenheden er blevet spurgt om følgende: *I hvilket omfang har I iværksat afrusninger i alkoholenheden i løbet af 2009?*

Tabel 4.1 - I hvilket omfang har I iværksat akutte afrusninger i jeres misbrugscenter – alkoholenheden – i løbet af 2009?

Antal iværksatte akutte afrusninger (interval)	Antal alkoholenheder	Skønnet antal afrusninger*
0 afrusninger	1	0
1 – 6 afrusninger	3	10,5
7 – 12 afrusninger	0	0
13 – 24 afrusninger	0	0
25 – 36 afrusninger	1	30
**Over 36 afrusninger	8	1.695
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	13	1.735,5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

* Skønnet forudsætter, at antal afrusninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval. Medianen ved talrækken 'antal alkoholenheder' er 6,5 og skal findes i kategorien 'over 36', markeret med grå skravering.

** Bygger på det faktiske antal som 8 alkoholenheder har oplyst.

Tabel 4.1. skal læses sådan, at 1 misbrugscenter angiver at have gennemført 0 afrusninger i 2009, 3 alkoholenheder angiver at have gennemført mellem 1-6 afrusninger i 2009, osv.

Ovenstående tabel 4.1. viser, at tyngden i besvarelserne ligger i kategorien 'over 36' afrusninger. Det skal forstås på den måde, at de kommunale alkoholenheder typisk gennemfører mere end 36 afrusninger i løbet af 2009.

Tabel 4.1. viser endvidere en stor spredning fra en enkelt alkoholenhed, som ingen afrusninger gennemfører i 2009, til 8 alkoholenheder der samlet gennemfører 1.695 afrusninger i 2009.

I nedenstående tabel 4.2. vises svarkategorien 'over 36 afrusninger'. Tabellen viser, hvor mange afrusninger alkoholenhederne har oplyst til spørgeskemaet.

Tabellerne 4.1. og 4.2. viser en bemærkelsesværdig spredning i det antal afrusninger alkoholenhederne gennemfører. Fra et misbrugscenter der gennemfører 0 afrusninger i 2009, til et misbrugscenter der gennemfører 662 afrusninger.

Tabel 4.2 – Hvis I gennemfører mere end 36 afrusninger i 2009, hvor mange drejer det sig da om, angiv et antal!

Over 36 akutte afrusninger	Antal
Esbjerg	47
Assens	80
Vejle	123
Fredericia	160
Kolding	180
Nyborg	200
Svendborg	243
Odense	662
I alt	1695

Kommentarer til tabellen: Når de adspurgte har sat deres kryds ved kategorien 'mere end 36 afrusninger', er de samtidigt blevet bedt oplyse antallet.

Der synes at være en samvariation mellem antal afrusninger og befolkningsgrundlaget i de undersøgte kommuner. Således er det Odense – regionens største by – der tegner sig for det største antal afrusninger. Derefter kommer kommuner som, Svendborg, Nyborg, Kolding, Fredericia og Vejle. Befolkningsgrundlag forklarer dog ikke tilbundsgående den store variationsbredde.

De fynske kommuner, med behandlingscenter Odense i spidsen, tegner sig samlet set for langt det største antal afrusninger i regionen i 2009.

Det er vurderingen, at der er andre faktorer, som også betinger variationsbredden.

Det er ikke undersøgt her, hvorvidt man f.eks. i de kommuner har besluttet et forskelligt serviceniveau vedrørende akutberedskabet i alkoholenhederne. Ligesom det ikke er undersøgt, hvordan de enkelte centre har organiseret sig omkring opgavens løsning. En nærmere undersøgelse heraf kunne måske afklare, hvorfor spredningen er så forholdsvis stor.

Opsamling:

De kommunale alkoholenheders kvalificerede skøn over hvor mange afrusninger af alkoholmisbrugere de gennemfører i deres alkoholenheder, viser en meget stor variationsbredde. Fra en kommune der ingen afrusninger gennemfører i 2009, til en kommune som angiver, at have gennemført 662 afrusninger.

Variationsbredden forklares dels ved en samvariation mellem antal afrusninger og befolkningsgrundlag – de største byer, de fleste afrusninger – og dels er det formodningen, at der er valgt forskelligt serviceniveau i de enkelte kommuner, ligesom man formodentlig organiserer opgavens løsning forskelligt.

Et skøn over, hvor mange afrusninger 13 ud af 16 mulige alkoholenheder gennemfører ligger på 1.700 afrusninger i 2009.

4.5 ABSTINENSBEHANDLING

Her er interessen rettet mod alkoholenhedernes abstinensbehandling i forbindelse med akut ambulans afrusning.

Spørgsmålet til alkoholenhederne lyder: *Iværksætter i abstinensbehandling i forbindelse med afrusning?*

Table 4.3. Iværksætter i abstinensbehandling i forbindelse med akut afrusning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	11
Nej	2
Ved ikke	0
I alt	13

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Table 4.3. viser, at langt hovedparten af alkoholenhederne tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til den akutte afrusning. To kommuner tilbyder ikke abstinensbehandling. Den ene kommune er den kommune, som tidligere oplyste, at de ikke har gennemført afrusninger i 2009. Den anden kommune har oplyst at de i 2009 gennemførte mellem 1-6 afrusninger.

I næste omgang er de kommunale alkoholenheder blevet bedt oplyse, i hvilket omfang de tilbyder abstinensbehandling. I table 4.4. nedenfor viser svarfordelingen.

Table 4.4. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter i abstinensbehandling?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	4
Mere end halvdelen	6
Halvdelen	1
Mindre end halvdelen	0
Aldrig	2
ikke besvaret	0
I alt	13

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds. Medianen ved talrækken er 6,5 og skal findes i kategorierne 'i alle tilfælde' og 'mere end halvdelen', markeret med grå skravering.

Tyngden i talmaterialet ligger mellem kategorierne 'i alle tilfælde' og 'mere end halvdelen', med hovedvægten på den sidste kategori. Det betyder, at man i mere end halvdelen og op til i alle tilfælde tilbyder klienten abstinensbehandling, når vedkommende henvender sig med et akut afrusningsbehov.

Opsamling:

Langt hovedparten af de kommunale alkoholenheder i regionen – 11 af 13 – tilbyder abstinensbehandling i forbindelse med akut afrusning.

Det er typisk, at når alkoholenhederne går ind i en afrusning, så tilbyder de abstinensbehandling fra i mere end halvdelen af tilfældene og op til 'i alle tilfælde'.

4.6 OPFØLGENDE BEHANDLING

Her er kommunernes alkoholenheder blevet bedt oplyse, hvorvidt de iværksætter nogen form for opfølgende misbrugsbehandling og i givet fald, hvilken form for opfølgende behandling der tilbydes.

Spørgsmålet i spørgeskemaet lyder: *Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusningsfase?*

Nedenstående tabel 4.5. viser, at alle de deltagende alkoholenheder mener, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusning.

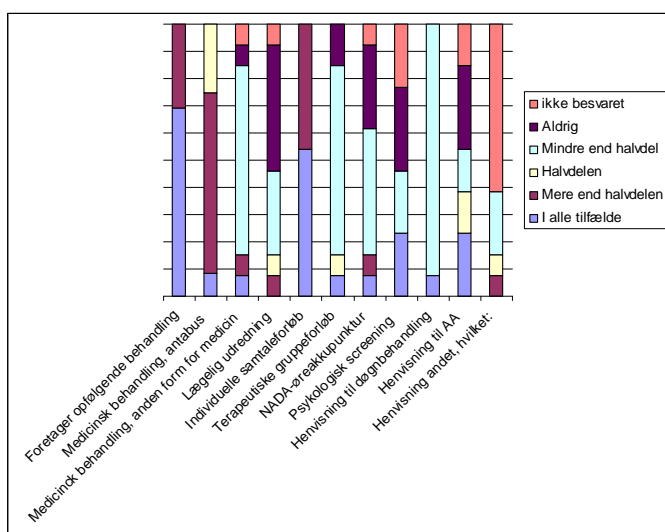
Tabel 4.5. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusningsfase?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	13
Nej	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	13

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Alkoholenhederne er dernæst blevet præsenteret for en bred vifte af mulige opfølgende behandlingstilbud og er blevet bedt markere, hvilke tilbud de benytter, og samtidigt angive i hvilket omfang tilbuddet benyttes.

Figur 4.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?



Kommentarer til figuren: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte et kryds ud for hver type opfølgende behandling og angive omfanget på skalaen: aldrig/mindre end halvdelen/halvdelen/mere end halvdelen/i alle tilfælde.

**Henvisning til andet behandlingstilbud, hvilket: Her angives følgende. Lænken (afholdsforening), selvhjælpsgrupper, TUBA (terapeutisk rådgivning), Solstrålen (værested), egen læge, indlæggelse på psykiatrisk eller somatisk afdeling.*

Ovenstående figur 4.1. viser blandt andet, at der typisk gennemføres opfølgende behandling. Vægten i besvarelsen ligger således på kategorien 'i alle tilfælde'.

Den typiske behandlingsopfølgning i forhold til en afrusning ligger ved antabusbehandling og individuelle samtaleforløb.

I mindre end halvdelen af situationerne gennemføres en lægelig udredning. I mindre end halvdelen af tilfældene tilbydes terapeutiske gruppeforløb og/eller et døgnbehandlingsforløb.

I en noget ringere udstrækning henvises f.eks. til selvhjælpsgrupper, væresteder, afholdsforeninger og lignende.

Opsamling:

Alkoholenhederne er fuldstændigt enige i vurderingen: *Der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusningsfase!*

Det typiske er, at alkoholenhederne selv tilbyder opfølgende behandling i form af antabusbehandling og individuelle samtaler. I mindre omfang – i omkring halvdelen af situationerne – tilbydes lægelig udredning, terapeutiske gruppeforløb og/eller døgnbehandling.

4.7 HENVISNING TIL AFRUSNING I DØGNREGI

Det er undersøgelsens antagelse, at når klientens situation er særligt vanskelig, så vil de kommunale alkoholenheder søge at få klienten indlagt på sygehus eller måske anden form for afrusning i regi af døgnbehandlingssteder, eller ved henvisning til forsorgshjem. Det kan være i forbindelse med, at klienten er helbredstruet, selvmordstruet, abstinent eller psykotisk. I det følgende vises, hvorledes kommunerne benytter disse muligheder.

Tabel 4.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning?

Svarkategorier	Antal alkoholenheder	Antal henvisninger i 2009
Afrusning på døgnbehandlingshjem	7	17
Afrusning på somatisk sygehusafsnit	10	50
Afrusning på psykiatrisk sygehusafsnit	12	83
Afrusning på forsorgshjem	13	66
Ingen henvisning til anden afrusning	0	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser og samtidigt angive et cirka antal.

Tabel 4.6. skal læses således – første linje – 7 kommunale alkoholenheder har henvist til en døgnbehandlingsinstitution i 2009, samlet set drejer det sig om 17 klienter der er henvist. I 10 situationer har de kommunale alkoholenheder henvist til afrusning på en somatisk sygehusafdeling og samlet har de 10 centre henvist 50 klienter til afrusning. osv.

Tabellen viser, at alle alkoholenheder i 2009 benytter forsorgshjemmet som en mulighed, ligesom stort set alle alkoholenheder benytter både somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger. Cirka halvdelen af alkoholenhederne benytter ligeledes døgnbehandlingssteder (eksempelvis: Tjele, Ringgården eller andre).

Alt i alt henviser de kommunale alkoholenheder cirka 200 klienter til afrusning i døgnregi, hvor de har vurderet, at afrusningen ikke kunne gennemføres ambulantly.

Opsamling:

Når de kommunale alkoholenheder vurderer, at en afrusning ikke kan håndteres ambulantly, da benytter man sig af forskellige afskærmede døgntilbud.

Alle alkoholenheder benytter forsorgshjem, ligesom stort set alle alkoholenheder benytter somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger. I noget ringere udstrækning benytter alkoholenhederne døgnbehandlingssteder.

I alt skønner kommunerne, at de henviser omkring 200 klienter til afrusning i døgnregi i 2009. Sammenlignet med antallet af akutte afrusninger, som gennemføres ambulantly i alkoholenhederne, er afrusninger i de kommunale alkoholenheder primært et ambulantly anliggende.

4.8 DØGNILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE KLIENTER TIL AFRUSNING

Set med alkoholenhedernes briller: *Hvor imødekommende er døgnbehandlingsstederne, når en klient ønskes henvist til afrusning?*

Og hvilke er begrundelserne for de afvisninger, de måtte opleve?

Somatiske sygehusafdelinger

I første omgang lyder spørgsmålet: *I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de somatiske sygehusafdelinger?*

Nedenstående tabel 4.7. viser, at 3 alkoholenheder oplever, at sygehusafdelingen altid imødekommer deres henvisninger, hvorimod 5 alkoholenheder oplever, at de i nogen udstrækning afvises, når de ønsker en klient indlagt til akut afrusning på en somatisk sygehusafdeling.

Tabel 4.7. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de somatiske sygehusafdelinger?

	I alle tilfælde	Mere end halvdelen	Halvdelen	Mindre end halvdelen	Aldrig
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de somatiske sygehusafdelinger vore klienter til afrusning.	3	0	2	3	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds. Tabellen skal læses sådan, at 3 alkoholenheder oplever, at den somatiske sygehusafdeling tager imod henvisningen – i alle tilfælde – hvor man henvender sig med

en klient til afrusning, osv.

Herefter er alkoholenhederne blevet bedt angive de begrundelser de møder ved en afvisning.

Tabel 4.8. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	1
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	5
Modvilje mod at modtage patienter med misbrug	1
Afrusning er udenfor afdelingens opgaveområde	2
Ved ikke	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om eventuelt at sætte flere krydser.

Medianen (4,5) ligger ved kategorien: Uenighed mellem os.

Tabel 4.8. skal læses således – første linje – 1 alkoholenhed angiver, at når deres henvisning til somatisk sygehus afvises, så er begrundelsen 'mangel på sengepladser', osv.

I den udstrækning alkoholenhedens henvisninger til somatiske sygehusafdelinger afvises, er begrundelsen typisk, at der er uenighed mellem alkoholenheden og den modtagende afdeling om behovet for indlæggelse.

Psykiatriske sygehusafdelinger

Herefter er fokus rettet mod henvisninger til de psykiatriske afdelinger og spørgsmålet her lyder: / hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de psykiatriske sygehusafdelinger?

Af nedenstående tabel 4.9. ses det, at 9 alkoholenheder får deres ønske om en henvisning imødekommet i psykiatrien i mere end halvdelen og op mod alle tilfælde, når de ønsker en klient indlagt til afrusning.

Tabel 4.9. viser dog også, at alkoholenhederne i nogen udstrækning afvises af den modtagende psykiatriske afdeling. Dog har afvisningerne ikke samme omfang, som ved henvendelse til en somatisk sygehusafdeling.

Det tyder på, at de psykiatriske afdelinger hyppigere er imødekommende overfor akutte afrusninger end de somatiske afdelinger.

Tabel 4.9. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af de psykiatriske sygehusafdelinger?

	I alle tilfælde	Mere end halvdelen	Halvdelen	Mindre end halvdelen	Aldrig	Ikke besvaret
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de psykiatriske sygehusafdelinger vore klienter til afrusning.	5	4	0	3	0	1

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 4.9. skal læses som ovenstående tabel 4.7.

Hvilke begrundelser møder alkoholenhederne, når de afvises af det psykiatriske sygehus?

Tabel 4.10. viser, i den udstrækning de psykiatriske afdelinger afviser en anmodning om indlæggelse af en klient, så er hele 'paletten' af begrundelser i anvendelse med nogenlunde lige vægt.

Tabel 4.10. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	4
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	4
Modvilje mod at modtage patienter med misbrug	4
Afrusning er udenfor afdelingens opgaveområde	3
Ved ikke	2

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt eventuelt at sætte flere krydser.

Døgnbehandlingssteder

Samme spørgsmål er stillet i forhold til døgnbehandlingsstederne. Spørgsmålet er: I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af døgnbehandlingsstedet?

Tabel 4.11. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af døgnbehandlingsstedet?

	I alle tilfælde	Mere end halvdelen	Halvdelen	Mindre end halvdelen	Aldrig	Ikke besvaret
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager døgnbehandlingshjem vore klienter til afrusning.	2	1	1	1	0	8

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

I tabel 4.11. ses det blandt andet, at der er 8 alkoholenheder, der ikke har besvaret spørgsmålet. 5 af disse alkoholenheder har tidligere oplyst, at de ikke har henvist klienter til afrusning på et døgnbehandlingshjem i 2009 (se tabel 4.6.).

Tabellen viser ligeledes at døgnbehandlingsstederne er den løsning de kommunale alkoholenheder sjældent benytter i sammenligning med eksempelvis sygehusene.

Graden af imødekommenhed hos de modtagende døgnbehandlingssteder fordeler sig nogenlunde jævnt fra 'i alle tilfælde' at modtage den henviste klient, til i 'mindre end halvdelen' af tilfældene at modtage klienten.

Det kan umiddelbart undre, at behandlingshjemmene overhovedet afviser klienter til afrusning, da behandlingshjemmene modtager klienter mod opholdsbetaling. Mulige forklaringer følger i tabel 4.12. nedenfor.

Her er alkoholenhederne blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser de mødes med når en henvisning bliver afvist.

Tabel 4.12. I den udstrækning, hvor døgnbehandlingshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	2
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	0
Modvilje mod at modtage klienter med misbrug	0
Afrusning er udenfor institutionens opgaveområde	2
Ved ikke	3

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om eventuelt at sætte flere krydser.

Mangel på sengepladser og at de pågældende institutioner ikke er udrustet til at løse afrusningsopgaven, er de begrundelser alkoholenhederne møder, når døgnbehandlingsstederne afviser en klient. 3 alkoholenheder besvarer spørgsmålet med 'ved ikke'.

Forsorgshjem

Endelig er alkoholenhederne blevet bedt oplyse i hvilken udstrækning forsorgshjemmene imødekommer deres henvisninger.

Tabel 4.13. I hvilken udstrækning imødekommes jeres henvisninger af forsorgshjemmet?

Svarkategori	I alle tilfælde	Mere end halvdelen	Halvdelen	Mindre end halvdelen	Aldrig	Ikke besvaret
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager forsorgshjemmet vore klienter til afrusning.	4	3	3	1	0	2

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt sætte ét kryds.

Tabel 4.13. viser, at 2 alkoholenheder ikke besvarer spørgsmålet om end alle alkoholenheder i 2009 har benyttet forsorgshjem til akut afrusning af alkoholmisbrugere (se tabel 4.6.).

Svarfordelingen i tabel 4.13. viser en relativ stor imødekommenhed hos forsorgshjemmene til at tage imod de klienter alkoholenhederne henviser til afrusning. Besvarelsene fordeler sig jævnt over fra 'halvdelen' til 'i alle tilfælde' tager forsorgshjemmet imod en klient til afrusning. Dog vidner tabel 4.13. om, at alkoholenheder fra tid til anden, bliver mødt med en afvisning af en klient. Derfor er alkoholenhederne blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser man mødes med ved en afvisning på et forsorgshjem.

Nedenstående tabel 4.14. viser, at forsorgshjemmets begrundelse ved afvisning af klienter koncentrerer sig om 'manglende sengepladser'.

Tabel 4.14. I den udstrækning, hvor forsorgshjemmet ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	9
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	0
Modvilje mod at modtage klienter med misbrug	0
Afrusning er udenfor institutionens opgaveområde	0
Ved ikke	1

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om eventuelt at sætte flere krydser.

Begrundelsen 'manglende sengepladser' understreger forsorgshjemmenes store imødekommenhed overfor at gå ind i afrusningsopgaven.

Opsamling:

Når de kommunale alkoholenheder vurderer, at afrusning ikke kan gennemføres ambulant søger de klienterne henvist til skærmet afrusning i døgnregi.

Især benytter man i nævnte rækkefølge, forsorgshjem, somatiske og psykiatriske afdelinger og i et mindre omfang døgnbehandlingssteder.

Det er imidlertid ikke i alle tilfælde, at de modtagende institutioner modtager henvisningen.

Det ser ud til, at især de somatiske sygehusafdelinger er tilbageholdende med at modtage alkoholenhedernes klienter og at man oplever ikke at kunne argumentere sig igennem 'nåleøjet' til en sengeplads.

Ligeledes oplever alkoholenhederne i nogen udstrækning, at blive afvist af den modtagende psykiatriske afdeling. Dog ikke i samme omfang som man oplever sig afvist ved henvendelse til en somatisk sygehusafdeling.

De psykiatriske afdelingers afvisninger begrundes jævnfør alkoholenhedernes besvarelser med en 'palette' af begrundelser som: 'Mangel på sengepladser' / 'Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse' / 'Modvilje mod at modtage patienter med misbrug' / 'Afrusning er udenfor afdelingens opgaveområde'.

Når alkoholenhederne ønsker, at benytte døgnbehandlingssteder og en sjælden gang afvises, er begrundelserne typisk manglende sengepladser, eller at institutionen ikke er indrettet til opgaven.

Der ser ud som om forsorgshjemmene er de mest 'fremkommelige' i relation til at modtage klienter til afrusning. I den udstrækning forsorgshjemmene afviser, er det fordi de ikke har plads.

4.9 TRANSPORT

Når en klient henvises til afrusning på et døgnsted f.eks. et sygehus, forsorgshjem eller andet, vil det være forbundet med transport at få klienten frem til afrusningsstedet.

I den forbindelse er alkoholenhederne blevet bedt vurdere, hvorvidt transport er en barriere.

Tabel 4.15. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?

Svarkategorier	Antal svar
Transport til afrusning er slet ikke noget problem	2
Transport til afrusning er i ringe grad et problem	5
Transport til afrusning er i nogen grad et problem	4
Transport til afrusning er i høj grad et problem	1
Ved ikke	0
Ikke besvaret	1
I alt	13

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Medianen (6,5) ligger mellem svarkategorien 'i ringe grad et problem' til 'i nogen grad et problem' og er markeret grå skravering

Vægtningen i besvarelsene i tabel 4.15. kan tolkes sådan, at transport 'i ringe grad' til 'i nogen grad' udgør et problem. De kommunale alkoholenheder oplever således ikke transport som et uoverstigeligt problem.

Opsamling:

Når en klient henvises til afrusning på et døgnsted f.eks. et sygehus, forsorgshjem eller andet, vil det være forbundet med transport at få klienten frem til afrusningsstedet. I den forbindelse er alkoholenhederne blevet bedt vurdere, hvorvidt transport er en barriere. Det er alkoholenhedernes vurdering, at transport til afrusning i døgnregi ikke udgør et større problem.

4.10 OPLEVELSE AF AFRUSNINGSOPGAVERNS BELASTNING

Misbrugscentrenes alkoholenheder er blevet bedt vurdere, om afrusningsopgaven opleves som en belastning i det daglige arbejde. De er konkret blevet bedt erklære sig mere eller mindre enige i en række udsagn, som indikerer belastninger forbundet med opgavens løsning.

De grå skraveringer i nedenstående tabel 4.16. viser, hvor hovedparten af besvarelsene i hver række er placeret. Tabel 4.16. viser følgende: Alkoholenhederne er overvejende enige i, at berusede klienter møder uden forudgående aftale; men at man omvendt er overvejende uenige i, at klienterne ikke overholder aftaler der indgås.

Tabel 4.16. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig
Svært berusede klienter kommer typisk i misbrugscentret uden forudgående aftale.	3	5	3	2
Klienter i alkoholmisbrug overholder sjældent tids fastsatte aftaler.	2	2	9	0
Hensynet til øvrige klienter sættes på en prøve, når der er svært berusede klienter i venteværelset.	2	2	8	1
Det er nyttesløst - jeg kan iværksætte en afrusning i dag, men klienten henvender sig snart på ny i beruset tilstand.	0	0	4	9

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hvert udsagn og samtidigt markere deres enighed/uenighed.

Ovenstående tabel 4.16. skal læses sådan – første række - 'klienterne kommer typisk uden forudgående aftale'. 3 alkoholenheder er helt enige, 5 alkoholenheder er overvejende enige, osv.

Dernæst er man overvejende uenige i, at berusede klienter er en prøvelse for de øvrige klienter i venteværelset.

Alkoholenhederne er endelig uenige i, at det er nyttesløst at iværksætte en afrusning.

Opsamling:

Alkoholenhedernes besvarelser af, hvorvidt arbejdet med berusede alkoholmisbrugere opleves som en belastning, tyder på en stor rummelighed overfor klientellet.

4.11 HØRER AFRUSNINGSGOPAVEN HJEMME I ALKOHOLENHEDEN?

Her er alkoholenhederne blevet bedt vurdere, om de mener, at afrusningsopgaven hører til i deres alkoholenhed.

Tabel 4.17. Hører afrusningsopgaven hjemme i jeres misbrugscenter?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	8
Nej	4
Ved ikke	1
Ikke besvaret	0
I alt	13

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

8 af 13 alkoholenheder mener, at afrusningsopgaven hører til i deres regi, hvorimod 4 svarer, at opgaven ikke hører hjemme i deres regi.

Selvom Sundhedslovens § 141 pålægger kommunerne at yde vederlagsfri anonym behandling til alle borgere med et alkoholmisbrug, er der en lille håndfuld kommunale alkoholenheder, der ikke mener at opgaven skal være placeret hos dem.

De 4 alkoholenheder der svarer nej til spørgsmålet er samtidigt de alkoholenheder der gennemfører de færreste afrusninger.

Opsamling:

8 af 13 alkoholenheder mener at afrusningsopgaven hører til i det kommunale misbrugscenter i tråd med Sundhedslovens § 141, som pålægger kommunerne at yde vederlagsfri anonym behandling til alle borgere med et alkoholmisbrug.

4 alkoholenheder mener ikke, at opgaven hører til i deres regi. Her i blandt er i øvrigt de kommuner, der gennemfører de færreste afrusninger i 2009.

4.12 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGSTILBUD BESTÅ I?

Alkoholenhederne er her blevet præsenteret for seks udsagn vedrørende 'det gode afrusningstilbud'. De er blevet bedt erklære sig mere eller mindre enige i de seks udsagn.

Tabel 4.18. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
En god afrusning omfatter en lægestyret afrusning og abstinensbehandling.	13	0	0	0	0
En god afrusning omfatter en medicinsk udredning.	11	2	0	0	0
En god afrusning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.	3	7	0	2	1
En god afrusning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.	6	3	3	0	1
En god afrusning udmunder i en behandlingsplan for klientens videre misbrugsbehandlingsforløb.	13	0	0	0	0
En god afrusning bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.	7	2	4	0	0

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hvert udsagn og med krydset markere deres enighed/uenighed.

Ovenstående tabel 4.18 viser at alkoholenhederne er helt enige i, at et godt afrusningstilbud er lægestyret og omfatter abstinensbehandling. Langt hovedparten af centrene – 11 af 13 – er helt enige i, at afrusningen omfatter en lægelig udredning. Ligeledes er centrene helt enig i, at et akut afrusningsforløb munder ud i en plan for det videre misbrugsbehandlingsforløb.

Der er overvejende enighed om, at klienterne skal tilbydes en psykologisk screening.

Vandene deles derimod på spørgsmålet om, hvorvidt en god afrusning omfatter motivationsbehandling. Tendensen peger dog væsentligt på 'overvejende enig' til 'helt enighed'.

Hvorvidt man i det gode tilbud skal adskille alkohol og stofmisbrugere, er svarene ikke så entydige. Der er både for og imod. Dog tales der med mest vægt for at adskille alkohol- og stofmisbrugere.

Opsamling:

De kommunale alkoholenheder tegner et billede af et godt afrusningstilbud, som er lægestyret, omfatter abstinensbehandling og en lægelig udredning.

Et afrusningsforløb er samtidig anledningen til at få udarbejdet en behandlingsplan for det videre behandlingsforløb.

Der er overvejende enighed i, at afrusning omfatter en psykologisk screening og fra 'overvejende enighed' til 'helt enighed' om, at afrusningstilbuddet bør omfatte motiverende samtalebehandling.

Hvorvidt man i et tilbud skal adskille alkohol- og stofmisbrugere, peger svarene i retning af, at man bør adskille de to typer misbrugere.

4.13 ORDET ER FRIT

Alkoholenhederne er afslutningsvist blevet stillet spørgsmålet:

Hvordan mener du, at det fremtidige tilbud til afrusning bør se ud?

4 af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen tager imod opfordringen til at give *ordet frit*.

Der peges på hensigtsmæssigheden i, at alkoholenhedernes ambulante tilbud om akut afrusning er en god 'indgang' til et videre behandlingsforløb. Og ikke mindst, at alkoholenheden netop selv har flere former for opfølgende tilbud. En udtrykker det således: *Jeg tror det forøger chancen for, at brugeren fortsætter i alkoholbehandlingen efter afrusningsforløbet.*

Ikke mindst henvises der til gode erfaringer med at have sundhedspersonale indover opgaven i det ambulante tilbud, som alkoholenhederne råder over (læger, specialuddannede sygeplejersker). Det vides dog ikke, om man alle steder har sundhedspersonale tilknyttet?

Endelig ønsker man sig et tilbud, der ikke blot er ambulante; men er et 'specialiseret døgnafsnit' i tilknytning til alkoholenheden, som kan tilbyde døgnovervåget støtte.

5. Kapitel: Praksislæger

I dette kapitel analyseres og vurderes de svar som 255 ud af 809 privatpraktiserende læger i Region Syddanmark har givet i spørgeskemaundersøgelsen.

I afsnit 5.1 begrundes praksislægenes deltagelse i undersøgelsen.

I afsnit 5.2 beregnes en svarprocent vedrørende lægenes deltagelse i undersøgelsen, ligesom repræsentativiteten vurderes.

I afsnit 5.3 vurderes de indhentede datas validitet.

Afsnit 5.4 til afsnit 5.14 præsenteres spørgeskemaundersøgelsens resultater med de tabeller og grafer der er opstillet på baggrund af dataudtræk fra undersøgelsen. Ligesom tabeller og grafer kommenteres. Hvert af afsnittene 5.4 – 5.14 afsluttes med en kort opsamling.

5.1 PRAKSISLÆGERNES DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

I undersøgelsens researchfase har der været kontakt til en række privatpraktiserende læger samt en embedslæge. Der har også været afholdt møde med en bylægeforening om undersøgelsen.

Researchen viste, at det har stor relevans at inddrage praksislægerne¹⁵ i undersøgelsen. Det er ikke ualmindeligt, at lægen i sin almene praksis besøges af berusede patienter, der ønsker hjælp til en akut afgiftning. I den udstrækning afgiftningen kan gennemføres ambulantly, så finder den sted i lægens praksis.

Endvidere viste researchen, at undersøgelsen skulle have et fokus på vagtlægeordningens indsats i relation til afgiftningsopgaven.

Kortlægningen omfatter således en undersøgelse af alment privatpraktiserende læger og vagtlægeordningen i Region Syddanmark. Privat praktiserende speciallæger er ikke omfattet af undersøgelsen.

Det blev endelig under researchen gjort klart at praksislægerne er travle og i øvrigt har vanskeligt ved at finde tid til besvarelse af spørgeskemaer, især når det ikke er muligt at honorere dette.

Researchen afdækkede endelig, at det ikke ville være muligt at hente centrale data vedrørende omfanget af akutte afgiftninger i lægepraksis, da lægerne ikke registrerer disse oplysninger centralt, men alene i patienternes journaler.

¹⁵ Undersøgelsen omfatter alment praktiserende læger, vagtlægeordningen; men ikke praktiserende speciallæger

5 praksislæger fra Region Syddanmark var behjælpelige med at pilotteste spørgeskemaet forud for udsendelse af spørgeskemaet. Spørgeskemaet blev herefter justeret i tråd med de indvendinger lægerne havde.

5.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

Spørgeskemaundersøgelsen omfattede samtlige 809 navngivne praksislæger i Region Syddanmark på undersøgelsestidspunktet.

255 af lægerne har besvaret spørgeskemaet. Således er svarprocenten på 31,5 %, altså knapt 1/3 af samtlige navngivne læger i regionen. Besvarelsesprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor alle læger der endnu ikke havde besvaret skemaet, atter fik muligheden. Tabel 5.1. viser, at de 809 læger i Region Syddanmark fordeler sig på 205 enkeltmandspraksis og 204 lægehuse med mere end en læge, altså i alt 409 lægepraksis.

I undersøgelsen har deltaget 177 af de 409 lægepraksis, fordelt på 59 enkeltmandspraksis og 118 lægehuse.

Således er samlet set 43 % af samtlige lægepraksis i Regionen omfattet af undersøgelsen.

Tabel 5.1. Hvor mange enkeltmandspraksis/ lægehuse har besvaret spørgeskemaet?

To typer lægepraksis	Antal lægepraksis der deltager i undersøgelsen	Procentfordeling
205 enkeltmandspraksis	59	28,8 %
204 lægehuse	118	57,8 %
I alt 409 enkeltmandspraksis/lægehuse	177	43,3 %

Hvis man ser på repræsentativiteten af de 177 lægepraksis, så viser tabel 5.1., at læger i enkeltmandspraksis, har en relativt lav repræsentativitet i undersøgelsen. Der er således dobbelt så mange lægehuse repræsenteret i undersøgelsen, som enkeltmandspraksis. Det vides ikke, hvordan denne skævhed giver sig udtryk i besvarelsene.



På ovenstående kort vises, hvorledes de 177 lægepraksis placerer sig geografisk i Region Syddanmark.

Billedet viser umiddelbart at undersøgelsen på rimelig vis dækker Region Syddanmark. En nærmere analyse af hvilke byer de 177 lægepraksis er placeret i understreger at repræsentativiteten er geografisk dækkende. De 177 praksis er jævnt fordelt i regionen og i øvrigt repræsenterer både mindre, mellemstore og store byer i regionen. Det er således vurderingen, at undersøgelsen ud fra en geografisk betragtning er dækkende for regionen.

Vilkårene taget i betragtning vurderes det samlede udbytte af spørgeskemaundersøgelsen – knapt 1/3 af samtlige læger, en pæn geografisk spredning og repræsentation af både enkeltmandspraksis samt lægehuse – at være 'ikke så ringe endda' og vidner om en stor interesse for kortlægningens tema!

5.3 VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data om antal afgiftninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om 'kvalificerede skøn' over antal afgiftninger gennemført i 2009. Dette har været fremgangsmåden ved undersøgelsen af de privatpraktiserende læger i Region Syddanmark

Hvad indebærer denne fremgangsmåde af mulige faldgrupper og udfordringer af materialets validitet?

Besvarelserne er givet i 2010 vedrørende oplysninger der hidrører året 2009. Så man kan spørge, hvordan er lægerne i stand til at give de efterlyste oplysninger:

- Har man haft mulighed for at hente data i egne interne systematiske registreringer?
- Har man været nede og kigge i patientjournalerne?
- Har man i besvarelserne fæstnet sin lid til hukommelsen/fornemmelsen?
- Har man i nogle lægehuse valgt, at en svarer på lægehusets vegne, om end skemaet var stilet til hver af de navngivne læger i lægehuset?
- Var der travlt i huset da man modtog skemaet og blev det derfor udfyldt med 'venstre hånd'?

Der er 14 af de adspurgte læger der meddeler, at de ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. Enten har de givet tilbagemelding på det returnerede skema eller ved mail.

Begrundelserne er hovedsageligt mangel på tid og i direkte forlængelse heraf udtrykkes tilbageholdenhed overfor 'ekstra opgaver' for hvilke der ikke betales honorar. En enkelt læge udtrykker det således:

Hermed returneres det fremsendte lægespørgeskema. Der er desværre ikke tid eller resurser i øjeblikket til at hjælpe med sådanne ting. Almen praksis bliver i hverdagen udover det konstant stigende arbejdspress tynget af tiltagende arbejde med lægeerklæringer og attester til dels offentlige myndigheder (lægeattester, arbejdsmedicinske attester, dødsattester mv.) dels til forsikrings- og pensionsselskaber jævnfør lægeforeningens "attesttakster". Dette attesteringsarbejde er som regel ikke mulig at indlægge i den travle hverdag og må laves i fritiden,

aften og weekends. Det er derfor nødvendigt at lave prioritering af arbejdsopgaverne og sortere fra, hvor det kan lade sig gøre.

Det skal siges, at 5 af de læger der ikke har haft tid til at deltage i undersøgelsen, har fundet anledning til at nævne, at de finder undersøgelsen relevant og interessant.

To læger ønsker ikke at deltage under henvisning til undersøgelsens kvalitet:

- *Besvarelser er så usikre, så undersøgelsen er ikke meget værd. Det var bedre at lave en registrering gennem 6-12 mdr.*
- *Jeg mener ikke det er muligt at udfylde dette skema relevant.*

En enkelt læge, som dog udfylder skemaet, har følgende kritik af undersøgelsen:

Jeg synes ikke at skemaet virker gennemarbejdet. Jeg havde flere gange under udfyldelsen lyst til at smide skemaet væk, så hvis der kommer få skemaer retur, er det nok derfor.

Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

5.4 OMFANGET AF AFGIFTNINGER I ALMEN LÆGEPRAKSIS OG I VAGTLÆGEORDNINGEN

Omfanget af afgiftninger i lægernes almindelige konsultation og afgiftninger i vagtlægeordningen søges indkredset i det følgende.

Almen lægepraksis:

I første omgang blev lægerne bedt om at oplyse, hvor mange afgiftninger de har gennemført i egen lægepraksis i 2009.

De 255 læger har angivet et kvalificeret skøn over antallet af akutte afgiftninger i den almindelige konsultation i almen lægepraksis i 2009.

Tabel 5.2. Iværksatte akutte afgiftninger i 2009 i den almindelige konsultation, kvalificeret skøn:

Hvor mange afgiftninger i 2009? (Intervaller)	Antal svar	Skønnet antal afgiftninger*
0	40	0
1-6	143	500,5
7-12	43	408,5
13 - 24	20	370
25 - 36	0	0
**Over 36	2	96
Ikke besvaret	7	0
I alt	255	1375

Kommentarer til tabellen: Her er den adspurgte bedt om at sætte ét kryds.

* Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

** Bygger på det faktiske antal, som 2 læger har oplyst.

Tabellen skal læses således. Første række: 40 læger har ikke (0) gennemført afgiftninger i 2009. Anden række: 143 læger har gennemført mellem 1-6 afgiftninger i 2009. Osv..

Tablet 5.2. viser, at det samlede antal afgiftninger i lægernes egne praksis kan anslås til 1375 fordelt på 208 læger i 2009.

Tablet 5.2. viser at hovedvægten i besvarelserne ligger i intervallet mellem 1–6 afgiftninger i 2009, hvor 143 af lægerne har sat deres kryds.

Et forsigtigt skøn for hele regionens læger er på cirka 3.000 – 3.500 i løbet af kalenderåret 2009.

Vagtlægeordningen:

Her er lægerne blevet bedt oplyse, om de var tilknyttet vagtlægeordningen i 2009.

Tablet 5.3. Var du tilknyttet vagtlægeordning i 2009?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	124
Nej	125
Ikke besvaret	6
I alt	255

Kommentarer til tabellen: Her er den adspurgte bedt om at sætte ét kryds.

50 % af de læger der besvarer spørgsmålet er tilknyttet vagtlægeordningen i 2009.

Det næste spørgsmål vedrører lægernes iværksættelse af afgiftninger i vagtlægeordningen.

Tablet 5.4. viser et 124 vagtlæger har angivet et kvalificeret skøn over antallet af akutte afgiftninger i vagtlægeordningen i 2009.

Tablet 5.4. viser, at det samlede antal afgiftninger i vagtlægeordningen kan anslås til 231,5.

Knap halvdelen af de læger der er tilknyttet vagtlægeordningen har ikke iværksat nogen afgiftninger i 2009.

Tablet 5.4. Akutte afgiftninger iværksat via vagtlægeordningen i 2009, kvalificeret skøn

Hvor mange afgiftninger i 2009? (Intervaller)	Antal svar	Skønnet antal afgiftninger*
0	61	0
1-6	58	203
7-12	3	28,5
13 – 24	0	0
25 – 36	0	0
Over 36	0	0
I alt	124	231,5

Kommentarer til tabellen: Her er den adspurgte bedt om at sætte ét kryds og ved kategorien 'over 36' angive et antal..

* Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

Tabellen skal læses som ovenstående tabel 5.3.

Knapt 47 % af vagtlægerne har iværksat mellem 1-6 afgiftninger i 2009.

Hvis det gør sig gældende, at det er halvdelen af de 809 læger i Region Syddanmark, som er tilknyttet vagtlægeordningen, vil et forsigtigt skøn for hele regionens vagtlæger ligge på 600 - 650 afgiftninger i 2009.

Opsamling:

De 255 læger anslås samlet set, at have gennemført 1.300 afgiftninger i den almindelige konsultation i 2009. Et forsigtigt skøn for hele regionens praktiserende læger vurderes at ligge på 3.000 – 3.500 afgiftninger i 2009.

Godt halvdelen af de undersøgte læger gennemfører typisk i deres almindelige konsultation mellem 1-6 afgiftninger i 2009. Herudover er der en mindre andel på knapt 17 % som gennemfører mellem 7-12 afgiftninger i 2009 og igen en meget lille andel – knapt 0,8 % – der gennemfører mere end 36 afgiftninger.

Endelig er der knapt 15,7 % af de adspurgte læger som ikke har gennemført akutte ambulante afgiftninger i deres almindelige konsultation.

Halvdelen af de besvarende læger deltager i vagtlægeordningen. Det samlede antal afgiftninger i vagtlægeordningen kan anslås til 231,5. Et forsigtigt skøn for alle regionens vagtlæger anslås at ligge på 600 - 650 afgiftninger i 2009.

Svarfordelingen viser, at ca. 50 % af vagtlægerne ikke gennemfører akutte afgiftninger, hvor andre ca. 50 % angiver, at de typisk gennemfører mellem 1-6 afgiftninger.

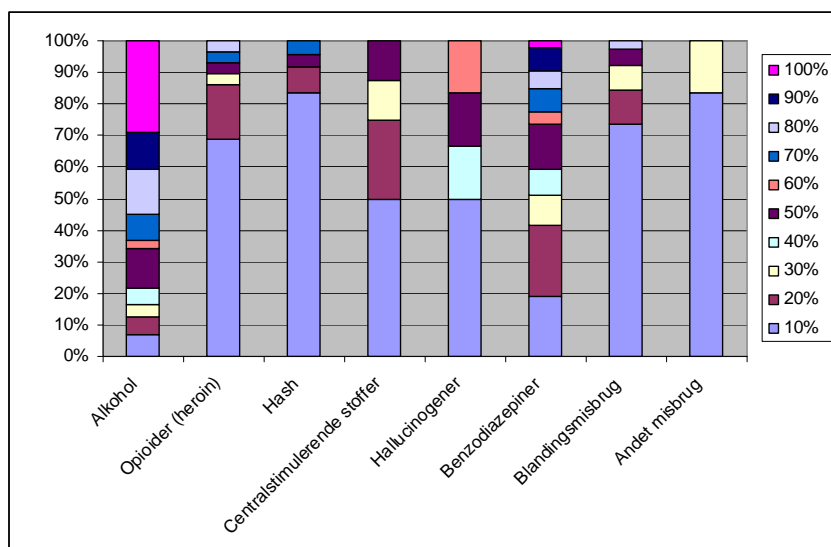
Både i den almindelige konsultation og i vagtlægeordningen er det typiske billede for de læger som gennemfører afgiftninger, at de gennemfører mellem 1-6 afgiftninger i 2009.

Langt de fleste akutte afgiftninger iværksættes fra den almindelige lægekonsultation. Det vil sige, at lægen i almen praksis i højere grad iværksætter afgiftning overfor patienter som er kendte fra den daglige praksis, end tilfældet er i vagtlægeordningen. I vagtlægeordningen antages vilkårene for at arbejde med akutte afgiftninger at være vanskeliggjorte ved bl.a. stort tidspres, manglende kendskab til patienten og ikke mindst vanskeligheden ved at følge op på en eventuelt igangsat abstinensbehandling.

5.5 TYPER AF MISBRUG OG BEHOVET FOR AKUT AFGIFTNING

I det følgende er lægerne bedt give et billede af hvilke typer misbrug/afgiftningsbehov de støder på i deres konsultation og hvilke typer de hyppigst iværksætter afgiftning overfor.

Figur 5.1. Overfor hvilke typer misbrug iværksættes der afgiftninger?



Kommentarer til figur 5.1.: Her er den adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hver type misbrug, som lægen ser i sin praksis, og med krydset angive en procentsats der indikerer, hvor meget afrusning af det pågældende misbrug fylder.

Ovenstående figur 5.1. viser, at alkoholmisbrug er den type misbrug, som langt de fleste læger støder på i almen praksis og hyppigst iværksætter afgiftning overfor.

Det næst hyppigste misbrug som lægerne angiver at iværksætte afgiftninger overfor, er misbrug af benzodiazepiner (sove- og nervemedicin).

Afgiftning i relation til hash forekommer i lægens praksis, men det er sjældent forekommende. Mere end 80 % af lægerne angiver, at de i 10 % af de tilfælde, hvor de iværksætter en afgiftning, da er det overfor et hashmisbrug.

6 læger oplyser at have iværksat afgiftning overfor 'andet misbrug'. Her angives afgiftning overfor Morfica og Tramadol¹⁶.

Opsamling:

Når lægerne bliver bedt oplyse hvilke typer misbrug de iværksætter afgiftning i forhold til, viser det sig, at akut afgiftning ved alkoholmisbrug er det hyppigst forekommende. Det næst hyppigste misbrug som lægerne går ind i afgiftningen af, knytter sig til misbrug af benzodiazepiner (sove- og nervemedicin). Misbrug af benzodiazepin og afgiftningen heraf fylder langt mindre i den almene lægepraksis end afgiftning ved alkoholmisbrug.

Det behov for afgiftning som den praktiserende læge ser i sin praksis, knytter sig typisk til alkoholmisbrug.

¹⁶ Tramadol er et syntetisk fremstillet morfinprodukt

5.6 ABSTINENSBEHANDLING

I det følgende er fokus rettet mod hvilke typer af misbrug der iværksættes abstinensbehandling: *Hvordan er praksis i henholdsvis den almindelige konsultation og i vagtlægeordningen?*

Tabel 5.5. Iværksættes der abstinensbehandling i forbindelse med akut afgangning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, uanset typen af misbrug	45
Ja, i forhold til alkoholmisbrug	181
Ja, i forhold til andre typer misbrug en alkohol	6
Nej	17
ikke besvaret	6
I alt	255

Kommentarer til tabel: Her er den adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 5.5. viser, at 232 læger (91 %) af de 255 læger angiver, at de iværksætter abstinensbehandling i forbindelse med afgangning af deres patienter. Det er typisk i relation til afgangning for et alkoholmisbrug.

I næste omgang er lægerne blevet bedt oplyse, i hvilken udstrækning de iværksætter abstinensbehandling i henholdsvis deres almindelige konsultation og i vagtlægeordningen.

Tabel 5.6. I hvilket omfang iværksættes der abstinensbehandling i forbindelse med akut afgangning i den almindelige konsultation/vagtlægeordningen?

Svarkategorier	Almindelig konsultation	Vagtlægeordning
0	7	55
25 %	42	33
50 %	43	4
75 %	84	10
100 %	60	5
ikke besvaret	19	17
I alt	255	124

Kommentarer til tabellen: Her er lægerne blevet bedt om at sætte kryds som samtidigt markerer, hvor hyppigt der iværksættes abstinensbehandling i henholdsvis den almindelige konsultation og i vagtlægeordningen.

Tabel 5.6. viser i hvilket omfang de praktiserende læger iværksætter abstinensbehandling i henholdsvis den almindelige konsultation og i vagtlægeordningen.

Tabellen viser at vagtlægerne øjensynligt er mere tilbageholdende med at iværksætte abstinensbehandling, end lægerne er i den almindelige konsultation. 55 af 124 vagtlæger iværksætter således ikke abstinensbehandling i vagtlægeordningen, mod 7 ud af 255 læger i den almindelige konsultation.

Derimod svarer 187 læger, at de iværksætter abstinensbehandling i den almindelige konsultation i fra 50 % -100 % af de situationer, hvor der iværksættes en akut afgangning.

Opsamling:

91 % af de besvarende læger angiver, at de iværksætter abstinensbehandling overfor de patienter som de afgifter. Det hører med til billedet, at abstinensbehandlingen typisk iværksættes i forbindelse afgiftning i forhold til alkoholmisbrug.

I den almindelige konsultation er der 187 læger der angiver at de abstinensbehandler i mellem 50-100 % af de tilfælde, hvor de går ind i en afgiftning.

I vagtlægeordningen er der knapt 45 % af lægerne der overhovedet ikke ordinerer abstinensbehandling. Og når der iværksættes abstinensbehandling i vagtlægeordningen er det typisk i mindre end 25 % af tilfældene.

Abstinensbehandling iværksættes typisk i lægernes almindelige konsultation og typisk i relation til et alkoholmisbrug. I vagtlægeordningen er lægerne øjensynligt mere tilbageholdende overfor at iværksætte abstinensbehandling.

5.7 OPFØLGENDE BEHANDLING

I dette afsnit er lægerne blevet bedt vurdere, om der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afgiftningsfase.

Tabel 5.7. Er der behov for opfølgning i forlængelse af akut afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	238
Nej	2
Ved ikke	8
Ikke besvaret	7
I alt	255

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte læger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 5.7. viser at langt hovedparten (93 %) af lægerne mener, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af en akut afrusning.

Lægerne er blevet bedt angive, hvilken form for opfølgende behandling de tilbyder.

Nedenstående tabel 5.8. viser, at 91 af de adspurgte læger angiver, at de foretager opfølgende behandling i egen praksis i 100 % af de situationer, hvor der iværksættes akut afgiftning. 4 læger angiver derimod aldrig at iværksætte opfølgende behandling.

Tabel 5.8. Opfølgende behandling i egen praksis og i hvilken udstrækning(%):

Svarkategorier	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Foretager opfølgende behandling	91	57	32	25	4
Samtalebehandling i egen praksis	46	56	51	50	10
Medicinsk behandling i egen praksis	32	72	55	39	7
I alt	169	185	138	114	21

Kommentarer til tabel: Her er lægerne blevet bedt om evt. at sætte flere krydser og med krydsene angive i hvilken udstrækning de iværksætter opfølgende behandling.

107 læger angiver, at de imellem 50 - 75 % af tilfældene tilbyder samtalebehandling som opfølgning på den akutte afgang.

127 læger angiver, at de imellem 50 - 75 % af tilfældene tilbyder medicinsk behandling som opfølgning på den akutte afgang.

I næste omgang blev lægerne bedt angive i hvilken udstrækning de henviser til anden opfølgende behandling.

I nedenstående tabel 5.9. har lægerne angivet hvem de henviser patienterne til og i hvilken udstrækning. Omkring 90 % af de læger der besvarer spørgsmålet, henviser til det kommunale misbrugscenter i et eller andet omfang. Der er 41 læger som benytter denne mulighed hver gang de har iværksat en akut afgang.

Tabel 5.9. Henvisning til anden opfølgende behandling og i hvilken udstrækning(%):

Svarkategorier	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %
Henvisning til kommunalt misbrugscenter	41	43	58	80	11
Henvisning til AA / NA ¹⁷	9	8	14	78	55
Henvisning privat psykolog / terapeut	2	6	10	95	54
Henvisning til andet, skriv hvilket:	1	1	5	13	48
I alt	55	61	90	335	250

Kommentarer til tabel: Her er lægerne blevet bedt om evt. at sætte flere krydser og med krydsene angive i hvilken udstrækning de henviser til anden opfølgende behandling.

Omkring 50 læger benytter ikke mulighederne: henvisning til AA/NA / henvisning til psykolog / henvisning til andet.

Derimod er der 95 læger der i 25 % af tilfældene henviser til psykolog og 78 læger der i 25 % af tilfældene henviser til AA/NA.

¹⁷ AA: Alcoholic Anonymous, NA: Narcotics Anonymous

Kategorien *henvisning til andet* dækker bl.a.: *psykiatrisk skadestue/afdeling, psykiater, medicinsk afdeling, kommunalt behandlingscenter, alkoholambulatorium, hjemmepleje, patient afhentet.*

Opsamling:

Langt hovedparten af lægerne i undersøgelsen (93 %) vurderer, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afgiftningsfase.

Den opfølgende behandling i lægens egen praksis består i vid udstrækning af samtaler og medicinsk behandling.

I den udstrækning den praktiserende læge henviser til anden opfølgende ambulante behandling, er det typisk en henvisning til det kommunale misbrugscenter.

5.8 OPFØLGENDE BEHANDLING I DØGNREGI

Her er lægerne blevet bedt angive i hvilken udstrækning de henviser til somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger, forsorgshjem og døgnbehandlingssteder.

Undersøgelsens antagelse er, at når den praktiserende læge vurderer, at en afgiftning ikke kan gennemføres ambulant, f.eks. hvis patientens promille er meget høj, eller patientens situation er helbredstruende, patienten er abstinent, selvmordstruet, psykotisk eller andet, så vil lægen søge at opnå indlæggelse på sygehus eller anden form for afgiftning i døgnregi.

Tabel 5.10. Henvisning til afgiftning i døgnregi

Svarkategorier	Antal læger der henviser	Skønnet antal henvisninger *
Afgiftning på somatisk sygehusafsnit	126	293
Afgiftning på psykiatrisk sygehusafsnit	126	311
Afgiftning på forsorgshjem	25	36
Afgiftning på døgnbehandlingshjem	19	24
Ingen henvisninger til anden afgiftning	50	0
I alt henvisninger		664

Kommentarer til tabel: Her er lægerne blevet bedt om evt. at sætte flere krydser, samt at angive det skønnede antal henvisninger de har foretaget i 2009.

**Skønnet antal henvisninger lægerne oplyser i spørgeskemaet.*

Ovenstående tabel 5.10. viser, at de alment praktiserende læger i alt foretager 664 henvisninger til afgiftning i døgnregi.

Under forudsætning af at de 255 deltagende læger er et repræsentativt udsnit af lægerne i Region Syddanmark, kan et forsigtigt skøn tilsige, at der foretages cirka 1.500 – 1.800 henvisninger til afgiftninger i døgnregi i 2009.

Henvisning til somatiske eller psykiatriske afdelinger er de muligheder den privatpraktiserende læge hyppigst benytter sig af.

Tabel 5.10. viser i øvrigt at lægerne i beskedent omfang henviser til forsorgshjem og døgnbehandlingssteder. Kommentarer på spørgeskemaerne uden for svarfelterne indikerer at lægerne oplever, at det er vanskeligt at få det kommunale misbrugscenter til at bevilge et ophold på et døgnbehandlingssted.

Opsamling:

De privatpraktiserende læger benytter sig i vid udstrækning af at henvise patienter til afgiftning i døgnregi.

I 2009 foretager de besvarende læger 664 henvisninger primært til somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger.

Under forudsætning af at de 255 deltagende læger er et repræsentativt udsnit af lægerne i Region Syddanmark, kan et forsigtigt skøn tilsige, at der foretages cirka 1.500 – 1.800 henvisninger til afgiftninger i døgnregi i 2009.

5.9 DØGNTILBUDENES 'PARATHED' TIL AT MODTAGE PERSONER TIL AFGIFTNING

Her er fokus rettet mod de privatpraktiserende lægers oplevelse af, hvordan somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger, forsorgshjem og døgnbehandlingshjem stiller sig overfor at modtage patienter til afgiftning.

Somatiske sygehusafdelinger

Når lægerne spørges om de benytter den somatiske sygehusafdeling til afgiftning, er der 157 læger som svarer bekræftende.

Tabel 5.11. Benyttelse af somatiske sygehusafdelinger

Svarkategorier	Antal svar
Ja	157
Nej	82
Ved ikke	11
Ikke besvaret	5
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds.

Lægerne er blevet bedt oplyse, i hvilket omfang den modtagende somatiske sygehusafdeling tager imod henvisningen eller evt. afviser henvisningen.

Tabel 5.12. Når jeg vurderer at behovet er der, så modtager den somatiske sygehusafdeling min patient til afgiftning:

Modtager min patient i	Antal
0 %, ingen tilfælde	12
25 %, mindre end halvdelen af tilfældene	30
50 %, i halvdelen af tilfældene	22
75 %, i mere end halvdelen af tilfældene	34
100, i alle tilfælde	67
*Ikke besvaret	90
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds og med krydset markere i hvilken udstrækning modtagende institution modtager patienten.

*De 90 læger der ikke besvarer spørgsmålet i tabel 5.12., svarer nogenlunde til det antal læger, der i Tabel 5.11. svarer, at de ikke benytter den somatiske sygehusafdeling til afgiftning.

67 læger oplever, at den respektive somatiske sygehusafdeling modtager de henviste patienter hver gang de ønsker en patient indlagt til afgiftning.

Omvendt er der 12 læger som oplever, at den somatiske sygehusafdeling afviser deres henvisning hver gang de ønsker en patient indlagt til afgiftning.

Tabel 5.12. vidner om, at lægerne i et eller andet omfang oplever at blive afvist, når de ønsker en patient indlagt på en somatisk sygehusafdeling. Derfor er lægerne blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser de mødes med, når de afvises.

Tabel 5.13. nedenfor viser, at alle foreslåede begrundelser for afvisninger er i brug. Dog træder især begrundelserne:

- *modvilje mod patienter i misbrug*
 - *uenighed mellem egen vurdering og modtagende somatiske sygehusafdelings vurdering*
- frem, som de hyppigst anvendte begrundelser for afvisning.

Tabel 5.13. De somatiske sygehusafdelingers begrundelser for at afvise henvisninger af patienter:

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	34
Uenighed mellem mig og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	51
Modvilje mod at modtage patienter med misbrug	64
Afgiftning er udenfor afdelingens opgaveområde	44
Ved ikke	51

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Tabel 5.13. viser endelig at 51 læger ikke kender begrundelsen – ‘ved ikke’ – for at patienten afvises.

Psykiatriske sygehusafdelinger

Når lægerne spørges om de benytter den psykiatriske sygehusafdeling til afgiftning, så er der 173 læger som svarer bekræftende.

Nedenstående tabel 5.14. viser, at 63 af de bevarende læger angiver, at de ikke benytter psykiatriske afdelinger som alternativ til en ambulans afgiftning.

Tabel 5.14. Benyttelse af psykiatriske sygehusafdelinger

Svarkategorier	Antal svar
Ja	173
Nej	63
Ved ikke	13
Ikke besvaret	6
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds.

Herefter er lægerne blevet bedt oplyse, i hvilken udstrækning deres henvisning til den psykiatriske afdeling imødekommes.

Tabel 5.15. nedenfor viser, at 42 læger oplever, at den psykiatriske afdeling modtager deres patient hver gang de henviser til afgiftning.

Tabel 5.15. Når jeg vurderer at behovet er der, så modtager den psykiatriske sygehusafdeling min patient til afgiftning

Modtager min patient i	Antal
0 %, ingen tilfælde	19
25 %, mindre end halvdelen af tilfældene	42
50 %, i halvdelen af tilfældene	40
75 %, i mere end halvdelen af tilfældene	52
100, i alle tilfælde	42
Ikke besvaret	60
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds og med krydset markere i hvilken udstrækning modtagende institution modtager patienten.

134 af de besvarende læger oplever, at den respektive psykiatriske sygehusafdeling modtager deres henvisning af en patient fra 50 % af tilfældene og op til 100 % af tilfældene.

Omvendt er der 19 læger som oplever, at den psykiatriske sygehusafdeling afviser deres henvisning hver gang de ønsker en patient indlagt til afgiftning.

Tabel 5.15. viser endvidere, at 60 læger ikke besvarer spørgsmålet, hvilket nogenlunde balancerer med det antal som tidligere angav, at de ikke benytter de psykiatriske sygehusafdelinger til afgiftning (se tabel 5.14.).

Lægerne blev derefter spurgt om, hvilke begrundelser de modtagende psykiatriske afdelinger benyttede i forbindelse med at afvise lægernes henvisninger.

Nedenstående tabel 5.16. viser at det især er begrundelserne:

- *uenighed mellem lægens egen vurdering og modtagende somatiske sygehusafdelings vurdering*
 - *modvilje mod patienter i misbrug*
- der hyppigst forekommende ved afvisning af patienter.

Tabel 5.16. De psykiatriske afdelingers begrundelser for at afvise henvisninger af patienter:

Svarkategorier	Antal svar
Mangel på sengepladser	54
Uenighed mellem mig og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	81
Modvilje mod at modtage patienter med misbrug	68
Afgiftning er udenfor afdelingens opgaveområde	58
Ved ikke	34

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Andelen af læger der oplever uenighed med sygehuset er størst, når det handler om afvisninger i forhold til det psykiatriske system. Altså en tendens til at praksislægerne oftere kommer til kort i forhold til at få en beruset patient indlagt til afgiftning på en psykiatrisk afdeling.

Andelen af læger som mødes med begrundelsen: *Manglende sengepladser* er størst når henvisningen er til det psykiatriske system. Dette kunne måske afspejle en generel problemstilling vedrørende manglende sengepladser i psykiatrien. Dette er dog ikke undersøgt i nærværende sammenhæng.

Forsorgshjem og døgnbehandlingshjem

Når lægerne spørges om de benytter forsorgshjem og døgnbehandlingshjem til afgiftning, så er der 37 læger som svarer bekræftende, mod 185 læger oplyser ikke at benytte disse muligheder.

Disse institutionstyper anvendes således i langt ringere grad end sygehusystemet.

Tabel 5.17. Benyttelse af forsorgshjem og døgnbehandlingshjem

Svarkategorier	Antal svar
Ja	37
Nej	185
Ved ikke	26
Ikke besvaret	7
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

Når afgiftning ikke kan gennemføres ambulant i lægens praksis anvender 157 læger en somatisk sygehusafdeling og 173 læger en psykiatrisk afdeling.

I et noget mindre omfang – 37 læger – benyttes forsorgshjem og døgnbehandlingshjem.

I besvarelsene ses at lægerne oplever nogenlunde samme grad af imødekommelse fra de somatiske og de psykiatriske sygehusafdelinger, når de henvender sig med en patient.

Dog er der flere læger der oplever, at den somatiske afdeling tager imod deres patient hver gang, end det gør sig gældende ved henvisninger til de psykiatriske afdelinger. F.eks. er der 67 (26 %) af lægerne som oplever, at den somatiske sygehusafdeling modtager patienten hver gang der foretages en henvisning, hvor det omvendt kun er 42 (16,5 %) af lægerne der oplever dette, når henvisningen er til en psykiatrisk afdeling.

De begrundelser lægerne møder hos de respektive sygehusafdelinger er især følgende:

- *uenighed mellem lægens egen vurdering og modtagende sygehusafdelings vurdering*
- *modvilje mod patienter i misbrug*

Der er 81 (32 %) læger som angiver *uenighed mellem lægens egen vurdering og modtagende sygehusafdelings vurdering*, når afvisningen gives i det psykiatriske regi, mod 51 (20 %) læger når afvisningen gives i somatisk regi.

Den privatpraktiserende læge kommer således oftere til kort i sin argumentation for en indlæggelse, når henvendelsen rettes til behandlingspsykiatrien.

5.10 TRANSPORT – EN BARRIERE?

Her er lægerne blevet bedt vurdere i hvilken udstrækning transport af patienter til afgiftning i døgnregi udgør en barriere. Fokus er således rettet mod de situationer, hvor lægen i forbindelse med en henvisning til f.eks. et sygehus, skal have transporteret patienten til indlæggelse på sygehuset.

Tabel 5.18. Er transport en barriere i forhold til henvisning af patienter til afgiftning i døgnregi (sygehus eller anden institution)

Svarkategorier	Antal svar
Transport til afgiftning er slet ikke noget problem	52
Transport til afgiftning er i ringe grad et problem	60
Transport til afgiftning er i nogen grad et problem	53
Transport til afgiftning er i høj grad et problem	20
Ved ikke	49
Ikke besvaret	21
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds.

Knap halvdelen af lægerne angiver at transport i ringe grad eller slet ikke er et problem.

Omvendt er der 20 læger der anser transport som 'i høj grad' værende et problem. De læger som anser transport som et stort problem er altovervejende læger i mindre bysamfund, hvor der er lang transport til nærmeste by med sygehus eller forsorgshjem. Dog er undtagelsen 5 læger fra henholdsvis Esbjerg og Odense, som har kort transportvej, men alligevel anser transport som en stor barriere.

Opsamling:

Fokus er her rettet mod de situationer, hvor lægen, i forbindelse med en henvisning til f.eks. et sygehus, skal have transporteret patienten til indlæggelse på sygehuset. Er denne form for transport en barriere?

Knapt halvdelen af lægerne betragter transporten som et lille eller slet ikke noget problem. En lille andel på 20 læger anser transporten som i 'høj grad' værende et problem.

5.11 HØRER AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I ALMEN LÆGEPRAKSIS?

Her er lægerne blevet bedt vurdere, hvorvidt de betragter afgiftningsopgaven som hørende hjemme i den almindelige lægepraksis.

Nedenstående tabel 5.19. viser at 65 læger mener, at afgiftningsopgaven hører hjemme i almen lægepraksis, hvorimod 138 læger (54 %) er af den opfattelse at opgaven ikke hører hjemme i almen lægepraksis.

44 læger besvarer med 'ved ikke'.

Tabel 5.19. Hører afgiftningsopgaven hjemme i din lægepraksis?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	65
Nej	138
Ved ikke	44
Ikke besvaret	8
I alt	255

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

Mere end halvdelen af de adspurgte læger (54 %) er af den opfattelse at afgiftningsopgaven ikke hører hjemme i almen lægepraksis. 65 af lægerne (25,5 %) mener, at opgaven hører hjemme i almen lægepraksis.

5.12 ER AFGIFTNINGSOPGAVEN EN BELASTNING I ALMEN LÆGEPRAKSIS?

Lægerne er her blevet præsenteret for en række udsagn, som udtrykker en række vanskeligheder der måtte være ved håndteringen af berusede/påvirkede patienter.

Hvis man i nedenstående tabel 5.20., kigger nærmere på de hyppigste svarudfald ud for hver enkelt af spørgeskemaets fem udsagn tegner der sig følgende billede:

- Lægerne er overvejende uenige i at berusede/påvirkede patienter møder op uden forudgående aftale, men lægerne er dog overvejende enige i at patienterne sjældent overholder de aftaler der indgås.
- Lægerne er overvejende enige i at påvirkede/berusede patienter er en prøvelse for de øvrige patienter i venteværelset.
- Lægerne er overvejende uenige i at patienter i misbrug ikke følger lægens henvisninger til opfølgende behandling.

Tabel 5.20. Oplevelse af afgiftningsopgavens belastning i almen lægepraksis:

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
Svært berusede/påvirkede patienter kommer typisk i konsultationen uden forudgående aftale.	35	69	96	47	8
Patienter i misbrug overholder sjældent aftaler om konsultation.	51	122	75	2	5
Hensynet til mine øvrige patienter sættes på en prøve, når der er svært berusede /påvirkede patienter i venteværelset.	69	93	62	22	9
Det er nyttesløst - jeg kan iværksætte en afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden patienten på ny henvender sig .	15	88	118	24	10
Om end jeg henviser patienten til opfølgende behandling, så er det min oplevelse at patienten ikke når frem.	10	76	133	18	18
Total:	180	448	484	113	50

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hvert udsagn og med krydset erklære sig helt enig/overvejende enig/ overvejende uenig eller helt uenig i det pågældende udsagn.

Opsamling:

Besvarelsene efterlader indtrykket at patienter i aktivt misbrug kan være vanskelige at fastholde i det almindelige aftalesystem i lægepraksis. Lægerne oplever, at disse patienter er en prøvelse for de øvrige patienter i venteværelset.

5.13 DET GODE AFGIFTNINGSTILBUD – HVAD BESTÅR DET AF?

Lægerne blev her præsenteret for seks udsagn vedrørende 'det gode afgiftningstilbud', som de kunne erklære sig enige/uenige i.

De hyppigste svarudfald ud for hver enkelt af de seks udsagn i tabel 5.21 tegner følgende billede:

- Lægerne mener, at et godt afgiftningstilbud er lægestyret og omfatter abstinensbehandling, samt er overvejende enige i at en afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- Lægerne er overvejende enige i at en psykologisk screening og udredning af det psykiske problemfelt bør finde sted i forbindelse med en afgiftning.
- Lægerne er overvejende enige i at motivationsbehandling er på sin plads.
- Lægerne mener, at en akut afgiftning bør udmunde i en behandlingsplan for det videre behandlingsforløb.

Endelig er lægerne helt enige/overvejende enige i at alkoholisbrugere og stofmisbrugere bør adskilles i afgiftningen

Tabel 5.21. Hvad bør et godt afgiftningstilbud bestå af?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
En god akut afgiftning omfatter en lægestyret afgiftning og abstinensbehandling.	186	60	4	0	5
En god akut afgiftning omfatter en medicinsk udredning.	63	110	61	6	15
En god afgiftning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.	95	118	30	4	8
En god afgiftning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.	79	123	37	4	12
En god afgiftning udmunder i en behandlingsplan for patientens videre misbrugsbehandlingsforløb.	163	86	0	1	5
En god afgiftning bør adskille alkoholisbrugere og stofmisbrugere.	99	93	43	3	17
Total:	685	590	175	18	62

Kommentarer til tabel: De adspurgte læger er blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hvert udsagn og med krydset erklære sig helt enig/overvejende enig/ overvejende uenig eller helt uenig i det pågældende udsagn.

Opsamling:

Hvis lægerne skulle designe et ideelt afgiftningstilbud, ville det være lægestyret, omfattende abstinensbehandling, en medicinsk udredning, en psykologisk udredning og motiverende behandling. Endvidere ville afgiftningen munde ud i en plan for den videre misbrugsbehandling. Endelig mener langt hovedparten af lægerne, at man bør adskille alkohol- og stofmisbrugere i afgiftningsfasen.

5.14 ORDET ER FRIT

Lægerne blev stillet følgende spørgsmål:

Hvordan mener du at det fremtidige tilbud om afgiftning bør se ud?

67 af de 255 læger, som har deltaget i undersøgelsen, har taget imod opfordringen til i prosaform at udtrykke deres ønsker til mulige fremtidige løsninger af afgiftningsopgaven.

I det følgende er de 67 lægers udsagn sammenfattet ud fra gennemgående udsagn i besvarelsenerne.

Praksislæger og den psykiatriske afdeling:

8 læger peger på, at den psykiatriske afdeling bør kunne modtage alkoholmisbrugere, der er motiverede for akut kortvarig afrusning.

4 læger oplever, at de i grænsetilfælde har svært ved at få den psykiatriske afdeling til at modtage patienten. Det udtrykkes blandt andet ved at den psykiatriske afdeling forudsætter f.eks. at patienten kun kan modtages med en promise på 0, eller at der allerede ved starten på afgiftningen foreligger en behandlingsplan fra det kommunale misbrugscenter. Forudsætninger som dårligt matcher det akutte i situationen.

Et par af lægerne udtrykker deres frustration således:

Det er uværdigt, at vi altid skal diskutere med sekundærsektoren, om hvem der skal tage sig af patienten.

Det kan være trælst først at overtale patienten til indlæggelse, for derefter af en medicinsk eller psykiatrisk vagthavende at blive belært om, at det er udenfor afdelingens arbejdsfelt (og interessefelt).

Praksislæger om den somatiske sygehusafdeling:

De behov som 5 læger udtrykker her, minder om de argumenter der fremføres ovenfor i relation til den psykiatriske afdeling.

Praksislæger om døgnbehandling/døgnindlæggelse:

10 læger udtrykker ønske om at akut afgiftning og abstinensbehandling i sværere tilfælde bør foregå under en døgnindlæggelse.

Der efterlyses længerevarende ophold end der typisk tilbydes i sygehusregi. Ophold som kan håndtere den akutte afgiftning, sikre en god ramme om abstinensbehandlingen og i øvrigt sikre at der lægges en behandlingsplan for det videre forløb.

Endelig fremhæves det, at et afgiftningssted skal have en let tilgængelighed i den forstand at akutte patienter ikke kan afvises.

Praksislæger om det kommunale tilbud – Kommunalt Misbrugscenter/Alkoholambulatorium/Rådgivnings Center:

Der er 14 læger i undersøgelsen, som forholder sig til det kommunale tilbud om misbrugsbehandling.

Flere udtrykker tilfredshed med de eksisterende kommunale tilbud, blandt andet udtrykt ved tilfredshed med den lette adgang til tilbuddet. Et par af lægerne mener, at det nye kommunale tilbud er bredspektret.

Den ene af lægerne roser det kommunale tilbud og beskriver det således:

- *mulighed for akutte tiltag både nat og dag, hverdag og fest*
- *somatisk udredning*
- *psykiatrisk udredning*
- *motiverende samtaler*
- *mulighed for døgnbehandling/ ambulant - med ambulant opfølgning*
- *vederlagsfri behandling*
- *familie/ pårørende behandling.*

Enkelte læger udtrykker nærmest det modsatte. Bl.a. udtrykt ved at det kommunale misbrugscenters visitation, kan ses som et 'nåleøj', som det er svært og langsommeligt at komme igennem i forhold til døgnbehandlingstilbud. 2 læger har oplevelsen af, at deres patienter vægrer sig ved at henvende sig i det kommunale tilbud af frygt for at blive stigmatiseret som 'sociale klienter'.

Lægernes udtalelser giver en fornemmelse af, at de har en forventning om at den kommunale indsats koncentrerer sig om at være tovholder på misbrugsbehandlingsplanen i relation til patienten. At det kommunale tilbud fokuserer på den opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afgiftning. I øvrigt gerne i et samarbejde med lægen.

Praksislægerne om opsøgende funktioner:

5 læger udtrykker ønske om, at arbejdet med misbrugere burde være tilknyttet en opsøgende funktion – en alkoholkonsulent / et opsøgende team / psykolog til hjemmebesøg – en funktion der kan sikre tæt kontakt og opfølgning. En af lægerne udtrykker dette således:

Kunne man lave et tilbud om decentraliseret alkoholbehandling? Eventuelt ved at kunne henvise til psykolog med tilskud eller ved at behandlingscenter tog på hjemmebesøg.

Praksislægerne om en alt-i-en-funktion:

En større gruppe af læger der besvarer spørgsmålet – 25 læger – er inde på, at der er behov for at udvikle et multifunktionelt tilbud der under 'en hat' kan løse den akutte, udredende og behandlingsplanlæggende opgave.

Der henvises blandt andet direkte til spørgeskemaets spørgsmål 19, hvor der tales om en lægestyret afgiftning og abstinensbehandling; ligeledes omfattende medicinsk og psykologisk udredning, motiverende behandling, samt behandlingsplanlægning for et videre behandlingsforløb.

Der er i lægernes argumentation vægt på centrale begreber som:

Døgnåbent – let tilgængelighed – døgnpladser – afrusning/abstinensbehandling/opfølgning – central placering af ´alt-i-en-funktionen´ til varetagelse af opgaven.

Nogle af udtalelserne lyder således:

Alkoholskadestue med mulighed for opfølgning.

Specialiserede afdelinger med sengepladser der har mulighed for at tage patienterne akut og i døgnbehandling i den akutte fase, og herfra kan lægge en plan for patientens videre behandling og støtte.

Bør være et centralt sted der tager sig af alkoholmisbrug, akut afgiftning og opfølgning. Mulighed for døgnbehandling og længere ophold. Stedet bør ikke kunne afslå patienter.

Specialinstitutioner hvor patienten kan tilbageholdes i en periode. Gratis behandling.

Optimalt bør der være åben adgang til et sted, hvor der dels foretages akut afrusning, abstinensbehandling, samt opfølgning i et regi, hvor der også er tilknyttet psykiatere og somatiske læger.

Mulighed for akut henvisning til afrusningsinstitution (indlæggelse/observation i den akutte fase). Efterfølgende behandling gerne hos misbrugscenter.

Misbrugere bør behandles og følges i særlige centre, der tager sig af udredning, medicinsk behandling (via læge + psyk.), psykologbehandling, hjælp til løsning af sociale problemer. Der er brug for helhedsløsninger.

Der er behov for et mere enstrengt behandlingstilbud. Kald det en afrusningsafdeling eller lignende, som kunne tage patienten, når behovet er der, samt etablere en behandlingsplan.

Ideelt hvis der for eksempel er 5-6 centre i Region Syd, som kunne tage patienter ind akut til afrusning og opfølgning. Evt. koordineret med socialpsykiatrien.

Et sted hvor patienten selv eller dennes familie kan henvende sig og med god opfølgning på den akutte afgiftning. Gerne som kombineret psykiatrisk skadestue/ mulighed for både ambulant- og opfølgning af indlæggelse.

Døgnåbne alkohol-/ misbrugsklinikker med tilknyttet lægevagt.

Central afrusning på enten somatisk eller psykiatrisk afdeling. Gerne sygeplejestyret afrusning, med lægelig support. Behandlingsplan og opfølgning, gerne også efterfølgende kontrol/ vedligeholdelse af behandlingen ved afrusningsafdeling eller satellitfunktioner.

Akut afgiftningsskadestue - der også senere følger op. Døgnåbent.

Praksislægerne om egen rolle i arbejdet med afgiftning og abstinensbehandling:

Ud af 14 læger, som forholder sig til egen funktion i relation til afgiftning og abstinensbehandling, er der 6 læger der mener, at opgaven slet ikke bør være placeret i den almene lægepraksis.

Der henvises blandt andet til en travl hverdag i almen praksis, hvor tid er en knap ressource i forhold til at følge netop disse sager tæt. Samtidigt opleves disse patienter at være svære at fastholde i det almindelige aftalesystem. Der er omvendt ingen tvivl om at praksislægerne stiller sig til rådighed for den medicinske opfølgning, når patienten er stabiliseret og motiveret for behandling.

Der efterlyses i øvrigt klare aftaler om, hvor opgaver og ansvar er placeret hos de lokale aktører, ikke mindst så der er tydelighed omkring, hvem den praktiserende læge kan trække på i den akutte og derefter i den opfølgende fase. Det udtrykkes således:

Der bør foreligge en instruks for henvisninger til psykiatrisk afdeling, så vi kan henvise til dertil.

Vores motivation som praksis læger for at bruge tid på disse patienter var bedre, hvis vi havde nogle systemer/ regimer at arbejde i (faste procedurer).

6. Kapitel: Somatiske sygehusafdelinger

I dette kapitel kommenteres og vurderes de svar, som 17 ud af 23 somatiske sygehusafdelinger i Region Syddanmark har givet i kortlægningens spørgeskemaundersøgelse.

Ligeledes analyseres et talmateriale stillet til rådighed af Landspatientregistret¹⁸, vedrørende omfanget af afgiftninger på udvalgte somatiske sygehusafdelinger i Region Syddanmark i 2009.

I afsnit 6.1 – afsnit 6.2 begrundes de somatiske sygehusafdelingers deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent, ligesom repræsentativiteten vurderes.

Afsnit 6.3 viser den udtræksbeskrivelse, som er benyttet til at hente data fra Landspatientregistret.

I afsnit 6.4 vurderes de to datasæts validitet.

I afsnit 6.5 til afsnit 6.14 er de to datasæt opstillet i tabeller og grafer og kommenteres løbende, ligesom hvert afsnit udmunder i en kortfattet opsamling.

¹⁸ Om Landspatientregistret: Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen - for eksempel i forbindelse med undersøgelse eller behandling, registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret. Oplysningerne registreres i forbindelse med indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestue.

6.1 SOMATISKE SYGEHUSAFDELINGERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

I undersøgelsens researchfase har der været rettet kontakt til Region Syddanmark med henblik på, at orientere om kortlægningsprojektet og med henblik på at få bistand til at finde vejen ind i det somatiske sygehussystem i regionen. Henvendelsen blev vel modtaget og der blev skabt kontakter, som er blevet fulgt op dels telefonisk og dels er der blevet aflagt besøg på 3 somatiske sygehuse i regionen.

Researchen viste, at det ville have stor relevans at inddrage de somatiske sygehuse i undersøgelsen. Det har været forbundet med store vanskeligheder, at udpege de afdelinger der skulle med, idet opdelingerne på de enkelte sygehuse er forskellige og svære at sammenfatte i entydige kategorier.

Afgrænsningen af hvilke afdelinger undersøgelsen skulle omfatte er landet på de medicinske afdelinger, akutmodtageafdelinger og skadestuer (skadeklinikker er undtaget). Vel vidende at andre somatiske afdelinger også i vid udstrækning modtager patienter med komplikationer i relation til et misbrug, det kan for eksempel være alkoholbetingede mave-, leverlidelser, infektioner, hovedtraumer mv.

Men det har imidlertid været ønsket, at finde de afdelinger der efter al sandsynlighed modtager akut berusede/abstinente patienter. Det har været grundlaget for valget af medicinske afdelinger, akutmodtageafdelinger og skadestuer.

Det har været ønsket med kortlægningen på sygehusene, at få et overblik over omfanget af kontakter til sygehusene der vedrører afgiftninger i 2009. I den forbindelse er der rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen og opnået tilladelse til udtræk af Landspatientregistret, hvorfor data fra Landspatientregistret indgår i undersøgelsen.

Herudover er der blevet gennemført en spørgeskemaundersøgelse på de relevante sygehusafdelinger i regionen.

6.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

Der blev i alt udsendt 23 skemaer til de somatiske sygehuse, fordelt på medicinske afdelinger, akutmodtageafdelinger og skadestuer (skadeklinikker er undtaget). Alle skemaer blev sendt til navngivne ledende overlæger.

Der blev returneret 17 skemaer ud af 23 mulige, hvilket giver en svarprocent på knapt 74 %.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de afdelinger, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

De 3 typer afdelinger – medicinske afdelinger, akutmodtageafdelinger og skadestuer – er repræsenteret i undersøgelsen. Der er imidlertid 2 medicinske afdelinger og 3 skadestuer, som ikke er repræsenteret.

Det vurderes, at repræsentativiteten er tilfredsstillende.

6.3 DATA FRA LANDSPATIENTREGISTRET

Landspatientregistret blev ansøgt om, at levere data til undersøgelsen ud fra følgende udtræksbeskrivelse:

- Aggregerede og IKKE personhenførbare data.
- Data vedrørende kalenderåret 2009.
- Data vedrørende Region Syddanmark, med angivelse af sygehus- og afdelingskoder.
- Udtræk vedrørende medicinske afdelinger, akut modtageafdelinger og skadestuer undtaget skadepoliklinikker.
- Afgrænsning ved ICD-10¹⁹ diagnosekoder - DF10-DF19²⁰ - med angivelse af aktionsdiagnose²¹.

Anmodningen omfattede:

- Antal kontakter til somatiske sygehusafdelinger i Region Syddanmark 2009, fordelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestue OG aktionsdiagnose med tre cifre.
- Antal kontakter til somatiske sygehusafdelinger, fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark 2009 og aktionsdiagnose med to cifre.

Der er blevet bedt om udtræk med udgangspunkt i ICD-10 kodesystemet og her er valgt de koder som indikerer brug/misbrug af alkohol og andre psykoaktive stoffer DF10-DF19 (se nedenstående tabel 6.1.)

Der er kun bedt om data, som vedrører aktionsdiagnoser, da det vurderes at være en god søgenøgle i forhold til at finde de situationer der rent vedrører forskellige grader af indtag af rusmidler: akut beruselse/skadeligt brug/misbrug. Aktionsdiagnosen indikerer at patienten blev indskrevet på grund af akut beruselse /skadeligt brug/misbrug af et rusmiddel og ved udskrivningen, er det stadig den pågældende diagnose der vurderes at være den væsentligste årsag til behandlingen.

Endelig blev der bedt om udtræk, der giver et udtryk for antal kontakter og ikke antal personer. Det er således ønsket, at finde et udtryk for i hvilken grad de somatiske sygehuse håndterer patienter, der indlægges på grund af en rusmiddelrelateret lidelse.

Udtræksbeskrivelsen er formuleret med konsulentbistand fra afdelingsleder og overlæge i psykiatri Lars Merinder, Team for Misbrugspsykiatri, Universitetshospitalet, Risskov.

¹⁹ ICD-10: International sygdoms klassifikation udgave nr. 10.

²⁰ DF10-DF19: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

²¹ Sundhedsstyrelsens definition af aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved udskrivning eller ved afslutning af patientkontakten, bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebestand eller ambulante besøg/forløb – og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb.

6.4 MATERIALETS VALIDITET

I undersøgelsen af de somatiske sygehuse i regionen har det, som nævnt, været ønsket, at kende antallet af kontakter til sygehuse, der vedrører afgiftning. Med hjælp fra Landspatientregistret, er der stillet et datamateriale til rådighed. Udtræksbeskrivelsen koncentrerer sig om, at finde frem til de diagnosekoder, som kan indikere afgiftning. I spørgeskemaundersøgelsen er de undersøgte afdelinger blevet bedt oplyse, hvilke diagnosekoder de typisk anvender ved afgiftninger. Denne fremgangsmåde har gjort det muligt, at trække de data ud, som de pågældende afdelinger peger på vedrører afgiftning.

At spørge til brugen af diagnosekoder har vist, at der er nogen variation i de enkelte afdelingers brug af kodesystemet, men der har været et mønster af gennemgående anvendte koder. Det er disse koder, der er anvendt i analysen af data fra Landspatientregistret.

Ingen af de deltagende sygehusafdelinger har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet. Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

6.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER PÅ SOMATISKE SYGEHUSAFDELINGER

Her er fokus rettet mod i hvilken udstrækning udvalgte afdelinger på de somatiske sygehuse i Region Syddanmark går ind i opgaven med afgiftning. I lighed med spørgeskemaundersøgelsen har fokus været på medicinske afdelinger, akut modtageafdelinger og skadestuer undtaget dog skadepoliklinikker.

Omfang af misbrugsrelaterede kontakter til de somatiske sygehuse:

Nedenstående Tabel 6.1. viser, at de somatiske afdelinger i Region Syddanmark i 2009 har haft samlet 3.022 kontakter, hvor aktionsdiagnosen indikerer akut beruselse/skadeligt forbrug/misbrug af alkohol eller andet psykoaktivt stof.

Tabel 6.1. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnose og kontaktype

Aktionsdiagnose	Antal afsluttede indlagte kontakter	Antal afsluttede ambulante kontakter	Antal afsluttede skadestue kontakter	I alt
DF 10 Alkohol	1.524	281	1.094	2.899
DF 11 Opioider	23	4	5	32
DF 12 Cannabinoider	5	1	5	11
DF 13 Sedative/hypnotika	13	1	2	16
DF 14 Kokain	7	0	3	10
DF 15 Stimulantia	9	1	2	12
DF 16 Hallucinogener	1	0	0	1
DF 17 Tobak	0	12	0	12
DF 18 Opløsningsmidler	1	1	1	3
DF 19 Multiple stoffer blandingsmisbrug	15	3	8	26
I alt	1.598	304	1.120	3.022

Kilde: Landspatientregistret 2011

Kommentarer til tabellen:

Under hver hoveddiagnose – ex. DF10 alkohol – gemmer sig en række tillægskoder:

F1x.0 Akut intoksikation

F1x.1 Skadeligt brug

F1x.2 Afhængighedssyndrom

F1x.3 Abstinensstilstand

F1x.4 Delirøs abstinensstilstand

F1x.5 Psykotisk tilstand

F1x.6 Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

F1x.7 Residual og sent indsættende psykose fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

F1x.8 Anden lidelse fremkaldt af alkohol eller andet psykoaktivt stof

F1x.9 Anden lidelse, uspecificeret.

I tabel 6.1. er alle tillægskoder lagt sammen og det er summer under hver hoveddiagnose, som er gengivet i tabel 6.1.

I tabel 6.1. er alle tillægskoder lagt sammen. Summerne under hver hoveddiagnose er gengivet i tabel 6.1.

Tabel 6.1. viser, at 96 % af samtlige kontakter vedrører alkoholmisbrug, altså er alkohol langt det hyppigste rusmiddel bag kontakterne til de somatiske sygehusafdelinger.

Godt halvdelen af kontakterne har karakter af indlæggelser mod 37 % skadestuekontakter og 10 % ambulante kontakter.

Det er imidlertid ikke alle kontakter der har karakter af afgiftninger, her skal der tages et spadestik dybere ned i tallene.

Vurdering af omfanget af akutte afgiftninger i somatisk regi:

I den følgende analyse er fokus alene rettet mod de kontakter der vedrører alkoholmisbrug, da de tegner langt den overvejende del – 96 % – af alle kontakter.

Som det blev nævnt ovenfor, er det formodentlig ikke samtlige 3.022 kontakter til sygehusvæsenet, som direkte indikerer akut afgiftning.

Som et led i undersøgelsens research – samtaler med sygehusafdelinger og konsulentbistand fra overlæge Lars Merinder – og i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, har interessen været rettet mod at udpege de ICD-10 koder og tillægskoder, der efter størst sandsynlighed indikerer, at der gemmer sig en afgiftning bag.

Om end der er nogen variation i de svar der er givet i spørgeskemaundersøgelsen på spørgsmålet om, hvilke diagnosekoder man typisk benytter ved en akut afgiftning på en somatisk sygehusafdeling, så er det vurderingen, at følgende koder er relevante til en afgrænsning af afgiftningsproblematikken:

- DF100 Akut intoksikation (akut alkoholberuselse)
- DF102 Afhængighedssyndrom
- DF103 Abstinensstilstand
- DF104 Abstinensstilstand, delirøs

Det er vurderingen, at tabel 6.2. nedenfor giver et godt udtryk for det antal afgiftninger ved alkoholmisbrug, der blev foretaget på udvalgte somatiske sygehuse/afdelinger i Region

Syddanmark i 2009.

Således var der 2.479 kontakter til det somatiske sygehussystem i regionen i 2009, som med overvejende sandsynlighed vedrørte afgang for et alkoholmisbrug.

Tabel 6.2. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnoserne DF100/DF102/DF103/DF104 og kontaktttype

Aktionsdiagnose		Antal afsluttede indlagte kontakter	Antal afsluttede ambulante kontakter	Antal afsluttede skadestue kontakter	I alt
DF10 Alkohol	DF100 Akut intoksikation	671	165	825	1.661
	DF102 Afhængighedssyndrom	257	46	97	400
	DF103 Abstinensstilstand	237	27	90	354
	DF104 Abstinensstilst. delirøs	49	1	14	64
	I alt	1214	239	1026	2.479

Kilde: Landspatientregistret 2011

Tallet siger ikke noget om antal personer der er involveret i kontakterne. Der er efter al sandsynlighed tale om, at nogle af de berørte personer er gengangere, altså modtager tilbuddet om afgang mere end en gang i 2009.

Tallet er derimod et udtryk for, i hvilket omfang de somatiske sygehuse håndterer patienter, der indlægges på grund af en alkoholrelateret lidelse.

67 % af tilfældene vedrører akut alkohol intoksikation (akut alkoholberuselse). Mere end halvdelen af disse forgiftninger blev behandlet i skadestuer og her har afgang formodentlig i nogen udstrækning omfattet udpumpning for at begrænse forgiftningen ved en overdosis af alkohol.

Kontakterne er altovervejende ligeligt fordelt på indlæggelser og skadestuebesøg.

Fordeling af kontakter på de enkelte somatiske sygehusafdelinger i regionen:

Nedenstående tabel 6.3. viser, hvordan de misbrugsrelaterede kontakter til de somatiske sygehuse fordeler sig geografisk og på typer af kontakter for alle typer misbrug.

Tabel 6.3. viser, at der er stor geografisk spredning i antallet af kontakter. Især Odense, Vejle og Esbjerg markerer sig ved at løfte 58 % af de opgaver, der er misbrugsrelaterede i sygehusregi i Region Syddanmark i 2009. Der synes, at være en samvariation mellem befolkningsgrundlag og antal kontakter i retning af, at de største byer har de fleste kontakter. Det er dog ikke noget entydigt mønster.

Tabel 6.3. Antal afsluttede kontakter på udvalgte sygehuse/afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnose, kontaktttype og sygehus/afdeling

Alle aktionsdiagnoser er opsummeret	Antal afsluttede indlagte kontakter	Antal afsluttede ambulante kontakter	Antal afsluttede skadestue kontakter	I alt
Sygehus Lillebælt, Vejle	284	8	205	497
Sygehus Lillebælt, Fredericia	112	96	0	208
Sygehus Lillebælt, Kolding	146	9	96	251
Sydvestjysk Sygehus, Grindsted	38	0	0	38
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	256	12	218	486
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	111	0	106	217
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	96	4	0	100
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	134	0	0	134
Sygehus Fyn, Ærøskøbing	26	12	0	38
Sygehus Fyn, Svendborg (Nyborg, Ringe, Faaborg)	173	7	107	287
Sygehus Fyn, Odense OUH	222	156	390	768
I alt	1.598	304	1.122	3.024

Opsamling:

På baggrund af udtræk fra Landspatientregistret fremgår det, at der i 2009 er 3.022 kontakter til de somatiske sygehuses medicinske afdelinger, akut modtageafdelinger og skadestuer (dog undtaget skadeklinikker), som vedrører akut beruselse/skadeligt forbrug/misbrug af alkohol eller andet psykoaktivt stof²² i Region Syddanmark.

Langt den overvejende del nemlig 96 % af kontakterne vedrører alkohol. Det drejer sig om 2.479 kontakter i 2009.

I knapt 70 % af kontakterne har den modtagende sygehusafdeling diagnosekodet henvendelsen med akut alkohol intoksikation (akut alkohol beruselse).

Ved knapt halvdelen af kontakterne – 1.214 – er behandlingen foregået under en indlæggelse, hvor 1.026 af kontakterne vedrører behandling i skadesturegi. En lille andel på 239 kontakter har været ambulante.

6.7 HENVISNING AF PATIENTER

Her er afdelingerne blevet bedt forholde sig til, hvorfra patienter til afgiftning henvises. Afdelingerne er i spørgeskemaet blevet præsenteret for en række instanser som henvisningerne kunne tænkes at komme fra. Man er blevet bedt krydse de instanser af, som man får henvisninger fra og med krydset angive i hvilket omfang, man får henvendelser fra den pågældende instans.

²² Andre psykoaktive stoffer: Opioider, Cannabinoider, Sedative/hypnotika (sove- og nervemedicin), Kokain, Stimulantia, Hallucinogener, Tobak, Opløsningsmidler, Multiple stoffer blandingsmisbrug

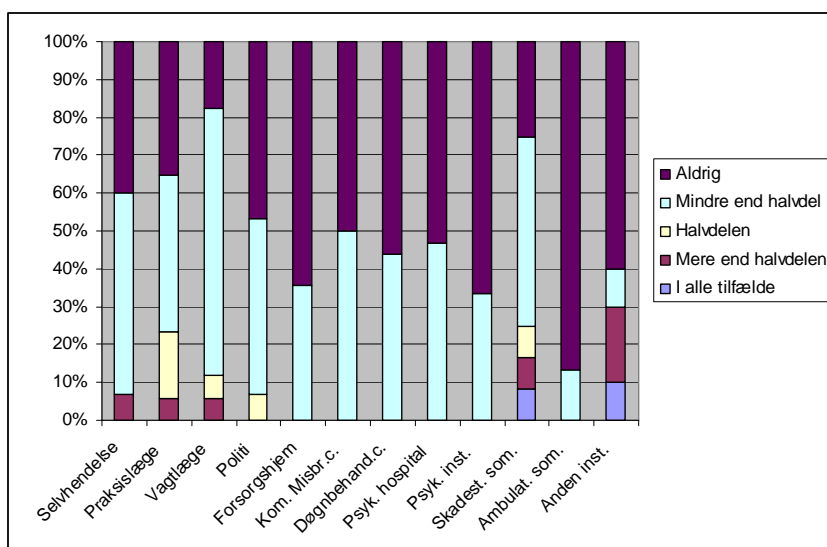
Nedenstående figur 6.1. viser – i nævnte rækkefølge –, at skadestuen i somatisk sygehusregi, praksislæger og vagtlæger er de hyppigste henvisere, når en patient ønskes afgiftet på en somatisk sygehusafdeling, ligesom selvhenvendelser fylder en del.

I kategorien 'i mindre end halvdelen' af tilfældene finder man henvisere, som det psykiatriske system, kommunale misbrugscentre, døgnbehandlingsinstitutioner og forsorgshjem.

Figur 6.1. viser endvidere, at henvisninger fra 'Anden institution' finder sted i meget ringe omfang. På spørgeskemaerne har 4 afdelinger oplyst, at disse situationer vedrører patienter der *Indbringes af Falck*.

Endelig viser figuren, at ambulatorier i somatisk regi står for et meget begrænset omfang af henvisninger af patienter til de berørte afdelinger.

Figur 6.1. Hvorfra henvises patienterne?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Opsamling:

Henvisninger vedrørende akut afgiftning kommer typisk fra – i nævnte rækkefølge – skadestuen i somatisk sygehusregi, praksislæger og vagtlæger. Ligeledes fylder selvhenvendelser en del.

I mindre omfang, men dog som henvisere, nævnes det psykiatriske system, kommunale misbrugscentre, døgnbehandlingsinstitutioner og forsorgshjem.

Enkelte sygehusafdelinger angiver, at de ligeledes får berusere indbragt af Falck.

6.8 ABSTINENSBEHANDLING

Her er de undersøgte somatiske afdelinger blevet bedt oplyse om der iværksættes abstinensbehandling (eksempelvis med Risolid eller Fenemal eller andet præparat, afhængigt af misbrugets art) i forbindelse med de akutte afgiftninger.

Tabel 6.4. Iværksætter I abstinensbehandling forbindelse med de akutte afgiftninger der finder sted i jeres regi?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, uanset typen af misbrug	2
Ja, i forhold til alkoholmisbrug	13
Ja, i forhold til misbrug af andre typer psykoaktive stoffer	1
Nej	1
Ikke besvaret	0
I alt	17

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Besvarelsene i tabel 6.4. vidner om, at der typisk iværksættes abstinensbehandling i tilknytning til en afgiftning. Kun en af de besvarende sygehusafdelinger besvarer spørgsmålet med et nej.

Det kan endvidere udledes af tabel 6.4., at abstinensbehandling typisk iværksættes, når afgiftningen iværksættes overfor et alkoholmisbrug.

Herefter er afdelingerne blevet bedt oplyse i hvilket omfang de iværksætter abstinensbehandling, i forhold til henholdsvis et alkoholmisbrug og i forhold til et misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

Spørgsmålet lyder: *I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med et alkoholmisbrug?*

Besvarelsene i nedenstående tabel 6.5. viser, at afdelingerne typisk i 'mere end halvdelen' af tilfældene yder abstinensbehandling ved afgiftning for et alkoholmisbrug.

Tabel 6.5. I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med alkoholmisbrug?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	4
Mere end halvdelen	11
Halvdelen	0
Mindre end halvdelen	1
Aldrig	0
Ikke besvaret	1
I alt	17

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Et supplerende spørgsmål er: *I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til*

patienter med misbrug af andre typer psykoaktive stoffer?²³

Abstinensbehandling i relation til afgiftninger for misbrug af andre psykoaktive stoffer er mindre entydigt. Det typiske svar her er, at man 'mindre end halvdelen' af tilfældene iværksætter abstinensbehandling.

Tabel 6.6. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med misbrug af andre typer psykoaktive stoffer?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	1
Mere end halvdelen	2
Halvdelen	2
Mindre end halvdelen	6
Aldrig	3
Ikke besvaret	3
I alt	17

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

Sygehusenes besvarelser viser, at der typisk iværksættes abstinensbehandling i tilknytning til en afgiftning. Kun en af sygehusafdelingerne svarer nej til spørgsmålet.

Besvarelserne viser i øvrigt, at det typisk er i relation til patienter der indlægges med et alkoholmisbrug, at der iværksættes abstinensbehandling og at det typisk er i 'mere end halvdelen' af tilfældene.

Tre afdelinger oplyser, at de også abstinensbehandler i relation til afgiftning ved misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol. Men her er det angiveligt i 'mindre end halvdelen' af situationerne.

6.9 INTERNE INSTRUKSER

I undersøgelsens researchfase henledte en sygehusafdeling opmærksomheden på, at netop interne instrukser gør det mere håndterligt at arbejde med misbrugere og afgiftningen af dem. I det følgende er interessen derfor rettet mod, hvorvidt der på de somatiske sygehuse arbejdes efter særlige instrukser/retningslinjer, som beskriver fremgangsmåden ved en afgiftning.

Spørgsmålet lyder: *Har I udviklet særlige instrukser/vejledninger/retningslinjer for afgiftning og abstinensbehandling, som I benytter i arbejdet?*

Besvarelserne i tabel 6.7. nedenfor viser, at det er helt almindeligt, at der forefindes interne

²³ Andre typer psykoaktive stoffer: Opioider, cannabinoider, sedativa/hypnotika, kokain, stimulatia, hallucinogener, tobak, opløsningsmidler, multiple stoffer(blandingsmisbrug)

instrukser/ retningslinjer for arbejdet med afgiftning.

Tabel 6.7. Har I udviklet særlige instrukser/vejledninger/retningslinjer for afgiftning og abstinensbehandling, som I benytter i arbejdet?

Svarkategorier	Antal svar
ja	15
Nej	2
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	17

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

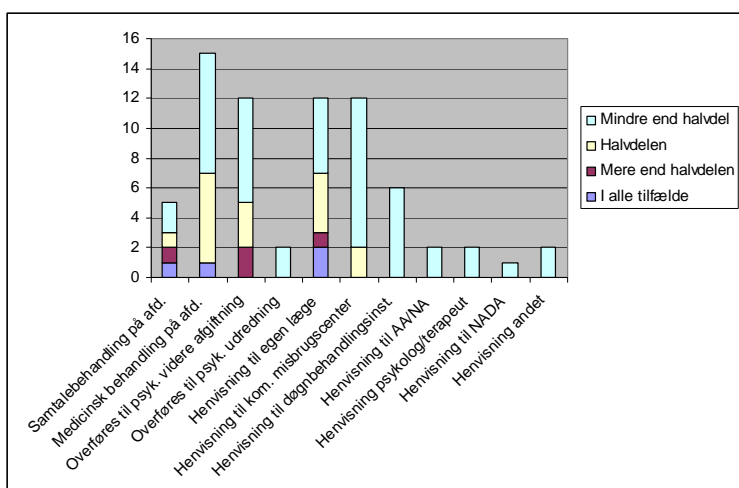
Opsamling:

I undersøgelsens researchfase henledte en sygehusafdeling opmærksomheden på, at netop interne instrukser gør det mere håndterligt, at arbejde med misbrugere og afgiftningen af dem. Svarene viser, at det er langt den overvejende del af afdelingerne – 13 af 15 – har et sæt interne retningslinjer for, hvorledes afgiftningsopgaven skal gribes an.

6.10 OPFØLGENDE BEHANDLING

Her er de undersøgte sygehusafdelinger blevet bedt give et billede af, hvilken form for opfølgende behandling der iværksættes efter den akutte afgiftningsfase.

Figur 6.2. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I, eller henviser I til i forlængelse af den akutte afgiftningsfase?



Kommentarer til tabellen: Her er de undersøgte afdelinger blevet bedt om evt. at sætte flere krydser. 'Henvisning andet': Henvist til socialrådgiver fra kommune / Henvist til akut modtageafdeling.

Figur 6.2. viser, at den hyppigste opfølgende behandling på sygehuset er medicinsk behandling og i et noget ringere omfang samtalebehandling. Der er dog enkelte afdelinger der i 'alle tilfælde' og i 'mere end halvdelen' af tilfældene tilbyder samtalebehandling.

Der er 12 af de undersøgte 15 afdelinger, der i et eller andet omfang overfører patienterne til videre afgiftning/behandling i psykiatrisk regi.

Herudover er det typiske billede, at man henviser patienten til den privatpraktiserende læge og ligeledes – dog ikke lige så hyppigt – til det kommunale misbrugscenter.

Opsamling:

Den hyppigste opfølgende behandling på sygehuset er medicinsk behandling og i et noget ringere omfang samtalebehandling. Der er dog enkelte afdelinger, der i 'alle tilfælde' og i 'mere end halvdelen' af tilfældene tilbyder samtalebehandling.

Der er 12 af de undersøgte 15 afdelinger, der i et eller andet omfang overfører patienterne til videre afgiftning/behandling i psykiatrisk regi.

Herudover er det typiske billede, at man henviser patienten til den privatpraktiserende læge og ligeledes – dog ikke lige så hyppigt – til det kommunale misbrugscenter.

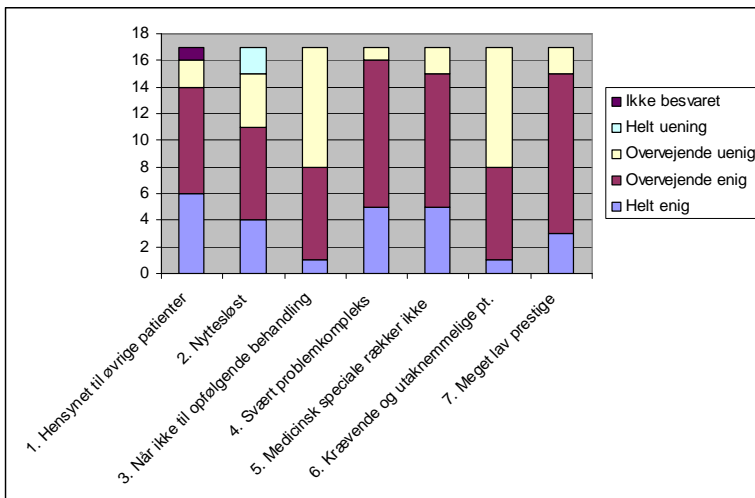
6.11 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING

Undersøgelsen har interesseret sig for, hvilket beredskab afdelingerne har i forhold til at håndtere berusede/påvirkede patienter. Sygehusafdelingerne er blevet bedt erklære sig enten 'helt enig', 'overvejende enig', 'overvejende uenig' eller 'helt uenig' i følgende syv udsagn:

- Hensynet til afdelingens øvrige patienter sættes på en prøve, når der er svært berusede/påvirkede patienter på afdelingen.
- Det kan opleves nyttesløst - vi kan iværksætte en afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden patienten på ny henvises i beruset/påvirket tilstand.
- Om end jeg henviser patienten til opfølgende behandling, f.eks. i det kommunale misbrugscenter eller hos egen læge, så er det min oplevelse at patienten sjældent når derhen.
- Når en svært påvirket patient henvises til afdelingen kan jeg godt have oplevelsen af, at vi med vore muligheder ikke kan nå ordentlig omkring patientens problemkompleks.
- Jeg kan godt have den oplevelse at mit faglige speciale – somatiske lidelser og deres behandling – ikke rækker i forhold til patienter med misbrugsproblemer.
- Misbrugeren er en krævende og utaknemmelig patient, som ofte kræver anden behandling end den der tilbydes.
- Arbejdet med patienter med misbrug har meget lav prestige i vores system.

Nedenstående figur 6.3. viser svarfordelingen i forhold til de syv udsagn.

Figur 6.3. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds ved hvert udsagn og med krydset markere sin enighed/uenighed

Figuren viser, at der er udbredt enighed om, at den berusede/påvirkede patient er 'en prøvelse for de øvrige patienter på afdelingen'.

Herefter får man det indtryk, at det medicinske speciale kan have sine begrænsninger i relation til at komme 'hele vejen rundt' i arbejdet med misbrugerens problemkompleks. Et problemkompleks, som udover medicinske udfordringer byder på en række psykologiske og sociale udfordringer.

Endelig er hovedparten af lægerne fra 'overvejende enige' til 'helt enige' i at arbejdet med misbrugere har en lav prestige på den somatiske sygehusafdeling.

Vandene deles ved besvarelserne på to af udsagnene:

- Når jeg henviser patienten til opfølgende behandling, så når han ikke frem.
- Misbrugere er krævende og utaknemmelige.

Her er halvdelen enten 'overvejende enig'/'helt enig' eller 'overvejende uenig'.

Hvorvidt det er nyttesløst at afgifte misbrugere er der delte meninger om fra 'helt enig' til helt uenig'.

Opsamling:

Der er udbredt enighed blandt de undersøgte sygehusafdelinger om, at den berusede/påvirkede patient er 'en prøvelse for de øvrige patienter på afdelingen'.

Svarene giver det indtryk, at det medicinske speciale kan have sine begrænsninger i relation til at komme 'hele vejen rundt' i arbejdet med misbrugerens problemkompleks. Et problemkompleks, som udover medicinske udfordringer byder på en række psykologiske og sociale udfordringer.

Hovedparten af de undersøgte sygehusafdelinger svarer fra 'overvejende enige' til 'helt enige' i at arbejdet med misbrugere har en lav prestige på den somatiske sygehusafdeling.

6.12 HØRER OPGAVEN HJEMME I SYGEHUSREGI?

Her er interessen rettet mod de somatiske sygehusafdelingers opfattelse af, hvorvidt afgiftningsopgaven hører hjemme i dette regi.

Når der i det følgende tales om 'behov for akut afgiftning', så handler det om afgiftninger, som ikke kan håndteres ambulantly: hos egen læge, i regi af det kommunale misbrugscenter, eller ved at sende patienten hjem.

Nedenstående tabel 6.8. viser, at det er opfattelsen, at afgiftningsopgaven hører hjemme i regi af den somatiske sygehusafdeling i den udstrækning, at afgiftningerne ikke kan håndteres ambulantly. Dog er der variationer i de krav, der skal være opfyldt før en indlæggelse kan finde sted.

Tabel 6.8. Hører den akutte afgiftningsopgave efter din mening hjemme i somatisk sygehusregi?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, i alle tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning, <u>uanset misbrugets art.</u>	5
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et alkoholmisbrug.</u>	4
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et stofmisbrug.</u>	0
Ja, i alle tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning, <u>uanset misbrugets art, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse</u> ²⁴ .	6
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et alkoholmisbrug, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse.</u>	1
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et stofmisbrug, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse.</u>	0
Nej, opgaven hører i alle tilfælde ikke hjemme her, <u>uanset der er behov for akut afgiftning, uanset misbrugets art og uanset patienten er diagnosticeret en behandlingskrævende somatisk lidelse eller ej.</u>	0
Ikke besvaret	1
I alt	17

Forklaring til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

6 afdelinger mener således, at afgiftningen hører hjemme på den somatiske afdeling uanset misbrugets art, dog forudsat at patienten er diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse.

5 afdelinger mener, at afgiftningen hører hjemme på den somatiske afdeling uanset misbrugets art.

²⁴ Akut afgiftning kan foregå i somatisk regi, hvis patienten også har behov for anden behandling i somatisk regi.

4 afdelinger mener, at afgiftninger hører hjemme på den somatiske afdeling, alene når det drejer sig om afgiftning for et alkoholmisbrug.

Opsamling:

Det er vurderingen, at de somatiske afdelinger er åbne overfor afgiftningsopgaven, men ud fra forskellige kriterier.

I vid udstrækning er man åbne overfor afgiftning uanset misbrugets art, dog forudsætter nogle afdelinger, at afgiftningsbehovet i sig selv ikke er et tilstrækkeligt visitationskriterium. Der skal således, udover behovet for afgiftning, også være en diagnosticeret og behandlingskrævende somatisk lidelse, før man vil modtage patienten.

Endelig er der 4 afdelingerne, der er af den opfattelse, at man alene kan modtage alkoholmisbrugere til afgiftning.

Det er bemærkelsesværdigt, at om end man i vid udstrækning er åbne overfor at modtage patienter – uanset misbrugets art –, så er det typisk alkoholmisbrugere der fylder i antallet af kontakter.

6.13 AFVISNING AF HENVISNINGER

Her er sygehusafdelingerne blevet bedt oplyse, om der er tilfælde, hvor de er nødt til at afvise patienter med behov for akut afgiftning.

Tabel 6.9. Er der tilfælde hvor I er nødt til at afvise patienter, som objektivt set har behov for en afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	4
Nej	10
Ved ikke	3
Ikke besvaret	0
I alt:	17

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

Det hyppigste svar er, at man ikke afviser patienter, der ønskes henvist. Kun 4 afdelinger oplyser, at de oplever tilfælde, hvor en patient afvises.

I den udstrækning de undersøgte afdelinger faktisk afviser patienter, er de blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser der angives for en afvisning.

Nedenstående tabel 6.10. viser, at de begrundelser der ligger til grund for en afvisning af en patient i 2 tilfælde er, hvor den modtagende somatiske afdeling vurderer, at afgiftningen kan gennemføres ambulant, hos egen læge eller hos det kommunale misbrugscenter.

Enkelte har begrundet afvisninger med, at afgiftning ikke hører til afdelingens målgruppe.

Tabel 6.10. Hvis ja bedes I angive de typer begrundelser der angives!

Svarkategorier	Antal svar
Afgiftningen vurderes at kunne foregå ambulantly hos egen læge eller i misbrugscenter	2
Akut mangel på sengepladser	0
Udover misbruget, ikke diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse	0
Afgiftning af alkoholmisbrugere er udenfor vores målgruppe	1
Afgiftning af stofmisbrugere er udenfor vores målgruppe	1
* Anden begrundelse, hvilken? – beskriv kort:	1
Ved ikke	0

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

* Anden begrundelse: Hvis psykiatrisk afdeling ikke vil modtage patienten

Opsamling:

Det er hovedindtrykket, at afdelingerne tager imod de patienter, der henvises.

Det er dog 4 sygehusafdelinger, der oplyser at de i et eller andet omfang afviser patienter der ønskes afgiftet.

De begrundelser der ligger til grund for en afvisning af en patient i 2 tilfælde er, hvor den modtagende somatiske afdeling vurderer, at afgiftningen kan gennemføres ambulantly, hos egen læge eller hos det kommunale misbrugscenter.

Enkelte har begrundet afvisninger med, at afgiftning af misbrugere ikke hører til afdelingens målgruppe.

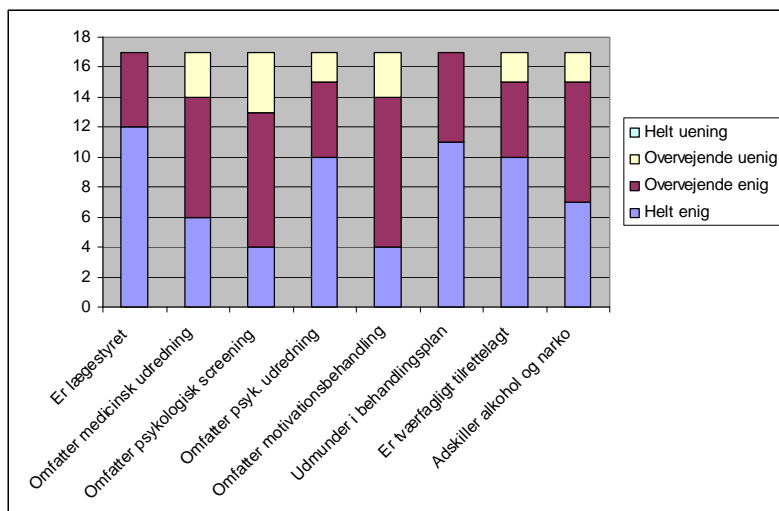
6.14 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?

Her er de somatiske afdelinger blevet bedt vurdere, hvad et godt afgiftningstilbud bør bestå af. De er blevet præsenteret for følgende række af udsagn og er blevet bedt erklære sig mere eller mindre enige i følgende udsagn:

- En god akut afgiftning omfatter en lægestyret afgiftning og abstinensbehandling.
- En god akut afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- En god afgiftning omfatter en psykologisk screening, ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.
- En god afgiftning omfatter en psykiatrisk udredning, ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.
- En god afgiftning omfatter en terapeutisk/samtalebaseret motivationsbehandling.
- En god afgiftning udmunder i en behandlingsplan for patientens videre misbrugsbehandlingsforløb.
- En god afgiftning omfatter et tværfagligt samarbejde mellem somatisk sygehus og psykiatrien, egen læge samt misbrugscentret.

- En god afgiftning bør i øvrigt adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere, da de kræver forskellig opmærksomhed og behandling.

Figur 6.4. Et godt afgiftningstilbud:



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds ved hvert udsagn og med krydset markere sin enighed/uenighed

I figur 6.4. spores udpræget enighed i de opstillede udsagn. Det er relativt få af de besvarende afdelinger, som erklærer sig 'overvejende uenig' og ingen er 'helt uenige'.

Figur 6.4. viser, at alle sygehusafdelinger er enten 'overvejende enige' eller 'helt enige' i, at et godt afgiftningstilbud er lægestyret, omfatter abstinensbehandling og udmunder i en behandlingsplan.

Et udsagn deler dog vandene, her er der lige mange 'helt enige', som der er 'overvejende uenige'. Det er på spørgsmålet om hvorvidt den gode afgiftning omfatter psykologisk screening ved mistanke om comorbiditet²⁵ mellem misbrug og psykisk lidelse.

Opsamling:

Svarene giver følgende billede af de somatiske sygehusafdelingers vurdering af, hvad det gode afgiftningstilbud bør bestå af:

Afgiftningstilbuddet er lægestyret, omfatter abstinensbehandling og udmunder i en behandlingsplan for det videre misbrugsbehandlingsforløb.

Et godt afrusningstilbud omfatter en medicinsk udredning og gerne en psykiatrisk udredning ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og en psykisk lidelse.

²⁵ Comorbiditet: Samtidig tilstedeværelse af mere end en lidelse, her misbrug og anden psykisk lidelse.

Ligesom en god afgiftning omfatter samtalebaseret motivationsbehandling og gerne er tværfagligt tilrettelagt.

6.15 ORDET ER FRIT

Her er de somatiske afdelinger blevet bedt om at svare på følgende:

Beskriv hvordan du mener, at det fremtidige tilbud om afgiftning bør se ud.

De somatiske sygehusafdelingers udtalelser er dækket af følgende udsagn:

Vi har i alt væsentligt en god aftale mellem psykiatrisk skadestue, FAM (akutmodtage afdeling), somatisk skadestue samt kirurgisk og medicinsk modtagelse.

Mange afgiftninger kan foregå ambulant i eksempelvis misbrugscentre, hvor der er tilknyttet læge og psykolog, hvorved det videre forløb vil foregå det samme sted som afgiftningen.

I de tilfælde, hvor der er risiko for patienten, eksempelvis hvis patienten tidligere har haft abstinenskramper, delirium etc., bør det foregå i sygehusregi.

Der skal være en konkret behandlingsplan ved udskrivelsen og gerne en psykologisk/psykiatrisk screening, som grundlag for en vurdering af, om patienten har brug for viderehenvielse til psykiatrisk udredning.

I særskilte enheder med adgang til læge, socialrådgiver og alkoholbehandler, hvor patienten kan følges efter primær afslutning.

7. Kapitel: Psykiatriske sygehusafdelinger

I dette kapitel kommenteres og vurderes de svar, som 4 af 8 alment psykiatriske sygehusafdelinger og en af 3 psykiatriske skadestuer i Region Syddanmark har givet til kortlægningens spørgeskemaundersøgelse.

Ligeledes vurderes et talmateriale stillet til rådighed af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister vedrørende omfanget af afgiftninger på de psykiatriske sygehusafdelinger i Region Syddanmark i 2009.

I afsnit 7.1 – afsnit 7.2 begrundes de psykiatriske sygehusafdelingers deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent, ligesom repræsentativiteten vurderes.

Afsnit 7.3 viser den udtræksbeskrivelse, som er benyttet til at hente data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

I afsnit 7.4 vurderes de to datasæts validitet.

I afsnit 7.5 til afsnit 7.14 er de to datasæt opstillet i tabeller og grafer og kommenteres løbende, ligesom hvert afsnit udmunder i en kortfattet opsamling.

7.1 PSYKIATRISKE SYGEHUSAFDELINGERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

I undersøgelsens researchfase har der været rettet kontakt til psykiatriledelsen i Region Syddanmark med henblik på, at orientere om kortlægningsprojektet og få afdækket hvilke dele af det psykiatriske sygehussystem i regionen det ville være hensigtsmæssigt, at omfatte af kortlægningen. Henvendelsen blev vel modtaget og der blev skabt kontakter, som er blevet fulgt op dels telefonisk og dels er der blevet aflagt besøg på 2 psykiatriske sygehuse i regionen.

Researchen viste, at det ville have stor relevans at inddrage de psykiatriske sygehuse i undersøgelsen. Alene en af de besøgte psykiatriske skadestuer oplyste, at de på et kalenderår gennemfører hen ved 800 afgiftninger. Netop på den pågældende afdeling benyttes et særligt registreringssystem – Alkoholjournalen – som indhøster et righoldigt datamateriale til egen lokal database. Et udtryk for afdelingens engagement i afgiftningsproblematikken.

Afgrænsningen i relation til det psykiatriske sygehussystem blev tidligt fastlagt til, at omfatte alment psykiatriske afdelinger og de psykiatriske skadestuer.

Endelige blev det anbefalet af psykiatriledelsen at omfatte regionens psykiatriske boformer. De psykiatriske boformer behandles i Kapitel 10.

En del af kortlægningen af de psykiatriske sygehuse har handlet om at få et overblik over omfanget af de kontakter til sygehuse, der vedrører afgiftninger i 2009.

I den forbindelse er der rettet henvendelse til Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister i Risskov, som har været behjælpelig med at foretage udtræk af data til kortlægningen.

Herudover er der blevet gennemført en spørgeskemaundersøgelse på de relevante psykiatriske sygehusafdelinger.

7.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

Der er udsendt 11 skemaer til navngivne overlæger på 8 alment psykiatriske afdelinger og 3 psykiatriske skadestuer. En skadestue har besvaret spørgeskemaet og 4 alment psykiatriske afdelinger har returneret skemaer i udfyldt stand. I et skema besvares der på vegne af 2 alment psykiatriske afdelinger i henholdsvis Kolding og Vejle, da den pågældende overlæge er ledende overlæge for de 2 afdelinger. På den baggrund er der beregnet en svarprocent på cirka 50 %.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de afdelinger, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Datamaterialet fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister viser, at langt hovedparten af de afgiftninger der finder sted i regi af de psykiatriske sygehuse, finder sted i skadestuerne. På den baggrund er det uheldigt, at netop skadestuerne er underrepræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen. Det vides dog at den skadestue som deltager i undersøgelsen er meget erfaren i spørgsmålet om afgiftning/afrusning.

På trods af en underrepræsentation af psykiatriske skadestuer vurderes repræsentativiteten at være tilfredsstillende i forhold til, at give et godt fingerpeg om psykiatriens forholdene sig til undersøgelsens spørgsmål.

Datamaterialet fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister vurderes at være fuldt repræsentativt for de alment psykiatriske afdelinger og psykiatriske skadestuer i hele Region Syddanmark.

7.3 DATA FRA DET PSYKIATRISKE CENTRALE FORSKNINGSREGISTER

Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister blev bedt om at levere data til undersøgelsen ud fra følgende udtræksbeskrivelse:

- Aggregerede og IKKE personhenførbare data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.
- Data vedrørende kalenderåret 2009.
- Data vedrørende Region Syddanmark, med angivelse af sygehusnavn.
- Afgrænsning ved ICD-10²⁶ diagnosekoder - DF10-DF19²⁷ - med angivelse af aktionsdiagnose²⁸.

Yderligere er udtræksbeskrivelsen afgrænset ved:

- Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark 2009, fordelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestue OG aktionsdiagnose med tre cifre.
- Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger, fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark 2009 og aktionsdiagnose med to cifre, samt heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestue.

Der er blevet bedt om udtræk med udgangspunkt i ICD-10 kodesystemet og her er valgt de koder som indikerer brug/misbrug af alkohol og andre psykoaktive stoffer DF10-DF19.

Der er alene bedt om data som vedrører aktionsdiagnoser²⁹, da det vurderes, at være en god søgenøgle i forhold til at finde de situationer der rent vedrører forskellige grader af indtag af

²⁶ ICD-10: International sygdoms klassifikation udgave nr. 10.

²⁷ DF10-DF19: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

²⁸ Sundhedsstyrelsens definition af aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved udskrivning eller ved afslutning af patientkontakten, bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante besøg/forløb – og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb.

rusmidler: akut beruselse/skadeligt brug/misbrug. Aktionsdiagnosen indikerer at patienten blev indskrevet på grund af akut beruselse /skadeligt brug/misbrug af et rusmiddel og ved udskrivningen er det stadig den pågældende diagnose, der vurderes at være den væsentligste årsag til behandlingen.

Endelig blev der bedt om udtræk, der giver et udtryk for antal kontakter og ikke antal personer. Det er således ønsket at finde et udtryk for, i hvilken grad de psykiatriske sygehuse håndterer patienter, der indlægges på grund af en rusmiddelrelateret lidelse.

Udtræksbeskrivelsen er formuleret med konsulentbistand fra afdelingsleder og overlæge i psykiatri Lars Merinder, Team for Misbrugspsykiatri, Universitetshospitalet, Risskov.

7.4 MATERIALETS VALIDITET

I undersøgelsen af de psykiatriske sygehuse i regionen har det, som nævnt, været ønsket, at kende antallet af kontakter til sygehuse, der vedrører afgiftning. Med hjælp fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister er der som nævnt stillet et datamateriale til rådighed.

Udtræksbeskrivelsen koncentrerer sig om, at finde frem til de diagnosekoder, som kan indikere afgiftning. I spørgeskemaundersøgelsen er de undersøgte afdelinger blevet bedt oplyse, hvilke diagnosekoder de typisk anvender ved afgiftninger. Denne fremgangsmåde har gjort det muligt, at trække de data ud, som de pågældende afdelinger peger på vedrører afgiftning.

Opmærksomheden er rettet mod, at aktionsdiagnoserne som søgenøgle, kan være forbundet med nogen usikkerhed, da spørgeskemaundersøgelsen vidner om nogen forskel i praksis vedrørende diagnosekodning. Ligeledes vil misbrugsdiagnosen 'kunne gemme sig bag' tunge psykiatriske diagnoser (og somatiske for den sags skyld), så enkelte patienter ikke fanges ved brug af misbrugsdiagnosekoderne.

Men trods disse mulige slør er det valgt, at benytte aktionsdiagnoserne som søgenøgle, da det vil give det mest retvisende billede, som det er muligt at etablere indenfor denne undersøgelses ramme.

Ingen af de deltagende sygehusafdelinger har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet. Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

7.5 OMFANGET AF AFGIFTNINGER PÅ PSYKIATRISKE SYGEHUSAFDELINGER

Der er stillet følgende spørgsmål: *I hvilken udstrækning går de psykiatriske sygehuse i Region Syddanmark ind i opgaven med afgiftning?*

I lighed med spørgeskemaundersøgelsen har fokus været på alment psykiatriske sygehusafdelinger og psykiatriske skadestuer.

²⁹ Sundhedsstyrelsens definition af aktionsdiagnose: Den diagnose, der ved udskrivning eller ved afslutning af patientkontakten, bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante besøg/forløb – og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb.

Omfang af misbrugsrelaterede kontakter til de psykiatriske sygehuse:

Nedenstående Tabel 7.1. viser, at de psykiatriske sygehuse i Region Syddanmark i 2009 har haft samlet 3.496 kontakter, hvor aktionsdiagnosen indikerer beruselse/skadeligt forbrug/misbrug af alkohol eller andet psykoaktivt stof.

Tabel 7.1. Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark 2009, fordelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestue OG aktionsdiagnose med tre cifre, summet op.

ICD10 Diagnosekoder, aktionsdiagnose	Antal heldøgnsindlæggelser	Ambulante kontakter	Skadestue	Total
DF10 – Alkohol	726	306	1674	2706
DF11 – Opioider	21	10	30	61
DF12 – Cannabinoider	48	90	78	216
DF13 – Sedative/hypnotika	17	14	35	66
DF14 – Kokain	8	2	5	15
DF15 – Stimulantia	12	13	9	34
DF16 – Hallucinogener	1	1	0	2
DF18 – Opløsningsmidler	0	1	1	2
DF19 - Multiple stoffer (blandingsmisbrug)	154	152	88	394
Total	987	589	1920	3496

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Kommentarer til tabellen:

Under hver hoveddiagnose – ex. DF10 Alkohol – gemmer der sig en række tillægskoder:

F1x.0 Akut intoksikation

F1x.1 Skadeligt brug

F1x.2 Afhængighedssyndrom

F1x.3 Abstinensstilstand

F1x.4 Delirøs abstinensstilstand

F1x.5 Psykotisk tilstand

F1x.6 Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer

F1x.7 Residual og sent indsættende psykose fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

F1x.8 Anden lidelse fremkaldt af alkohol eller andet psykoaktivt stof

F1x.9 Anden lidelse, uspecificeret.

I tabel 7.1. er alle tillægskoder så at sige lagt sammen og det er summer under hver hoveddiagnose, som er gengivet i tabel 7.1.

Tabel 7.1. viser endvidere, at især kontakter vedrørende alkohol tegner en stor del af billedet med 2.706 kontakter i 2009. Det vil sige, at alkohol udgør godt 77 % af samtlige kontakter til det psykiatriske system. Alkohol ser således langt det hyppigste rusmiddel bag kontakterne til de psykiatriske sygehuse.

Herudover fylder hashmisbrug og blandingsmisbrug knapt 17,5 % af kontakterne og heroinmisbrug fylder knapt 2 % af kontakterne.

Skadestuerne tegner sig for 55 % af samtlige kontakter, hvor knapt 30 % er heldøgnsindlæggelser og de resterende 15 % er ambulante kontakter.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at de psykiatriske skadestuer har et antal sengepladser til deres rådighed således at kontakterne til skadestuen også kan have karakter af indlæggelser.

Det er formodentlig ikke alle 3.496 kontakter der har karakter af afgiftninger. Her skal der tages et spadestik dybere ned i tallene.

Vurdering af omfanget af akutte afgiftninger i psykiatrisk regi:

I den følgende analyse er fokus alene rettet mod de kontakter der vedrører alkoholmisbrug, da netop alkoholmisbruget tegner sig for langt den overvejende del – 77% – af alle kontakter til psykiatrien i 2009.

Som det blev nævnt ovenfor, er det ikke samtlige 3.496 kontakter til sygehusvæsnet, som indikerer akut afgiftning.

Som et led i undersøgelsens research – samtaler med sygehusafdelinger og konsulentbistand fra overlæge Lars Merinder – og i den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, har interessen været rettet mod at udpege netop de ICD-10 koder og tillægskoder, der efter størst sandsynlighed indikerer, at der gemmer sig en afgiftning bag.

I analysen af alkoholrelaterede kontakter, fokuseres der på følgende ICD-10 tillægskoder i forhold til DF10 – Alkohol:

- DF100 Akut intoksikation (akut alkoholberuselse)
- DF102 Afhængighedssyndrom
- DF103 Abstinensstilstand
- DF104 Abstinensstilstand, delirøs
- DF105 Psykotisk tilstand

Tabel 7.2. Antal afsluttede kontakter på de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2009. Udtrækket er fordelt på aktionsdiagnoserne DF100/DF102/DF103/DF104/DF105 og kontaktttype

Psykoaktive stoffer	Diagnosekoder, aktionsdiagnose	Antal heldøgnsindlæggelser	Ambulante kontakter	Skadestue	Total
DF10 - Alkohol	DF100 Akut intoksikation	20	3	66	89
	DF102 Afhængighedssyndrom	504	224	1444	2172
	DF103 Abstinensstilstand	57	5	70	132
	DF104 Abstinensstilstand, delirøs	27	1	12	40
	DF105 Psykotisk tilstand	25	7	6	38
	Total	633	240	1598	2471

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Tabel 7.2. ovenfor viser, at der er tale om 2.471 kontakter til psykiatrien i Region Syddanmark i 2009, som efter stor sandsynlighed omhandler afgiftning i relation til et alkoholmisbrug.

Til forskel fra somatikken fylder den akutte akut beruselse ikke nær det samme i psykiatrien, hvor afhængighedssyndrom er den typiske diagnose.

Tallet siger ikke noget om det antal personer, der er involveret i kontakterne. Der er efter al sandsynlighed tale om, at nogle af de berørte personer er gengangere, altså modtager tilbuddet om afgiftning mere end en gang i 2009. Tallet er alene et udtryk for det antal situationer, hvor de psykiatriske sygehuse håndterer patienter, der indlægges på grund af en alkoholrelateret lidelse og har behov for en afgiftning.

Fordeling af kontakter på de enkelte psykiatriske sygehuse i regionen:

Tabellerne 7.3., 7.4., og 7.5. viser, hvordan kontakterne til det psykiatriske system fordeler sig på de enkelte sygehuse.

Tabel 7.3. Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger, HELDØGN, fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, summet op, 2009

Diagnosekoder, aktionsdiagnoser med to cifre	Svendborg	Odense	Middelfart	Augustenborg	Haderslev	Ribe	Esbjerg	Kolding	Vejle	TOTAL
DF10 – DF19	178	236	92	165	95	28	70	56	67	985
Total	178	236	92	165	95	28	70	56	67	985

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Tabel 7.4. Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger, AMBULANTE, fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, 2009

Diagnosekoder, aktionsdiagnoser med to cifre	Svendborg	Odense	Middelfart	Augustenborg	Haderslev	Ribe	Esbjerg	Kolding	Vejle	TOTAL
DF10 – DF19	43	51	40	131	48	31	153	55	37	589
Total	43	51	40	131	48	31	153	55	37	589

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Tabel 7.5. Antal kontakter til alment psykiatriske afdelinger, SKADESTUE, fordelt efter sygehuse i Region Syddanmark og aktionsdiagnose med to cifre, summet op, 2009

Diagnosekoder, aktionsdiagnoser med to cifre	Odense	Esbjerg	Kolding	TOTAL
DF10 – DF19	857	876	187	1920
Total	857	876	187	1920

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Af tabel 7.5. fremgår de misbrugsrelaterede kontakter til de psykiatriske skadestuer. Sammenholdt med tabel 7.3. og 7.4., er det tydeligt, at de 3 skadestuer tager langt hovedparten af kontakterne til det psykiatriske system.

Tabellerne 7.3., 7.4., og 7.5. vidner om en stor geografisk spredning i antallet af kontakter, som delvist kan forklares med en samvariation med befolkningsgrundlaget i de byer sygehusene er beliggende. Men mønstret er ikke entydigt. Faktisk ser det ud som om Kolding, på trods af sit befolkningsgrundlag, er mere tilbageholdende med at modtage misbrugere end f.eks. Esbjerg og Odense.

Opsamling:

De alment psykiatriske afdelinger og psykiatriske skadestuer i Region Syddanmark har i 2009 haft 3.496 misbrugsrelaterede kontakter.

2.706 af kontakterne – 77 % – vedrører alkoholmisbrug. Herudover fylder hashmisbrug og blandingsmisbrug knapt 17,5 % af kontakterne og heroinmisbrug fylder knapt 2 % af kontakterne.

Der er foretaget en analyse af tallet vedrørende alkoholmisbrugsrelaterede kontakter og det vurderes at, 2.471 af disse kontakter har omfattet afgiftninger.

Heraf er 1.598 gennemført i skadestuer regi, godt 633 under heldøgnsindlæggelse og 240 i ambulant regi. Det er vigtigt her at nævne, at de 3 psykiatriske skadestuer råder over et antal sengepladser, hvorfor afgiftninger i skadestuer regi ligeledes kan være et udtryk for indlæggelser, men registreres som skadestuekontakter i statistikken.

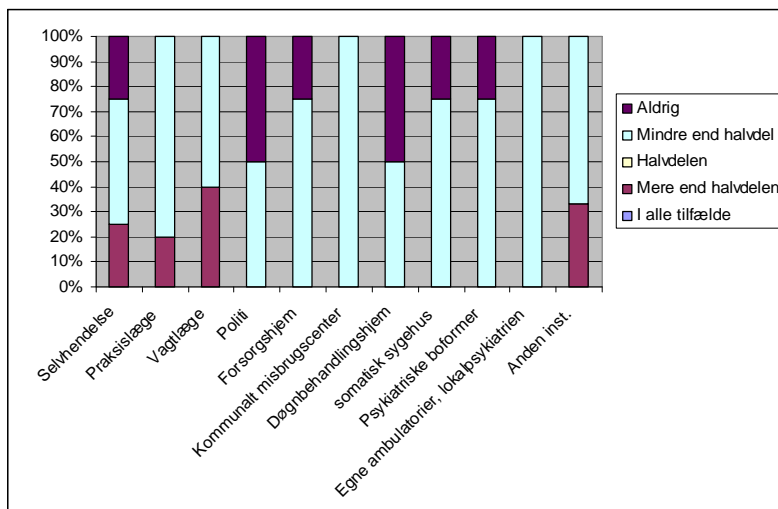
Tallene er et udtryk for i hvilket omfang de psykiatriske sygehuse modtager patienter der indlægges på grund af en alkoholrelateret lidelse og har behov for en afgiftning. Der er således fokuseret på antal kontakter og ikke antal personer. Researchen og spørgeskemaundersøgelsen vidner om, at der kan være mange gengangere.

7.6 HENVISNING AF PATIENTER

Her er de psykiatriske afdelinger blevet bedt forholde sig til hvorfra patienter til afgiftning henvises.

Afdelingerne er i spørgeskemaet blevet præsenteret for en række instanser, som henvisningerne kunne tænkes at komme fra. De er blevet bedt krydse de instanser af, som man får henvisninger fra og med krydset angive i hvilket omfang, man får henvendelser fra den pågældende instans.

Figur 7.1. Hvilken instans henvises patienterne fra?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser og med krydsene markere i hvilken udstrækning man får henvisninger på skalaen: i alle tilfælde/mere end halvdelen osv.

* Anden instans: Her angives kommunal sagsbehandler og psykiatrisk skadestue.

Figur 7.1. ovenfor viser, at alle foreslåede henvisningskanaler er i brug, nogle dog mere end andre.

Figur 7.1. viser, at henvisninger til den psykiatriske afdeling i forbindelse med afgiftninger i størst udstrækning i 'mere end halvdelen' af tilfældene kommer fra – i nævnte rækkefølge – vagtlæge, praksislæge, selvhenvendelse og anden instans, som bl.a. omfatter den psykiatriske skadestue.

’I mindre end halvdelen’ af tilfældene, optræder igen de samme henvisningssteder og derudover – i nævnte rækkefølge – det kommunale misbrugscenter, psykiatriens egne ambulatorier og lokalpsykiatrien, psykiatriske boformer, somatisk sygehus, forsorgshjem og politiet.

Opsamling:

Det vurderes, at henvisninger til den psykiatriske afdeling i forbindelse med afgiftninger i størst udstrækning kommer fra – i nævnte rækkefølge – vagtlæge, praksislæge, selvhenvendelse og anden instans, som bl.a. omfatter den psykiatriske skadestue.

Derudover – i nævnte rækkefølge – det kommunale misbrugscenter, psykiatriens egne ambulatorier og lokalpsykiatrien, psykiatriske boformer, somatisk sygehus, forsorgshjem og politiet.

7.7 ABSTINENSBEHANDLING

Her er de undersøgte psykiatriske afdelinger blevet bedt oplyse, om der iværksættes abstinensbehandling i forbindelse med de afgiftninger der gennemføres.

Tabel 7.6. Iværksætter I abstinensbehandling (eksempelvis med Risolid eller Fenemal eller andet præparat, afhængigt af misbrugsarts art) i forbindelse med de akutte afgiftninger der finder sted i jeres regi?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, uanset typen af misbrug	0
Ja, i forhold til alkoholmisbrug	5
Ja, i forhold til misbrug af andre typer psykoaktive stoffer	0
Nej	0
Ikke besvaret	0
I alt	5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Fordelingen af besvarelser i tabel 7.6. viser, at afdelingerne typisk iværksætter abstinensbehandling, men øjensynligt kun i relation til alkoholmisbrug.

Herefter er afdelingerne blevet bedt oplyse i hvilket omfang de iværksætter abstinensbehandling, henholdsvis i forhold til et alkoholmisbrug og i forhold til et misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

I første omgang lyder spørgsmålet: *I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med et alkoholmisbrug?*

Tabel 7.7. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med alkoholmisbrug?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	3
Mere end halvdelen	2
Halvdelen	0
Mindre end halvdelen	0
Aldrig	0
Ikke besvaret	0
I alt	5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 7.7. viser, at man fra 'i alle tilfælde' til 'mere end halvdelen' af tilfældene iværksætter abstinensbehandling i relation til afgiftning for et alkoholmisbrug.

I næste omgang lyder spørgsmålet: *I hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med misbrug af andre typer psykoaktive stoffer?*³⁰

Tabel 7.8. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling i forhold til patienter med misbrug andre typer psykoaktive stoffer?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	0
Mere end halvdelen	1
Halvdelen	0
Mindre end halvdelen	2
Aldrig	1
Ikke besvaret	1
I alt	5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 7.8. viser, at afdelingerne er mindre tilbøjelig til at iværksætte abstinensbehandling i relation til afgiftninger for misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

Opsamling:

Alle adspurgte afdelinger oplyser, at de tilbyder abstinensbehandling, men kun i relation til afgiftninger for et alkoholmisbrug.

Abstinensbehandling tilbydes fra 'i alle tilfælde' til 'mere end halvdelen' af tilfældene, når der er tale om afgiftning ved et alkoholmisbrug.

³⁰ Andre typer psykoaktive stoffer: Opioider, cannabinoider, sedativa/hypnotika, kokain, stimulatia, hallucinogener, tobak, opløsningsmidler, multiple stoffer(blandingsmisbrug)

Afdelingerne er øjensynligt mindre tilbøjelig til at iværksætte abstinensbehandling i relation til afgiftninger for misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

7.8 INTERNE INSTRUKSER

I undersøgelsens researchfase henledte en sygehusafdeling opmærksomheden på, at netop interne instrukser gør det mere håndterligt, at arbejde med misbrugere og afgiftningen af dem. I det følgende er interessen derfor rettet mod, hvorvidt der på de psykiatriske sygehuse arbejdes efter særlige instrukser/retningslinjer, som beskriver fremgangsmåden ved en afgiftning.

Besvarelserne i nedenstående tabel 7.9. giver det entydige indtryk, at de psykiatriske afdelinger arbejder efter interne retningslinjer, der beskriver procedurer ved gennemførelse af afgiftninger.

Tabel 7.9. Har I udviklet særlige instrukser/vejledninger/retningslinjer for afgiftning og abstinensbehandling, som I benytter i arbejdet?

Svarkategorier	Antal svar
ja	5
Nej	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte afdelinger blevet bedt om at sætte ét kryds.

7.9 OPFØLGENDE BEHANDLING

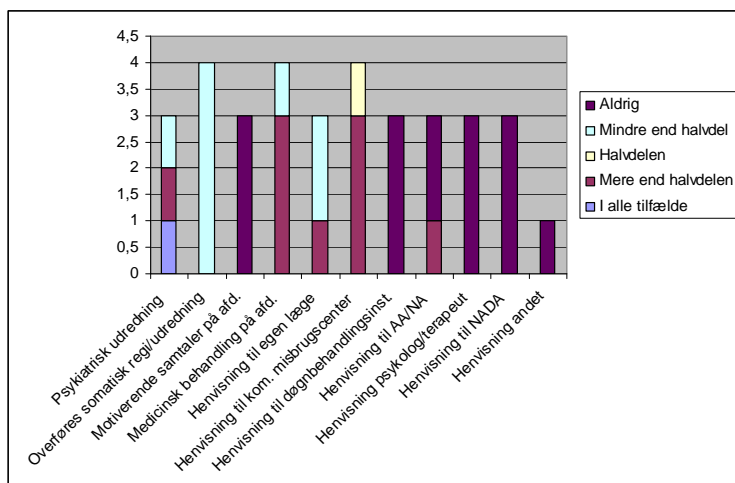
Her er de undersøgte sygehusafdelinger blevet bedt give et billede af, hvilken form for opfølgende behandling der iværksættes efter den akutte afgiftningsfase.

Afdelingerne kunne i besvarelsen vælge mellem de typer af opfølgende behandling, som blev foreslået og angive i hvilket omfang de benyttes.

Nedenstående figur 7.2. viser, at en enkelt af de undersøgte afdelinger altid foretager en psykiatrisk udredning af patienten. En anden afdeling gør det i 'mere end halvdelen' af tilfældene. Endelig iværksætter en afdeling opfølgende behandling i 'mindre end halvdelen' af tilfældene, hvor de har en patient til afgiftning for et misbrug.

Figur 7.2. viser endvidere, at 4 afdelinger svarer, at de 'i mindre end halvdelen' af tilfældene overfører patienten til medicinsk udredning på en somatisk sygehusafdeling.

Figur 7.2. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I, eller henviser I til i forlængelse af den akutte afgiftningsfase?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser og med krydset markere i hvilken udstrækning man benytter de enkelte opfølgende tilbud.

Herudover ser det ud som om, at den opfølgende behandling på afdelingen typisk består i medicinsk behandling.

Motiverende samtaler ser ikke ud til at være en del af de psykiatriske afdelingers opfølgende behandling.

Figur 7.2. viser også, at afdelingerne som opfølgning på afgiftningen typisk henviser patienten til det kommunale misbrugscenter og i noget omfang til egen læge.

2 afdelinger angiver, at de i 'mere end halvdelen' af tilfældene henviser til AA/NA.

Opsamling:

Svarene viser, at den opfølgende behandling på de psykiatriske afdelinger typisk består i medicinsk behandling.

Motiverende samtaler ser ikke ud til at være en del af de psykiatriske afdelingers opfølgende behandling.

I nogen udstrækning gennemføres der en psykiatrisk udredning ved mistanke om comorbiditet³¹ mellem misbrug og psykiatrisk lidelse.

Endelig viser besvarelser, at opfølgning på afgiftning typisk kan bestå i en henvisning af patienten til det kommunale misbrugscenter og i noget omfang til egen læge.

2 afdelinger angiver, at de i 'mere end halvdelen' af tilfældene henviser til AA/NA³².

³¹ Comorbiditet: Samtidig tilstedeværelse af mere end en lidelse, her misbrug og anden psykisk lidelse.

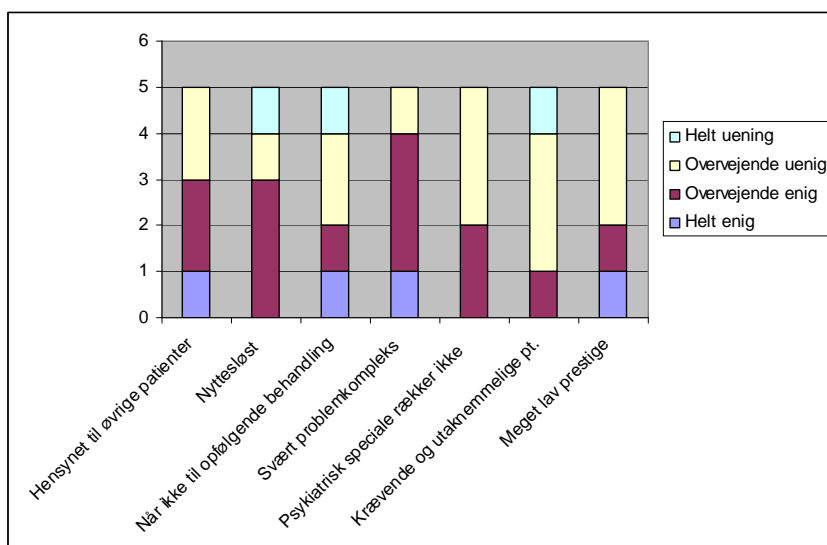
³² AA (Alcoholics Anonymous) NA (Narcotics Anonymous) er et verdensomspændende netværk af selvhjælpsgrupper for personer der vil fastholde et alkohol-/stoffrit liv.

7.10 OPLEVELSE AF AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING

Undersøgelsen har interesseret sig for hvilket beredskab man har i forhold til at håndtere berusede/påvirkede patienter. Sygehusafdelingerne er blevet bedt erklære sig enten 'helt enig', 'overvejende enig', 'overvejende uenig' eller 'helt uenig' i følgende syv udsagn:

- Hensynet til afdelingens øvrige patienter sættes på en prøve, når der er svært berusede/påvirkede patienter på afdelingen.
- Det kan opleves nyttesløst - vi kan iværksætte en afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden patienten på ny henvises i beruset/påvirket tilstand.
- Om end jeg henviser patienten til opfølgende behandling, f.eks. i det kommunale misbrugscenter eller hos egen læge, så er det min oplevelse at patienten sjældent når derhen.
- Når en svært påvirket patient henvises til afdelingen kan jeg godt have oplevelsen af, at vi med vore muligheder ikke kan nå ordentlig omkring patientens problemkompleks.
- Jeg kan godt have den oplevelse at mit faglige speciale – somatiske lidelser og deres behandling – ikke rækker i forhold til patienter med misbrugsproblemer.
- Misbrugeren er en krævende og utaknemmelig patient, som ofte kræver anden behandling end den der tilbydes.
- Arbejdet med patienter med misbrug har meget lav prestige i vores system.

Figur 7.3. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds ved hvert udsagn og med krydset markere sin enighed/uenighed

3 ud af 5 afdelinger er helt eller overvejende enige i, at berusede/påvirkede patienter er til gene for andre patienter. Ligeledes er 3 ud af 5 afdelinger overvejende enige i, at det kan synes nyttesløst at iværksætte afgiftning, da patienten atter vil dukke op.

Afdelingerne er omvendt overvejende enig eller helt uenig i, at patienterne ikke når frem til den opfølgende behandling, som de henvises til.

Svarene giver et indtryk af, at afdelingerne oplever, at de med de givne muligheder ikke kan nå ordentligt omkring misbrugerens svære problemkompleks. Det ser dog ud som om, at afdelingerne med det psykiatriske speciale, føler sig godt rustede til at håndtere patienter i et misbrug.

Afdelingerne er endvidere overvejende uenige i, at misbrugere er krævende og utaknemmelige.

På spørgsmålet om hvorvidt arbejdet med misbrugere har lav prestige, er der 2 af de besvarende læger der enten er 'helt enig' eller 'overvejende enig'. Resten er overvejende uenige.

Opsamling:

Det ser ud til at de psykiatriske afdelinger føler sig godt fagligt rustede til at håndtere misbrugere, men at de kan opleve ikke at have mulighederne for at komme 'helt rundt' om det problemkompleks, som patienter i misbrug repræsenterer.

Der synes endvidere at være stor forståelse for misbrugerens adfærd og tro på, at det nytter noget at tilbyde afgiftning.

De undersøgte psykiatriske afdelinger finder alt overvejende ikke at arbejdet med misbrugere har lav prestige.

7.11 HØRER OPGAVEN HJEMME PÅ DEN PSYKIATRISKE AFDELING?

Her har interessen været rettet mod de psykiatriske sygehusafdelingers opfattelse af, hvorvidt afgiftningsopgaven hører hjemme i psykiatrisk sygehusregi.

Når der i det følgende tales om 'behov for akut afgiftning' menes afgiftning, som ikke kan håndteres ambulant hos egen læge, i regi af det kommunale misbrugscenter, eller ved at sende patienten hjem.

Tabel 7.10. viser, at de undersøgte afdelinger finder, at afgiftningsopgaven hører hjemme i psykiatrisk regi, dog typisk alene de afgiftninger der vedrører alkoholmisbrug.

En enkelt afdeling mener endvidere, at behovet for en afgiftning for alkoholmisbruget ikke er tilstrækkeligt til at modtage patienten. Der skal yderligere være tale om, at patienten er diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.

Tabel 7.10. Hører den akutte afgiftningsopgave efter din mening hjemme i somatisk sygehusregi?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, i alle tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning, <u>uanset misbrugets art.</u>	0
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et alkoholmisbrug.</u>	4
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et stofmisbrug.</u>	0
Ja, i alle tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning, <u>uanset misbrugets art, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse³³.</u>	1
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et alkoholmisbrug, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.</u>	0
Ja, i de tilfælde, hvor der er behov for akut afgiftning <u>for et stofmisbrug, dog skal patienten yderligere være diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.</u>	0
Nej, opgaven hører i alle tilfælde ikke hjemme her, <u>uanset der er behov for akut afgiftning, uanset misbrugets art og uanset patienten er diagnosticeret en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse eller ej.</u>	0
Ikke besvaret	0
I alt	5

Forklaring til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

De undersøgte afdelinger finder, at afgiftningsopgaven hører hjemme i psykiatrisk regi, dog alene de afgiftninger der vedrører alkoholmisbrug.

En enkelt afdeling mener endvidere, at behovet for en afgiftning for alkoholmisbruget ikke er tilstrækkeligt til at modtage patienten. Der skal yderligere være tale om, at patienten er diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk lidelse.

7.12 AFVISNING AF HENVISNINGER

Her er psykiatriske sygehusafdelinger blevet bedt oplyse, hvorvidt de i situationer afviser patienter som ønskes henvist til afgiftning.

Tabel 7.11. nedenfor vidner om, at 4 ud de 5 undersøgte psykiatriske afdelinger i en eller anden udstrækning afviser patienter, som ønskes afgiftet.

³³ Akut afgiftning kan foregå i somatisk regi, hvis patienten også har behov for anden behandling i somatisk regi.

Tabel 7.11. Er der tilfælde hvor I er nødt til at afvise patienter, som objektivt set har behov for en akut afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja	4
Nej	1
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt:	5

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

I næste omgang er man blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser der gives, når man afviser patienter, der har behov for afgiftning.

Nedenstående tabel 7.12. nedenfor viser, at 2 afdelinger i grænsetilfælde argumenterer for, at patienter ikke har behov for en skærmet afgiftning i døgnregi, men at afgiftningen kan håndteres ambulantly.

En enkelt afdeling angiver, at der kan være det kontante problem, at man ikke har en ledig seng på afdelingen til formålet.

Tabel 7.12. Hvis ja bedes I angive de typer begrundelser der angives!

Svarfordeling	Antal
Afgiftningen vurderes at kunne foregå ambulantly hos egen læge eller i misbrugscenter	2
Akut mangel på sengepladser	1
Udover misbruget, ikke diagnosticeret med en behandlingskrævende somatisk lidelse	1
Afgiftning af alkoholmisbrugere er udenfor vores målgruppe	0
Afgiftning af stofmisbrugere er udenfor vores målgruppe	1
* Anden begrundelse, hvilken? – beskriv kort:	2
Ved ikke	0

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

* Anden begrundelse: en afdeling angiver: Vi kræver, at der foreligger en efterbehandlingsplan - ellers er det omsonst, en anden afdeling angiver: den lægefaglige del vi skal varetage, bør være et led i en samlet psykosocial behandlingsplan for patienten.

I tråd med svarende i ovenstående tabel 7.10., vil en enkelt af de undersøgte afdelinger afvise en henvendelse om afgiftning, hvis ikke også patienten er diagnosticeret med en behandlingskrævende psykiatrisk diagnose.

Endelig er der 2 psykiatriske afdelinger som oplyser, at man kræver/ønsker, at der allerede på tidspunktet for afgiftningen foreligger en efterbehandlingsplan, hvori afgiftningen blot er ét element.

Opsamling:

De 4 af de 5 undersøgte afdelinger oplyser, at de oplever situationer, hvor de afviser patienter som har behov for en afgiftning. Begrundelserne er flere.

Der kan være grænsetilfælde, hvor den modtagende afdeling ikke er enig med henviser, men fastholder, at afgiftningen kan håndteres ambulantly udenfor psykiatrisk regi.

En afdeling vil afvise patienter til afgiftning, hvis ikke patienten – udover afgiftningsbehovet – har en diagnosticeret behandlingskrævende psykisk sygdom.

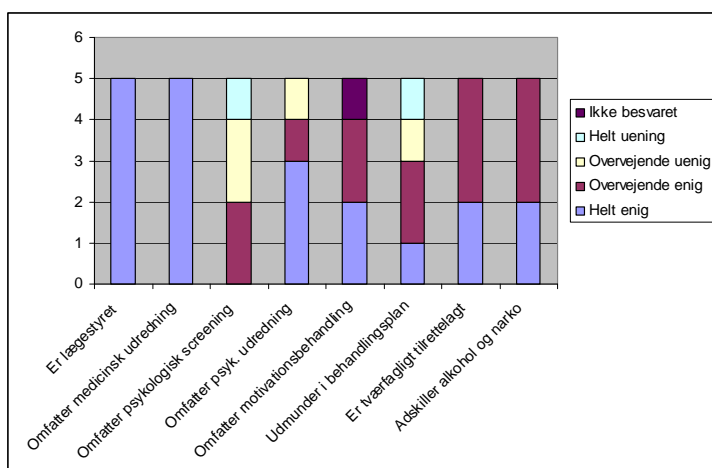
Endelig er der 2 afdelinger, som stiller som krav om/har forventning om, at der på tidspunktet for henvendelse om afgiftning – uanset det akutte i situationen – skal foreligge en efterbehandlingsplan.

7.13 HVAD BØR ET GODT AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?

Her er de psykiatriske afdelinger blevet bedt vurdere, hvad et godt afgiftningstilbud bør bestå af. Man er blevet præsenteret for følgende række af udsagn, og er blevet bedt erklære sig mere eller mindre enige i hvert af udsagnene:

- En god akut afgiftning omfatter en lægestyret afgiftning og abstinensbehandling.
- En god akut afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- En god afgiftning omfatter en psykologisk screening, ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.
- En god afgiftning omfatter en psykiatrisk udredning, ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.
- En god afgiftning omfatter en terapeutisk/samtalebaseret motivationsbehandling.
- En god afgiftning udmunder i en behandlingsplan for patientens videre misbrugsbehandlingsforløb.
- En god afgiftning omfatter et tværfagligt samarbejde mellem somatisk sygehus og psykiatrien, egen læge samt misbrugscentret.
- En god afgiftning bør i øvrigt adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere, da de kræver forskellig opmærksomhed og behandling.

Figur 7.4. Hvad bør et godt afgiftningstilbud bestå af?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds ved hvert udsagn og med krydsene markerer sin enighed/uenighed.

Der er enighed om, at det gode afgiftningstilbud er lægestyret omfattende abstinensbehandling og en medicinsk udredning.

4 af de undersøgte afdelinger er 'helt enige' eller 'overvejende enige' i, at der også skal en psykiatrisk udredning til i det gode afgiftningstilbud.

Derimod er der kun 2 afdelinger, som også efterlyser en psykologisk screening ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse. En af de undersøgte afdelinger, er således på den ene side 'helt uenig' i, at der skal en psykolog indover og på den anden 'helt enig' i at det gode afgiftningstilbud omfatter en psykiatrisk udredning ved mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.

De 4 afdelinger, som besvarer spørgsmålet om den gode afgiftning omfatter motiverende samtalebehandling, er enten 'helt eller overvejende enige'. Det bemærkes, jf. tidligere figur 7.2., at det er tvivlsomt om motiverende samtaler overhovedet tilbydes i psykiatrisk regi.

Spørgsmålet om afgiftningen skal munde ud i en behandlingsplan for den videre misbrugsbehandling, synes at dele vandene mellem 3 afdelinger, som er 'helt' eller 'overvejende enige' og på den anden side 2 afdelinger, som er 'overvejende uenige' og 'helt uenige'. Dette er de samme 2 afdelinger, som forudsætter, at der foreligger en behandlingsplan allerede på tidspunktet for afgiftningen. Altså at afgiftningen er et led i en samlet behandling af patienten.

Det er indtrykket, at der er overvejende enighed/helt enighed om at afgiftningstilbuddet bør gribes tværfagligt an og i øvrigt adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.

Opsamling:

Der er ingen tvivl om, at de undersøgte psykiatriske afdelinger ser det gode afgiftningstilbud som et lægestyret tilbud, omfattende abstinensbehandling og hvor en central del af tilbuddet er den medicinske udredning af patienten.

Der er også udbredt enighed om, at den gode afgiftning omfatter en psykiatrisk udredning, når der er mistanke om comorbiditet mellem misbrug og psykisk lidelse.

Det ses også, at 4 af de undersøgte afdelinger er overvejende/helt enige i, at tilbuddet bør omfatte motiverende samtalebehandling, hvilket de samme afdelinger tidligere oplyste ikke aktuelt er et tilbud i psykiatrisk regi.

De psykiatriske afdelinger er delte i spørgsmålet om, hvorvidt en god afgiftning skal munde ud i en behandlingsplan, eller det omvendt skal ses som en forudsætning for overhovedet at indgå i en afgiftning. 2 afdelinger udtrykker dette sidste synspunkt.

Det er endelig indtrykket, at der er overvejende enighed/helt enighed om, at afgiftningstilbuddet bør gribes tværfagligt an.

Endelig er der overvejende enighed/helt enighed om, at man bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.

7.14 ORDET ER FRIT

Her er de psykiatriske afdelinger blevet bedt om følgende:

Beskriv hvordan du mener, at det fremtidige tilbud om afgiftning bør se ud

2 af de deltagende psykiatriske afdelinger har givet sit besyv med i relation til afgiftningsopgaven i fremtiden.

De 2 sygehusafdelingers tilbagemeldinger tyder på et meget stort engagement i afgiftningsopgaven.

Der skelnes mellem simpel afgiftning og de mere komplicerede tilfælde, hvor der enten er en psykiatrisk eller somatisk lidelse ind over.

Det fremgår blandt andet at den ene psykiatriske afdeling efter kommunalreformen ikke længere har sengepladser til simple afgiftninger, og i øvrigt har den forventning, at de kommunale misbrugscentre varetager opgaven med simple afgiftninger.

Der rejses tvivl om de eksisterende tilbud er tilstrækkelige i forhold til de mere komplicerede afgiftninger. Det opleves, at netop de komplicerede tilfælde belaster sygehusvæsnet ved, at patienterne gentagne gange (recidiv) henvender sig med behov for afgiftning.

Der efterlyses i begge indlæg et udstrakt og mere intensivt tilbud (kommunalt opfølgingssted, hvor patienterne kan være 1-2 uger efter afrusning, så de basale ting opstartes (mad, væske, stå op, bad, vaske tøj, post osv.) / et døgnafvænningsstilbud), som kan håndtere opgaven i længere tid end de efter 1-3 dages indlæggelse, der typisk er tale om i psykiatrien.

Der stilles i indlæggene tvivl om, hvorvidt opgaven alene kan håndteres ambulantly. Der appelleres til en større sammenhæng mellem afgiftning på psykiatrisk afdeling og alkoholenhederne. En sammenhæng som der ifølge det ene indlæg bør sikre, at patienterne når frem til opfølgende behandling i det lokale alkoholenhed.

Endelig efterlyses det, at de sociale myndigheder i deres virksomhed kan virke opsøgende og forebyggende set i relation til især selvmordstruede misbrugere. Det fremføres, at *der er behov for en tidligere og mere intensiv opsøgende indsats.*

8. Kapitel: Døgnbehandlingssteder

I dette kapitel analyseres og vurderes de svar, som 15 døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark har givet til kortlægningens spørgeskemaundersøgelse.

Ligeledes analyseres et talmateriale stillet til rådighed af DanRIS³⁴, vedrørende omfanget af afgiftninger på døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark i 2009.

I afsnit 8.1 – afsnit 8.3 begrundes døgnbehandlingsstedernes deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent og repræsentativiteten vurderes. Endelig vurderes de indhøstede datas validitet.

I afsnit 8.4 til afsnit 8.16 opstilles datamaterialet fra DanRIS og døgnbehandlingsstedernes svar i tabeller og grafer, som løbende kommenteres. Hvert afsnit afrundes med en kortfattet opsamling.

8.1 DØGNBEHANDLINGSSTEDERNES DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

Kortlægningsprojektet er gennemført med faglig sparring fra behandlingscentret Sydgården.

Det stod meget tidligt i researchfasen klart, at en belysning af behovet for afrusning/afgiftning og abstinensbehandling i Region Syddanmark måtte omfatte de døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark, som har specialet at arbejde med misbrugsbehandling. Dette er begrundelsen for, at 17 døgnbehandlingsinstitutioner i Region Syddanmark blev bedt om at deltage i undersøgelsen.

En henvendelse til Center for Rusmiddelforskning (CRf) i Århus gjorde det muligt, at få et udtræk af DanRIS vedrørende antallet af afgiftninger for et stofmisbrug, som døgnbehandlingsstederne i regionen har indrapporteret for året 2009.

Da kortlægningen forsøger at afdække omfanget af både afrusninger ved alkoholmisbrug og afgiftning ved medicin- og stofmisbrug, er institutionerne i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt give kvalificerede skøn af antal afrusninger/afgiftninger, der er gennemført i 2009.

Der er i dette kapitel to kilder til belysning af antallet af afgiftninger i 2009. Dels institutionernes egne skønnede antal, og de afgiftninger som institutionerne har rapporteret til DanRIS.

8.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

17 spørgeskemaer er udsendt til navngivne ledere af døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark. Der er returneret 15 udfyldte skemaer, hvorfor svarprocenten er beregnet til godt 88 %.

³⁴ DanRIS er Center for Rusmiddelforskning's registreringssystem, vedr. stofmisbrugere i behandling. Mere end 14.000 stofmisbrugere i døgnbehandling er pr. august 2010 registreret i DanRIS systemet.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de institutioner, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Besvarelsesprocenten vidner om en overordentlig stor interesse for kortlægningens tema blandt døgnbehandlingsstederne i regionen og vurderes at være repræsentativt for døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark.

8.3 MATERIALETS VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data om antal afrusninger/afgiftninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn over antal afrusninger/afgiftninger gennemført i 2009. I undersøgelsen var der mulighed for at trække data fra DanRIS. Materialet fra DanRIS har imidlertid ikke kunne give et fuldt dækkende billede for de 17 repræsenterede institutioner, hvorfor spørgeskemaet ikke alene har bedt om kvalificeret skøn over antal afrusninger, men også over antal afgiftninger.

I forhold til omfanget af afgiftninger har undersøgelsen haft to sæt data til rådighed – dels data fra DanRIS og dels data fra spørgeskemaet – hvilket har gjort det muligt at sammenstykke et dækkende billede af omfanget af afgiftninger på samtlige 17 institutioner. Vedrørende omfanget af afrusninger har det været muligt, på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, at opgøre omfanget for de 15 deltagende institutioner.

Det kunne have været ønskværdigt om de undersøgte institutioner var forpligtede til både at indberette data vedrørende afrusning og afgiftning til centrale registre, men når det ikke er situationen har vi vurderet, at den her valgte fremgangsmåde giver det næstbedste resultat.

Ingen af de deltagende institutioner har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet. Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

8.4 DATA FRA DANRIS

DanRIS har stillet data til rådighed, vedrørende afgiftninger på døgninstitutioner i Region Syddanmark i 2009.

Nedenstående tabel 8.1. omfatter imidlertid ikke samtlige de døgninstitutioner, som har fået fremsendt et spørgeskema i herværende kortlægning. Der er således syv af de omhandlede døgnbehandlingssteder, som ikke er med i nedenstående tabel fra DanRIS. DanRIS oplyser følgende, som begrundelse for, at de syv omhandlede institutioner ikke er omfattet af nedenstående tabel 8.1.:

Institutionerne skulle have specificeret faseforløb: AFGIFTNING for at de blev talt med. Det er der 2 af de deltagende institutioner, der ikke har gjort.

De øvrige institutioner er ikke tilmeldt DanRIS, typisk er der tale om alkoholinstitutioner eller institutioner i kommunal regi, der tilbyder ambulante behandling.

Kun døgninstitutioner, der tilbyder behandling til stofmisbrugere er med i DanRIS.

Tabel 8.1. Klienter i fase afgiftning per institution DanRIS Døgn 2009 / Region Syddanmark

Institutions ID	Institutionsnavn	Antal afgiftninger 2009
3	Elmegården	37
4	Familiecenter Dyreby	11
9	Hjulsøgård Døgnbehandlingsfond	35
10	Højløkke Behandlingscenter Mænd	33
12	Kildegården	8
20	Midtgården ApS	15
22	Monbjerg Terapeutisk/Pædagogisk Beh.	15
31	Springbrættet	40
76	Slusen (Springbrættet afgiftning)	71
78	Vængegården	18
I alt		283

CRf kommentarer til tabel: Udtræk fra DanRIS Døgn indberetningen år 2009. Hvis antal klienter <3 per institution, ikke medtaget hvilket betyder, at det samlede antal vil være i underkanten af det faktiske tal. Behandlingsfase AFGIFTNING er specificeret af institutionerne. Indberetning kan være et kvartal forsinket. Kilde: DanRIS, 2009

Variationsbredden i de viste antal afgiftninger er stor. Fra en institution der gennemfører 8 afgiftninger til en institution der gennemfører 71 afgiftninger. Det vides ikke, hvad der betinger variationsbredden.

Opsamling:

Data fra DanRIS viser, at 10 ud af de 17 institutioner der er beliggende i Region Syddanmark gennemfører 283 afgiftninger i kalenderåret 2009. Det er vigtigt at tilføje, at de 283 afgiftninger er udført af 10 institutioner. Der mangler data vedrørende 7 institutioner, hvorfor tallet ikke er repræsentativt for det samlede antal afgiftninger på døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark i 2009.

8.5 ARUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN

Her er interessen rettet mod, hvorvidt der gennemføres afrusning/afgiftninger på de undersøgte institutioner.

I spørgeskemaet skelnes der mellem afrusning i relation til alkoholmisbrug og afgiftning i relation til medicin- og stofmisbrug.

Spørgsmålet lyder: *Modtager I svært påvirkede personer, hvor første trin i behandlingen er afrusning/afgiftning?*

Nedenstående tabel 8.2. viser, at hovedparten af institutionerne – 11 ud af 15 – gennemfører både afrusninger og afgiftninger, som første trin i et samlet behandlingsforløb.

2 institutioner oplyser, at de alene tilbyder afgiftninger til medicin- og stofmisbrugere og atter 2 oplyser, at de ikke tilbyder hverken afrusning eller afgiftning.

Tabel 8.2. Modtager I svært påvirkede personer, hvor første trin i behandlingen er afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afrusning og afgiftning	11
Ja afrusning	0
Ja afgiftning	2
Nej	2
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Det mest almindelige er således at de undersøgte døgnbehandlingssteder tilbyder både afrusning og afgiftning, som første trin i et samlet behandlingsforløb.

Næste spørgsmål lyder: *Modtager I svært påvirkede personer, hvor tilbuddet udelukkende er afrusning/afgiftning?*

Tabel 8.3. Modtager I svært påvirkede personer, hvor tilbuddet udelukkende er afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afrusning og afgiftning	4
Ja afrusning	0
Ja afgiftning	2
Nej	9
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Interessen er således rettet mod, hvorvidt man har et tilbud, som alene omfatter afrusning/afgiftning, så kommunerne særskilt kan købe denne ydelse og efter afsluttet afrusning/afgiftning, kan hjemtage klienten til videre behandling i ambulant regi.

Tabel 8.3 viser, at 6 af de 15 institutioner, har et sådant tilbud. 2 af institutionerne tilbyder dog alene afgiftning for medicin- og stofmisbrug.

Opsamling:

Langt hovedparten – 11 ud af 15 – af de undersøgte institutioner tilbyder både afrusning i relation til et alkoholmisbrug og afgiftning i relation til misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol, som første trin i et samlet behandlingsforløb.

6 af de 15 undersøgte institutioner har en 'afrusnings-/afgiftningspakke', så f.eks. kommuner kan købe en afrusning/afgiftning og derefter hjemtage klienten og fortsætte behandlingen ambulant.

4 af institutioner tilbyder en sådan pakkeløsning af både afrusning og afgiftning, hvor 2 institutioner alene tilbyder afgiftning som pakkeløsning.

8.6 ANTAL AFRUSNINGER

I dette afsnit anslås antal afrusninger i 2009 på de 15 deltagende døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark.

Institutionerne er i undersøgelsen blevet bedt give et kvalificeret skøn over, hvor mange afrusninger de har gennemført i 2009.

Af nedenstående tabel 8.4. fremgår det, at det samlede antal afrusninger kan anslås til 373 for de 15 institutioners vedkommende. Heraf står 3 institutioner for 305 afrusninger i 2009. Disse 3 institutioner er blandt de 6 institutioner, som har et 'pakketilbud' om afrusning og afgiftning, hvor f.eks. kommunerne kan købe et afrusnings-/afgiftningstilbud og derefter hjemtage klienten igen. Dette kunne indikere, at disse institutioner er særligt normeret netop til afrusnings- og afgiftningsopgaven.

Tabel 8.4. I hvilket omfang har I iværksat afrusninger (ved alkoholmisbrug) på jeres institution i kalenderåret af 2009?

Antal iværksatte akutte afrusninger (interval)	Antal institutioner	Skønnet antal afrusninger*
0	2	0
1-6	6	21
7-12	3	28,5
13 - 24	1	18,5
25 - 36	0	0
** Over 36	3	305
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	15	373

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte ét kryds.

* Skønnet forudsætter, at antal afrusninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

**Bygger på det faktiske antal, som de 3 institutioner har oplyst.

Tabel 8.3. skal læses sådan. 1. række: 2 institutioner angiver at have gennemført 0 afgiftninger i 2009. 2. række: 6 institutioner angiver at have gennemført mellem 1-6 afgiftninger, osv.

Tabel 8.4. viser ligeledes, at der er stor spredning i, hvor mange afrusninger der gennemføres på de enkelte institutioner. Fra institutioner der ingen afrusninger gennemfører, til institutioner der gennemfører mellem 90 og 115 afrusninger i 2009.

Datamaterialets tyngde ligger i gruppen der har 1-6 afrusninger i 2009.

Opsamling:

Ud fra institutionernes kvalificerede skøn over antallet af gennemførte afrusninger i 2009 er der foretaget en beregning, der sandsynliggør, at 12 af 15 undersøgte institutioner i 2009 har gennemført cirka 370 afrusninger i relation til personer med et alkoholmisbrug.

3 af institutionerne har gennemført 305 af disse afrusninger.

8.7 ANTAL AFGIFTNINGER

Institutionerne er ligeledes blevet bedt angive kvalificerede skøn over hvor mange afgiftninger de har gennemført på deres institutioner i 2009.

Nedenstående tabel 8.5. viser at det samlede antal afgiftninger kan anslås til 317,5 for de 15 institutioners vedkommende. Heraf står 3 institutioner for 235 afgiftninger i 2009.

Tabel 8.5. viser endvidere, at der er stor spredning i, hvor mange afgiftninger der gennemføres på de enkelte institutioner. Fra institutioner der ingen afgiftninger gennemfører, til 3 institutioner der til sammen gennemfører 235 afgiftninger i 2009.

Tabel 8.5. I hvilket omfang har I gennemført afgiftninger (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?

Antal iværksatte akutte afgiftninger (intervaller)	Antal institutioner	Skønnet antal afgiftninger*
0	3	0
1-6	4	14
7-12	4	38
13 - 24	0	0
25 - 36	1	30,5
**Over 36	3	235
I alt	15	317,5

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte ét kryds.

** Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.*

***Bygger på det faktiske antal, som de 3 institutioner har oplyst.*

Tabel 8.5. skal læses som ovenstående tabel 8.4.

Tyngden i datamaterialet ligger i grupperne 1-6 og 7-12 afgiftninger i 2009.

Tal vedrørende afgiftning fra DanRIS og fra spørgeskemaundersøgelsen

Der er den sammenhæng mellem DanRIS-tallene og tallene fra spørgeskemaundersøgelsen, at DanRIS kan levere data vedrørende 10 af de 17 deltagende institutioner og spørgeskemaundersøgelsen kan supplere vedrørende de resterende 7 institutioner.

Det betyder, at det er muligt, at få et fuldstændig repræsentativt billede af antallet af afgiftninger på samtlige 17 døgnbehandlingssteder i Region Syddanmark i 2009 ved at sammenlægge tallene fra de 2 undersøgelser.

Ved en sådan sammenregning af data er det beregnet at de undersøgte døgnbehandlingssteder samlet gennemfører 395 afgiftninger i 2009.

Opsamling:

Ud fra institutionernes kvalificerede skøn over antallet af gennemførte afgiftninger, tilsiger en beregning at 15 af 17 undersøgte institutioner i 2009 har gennemført cirka 300 afgiftninger i relation til personer med misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

Sammenholdes tallene fra DanRIS med tallene fra spørgeskemaundersøgelsen kan antallet af afgiftninger opjusteres til 395 afgiftninger i 2009. Antallet på 395 afgiftninger vurderes at være repræsentativt dækkende for samtlige 17 døgnbehandlingssteder.

8.8 ABSTINENSBEHANDLING

Institutionerne er her blevet bedt oplyse, hvorvidt de i forbindelse med afgang/afslutning tilbyder abstinensbehandling.

Spørgsmålet lyder: *Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afgang/afslutning?*

Tabel 8.6. nedenfor viser, at der kun er en institution som ikke tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afgang/afslutning.

Ellers vidner svarfordelingerne om, at det er helt almindelig praksis, at tilbyde abstinensbehandling. Dog er der 3 institutioner, der kun tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afgang for misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol.

Tabel 8.6. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afgang/afslutning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afgang og afgang	11
Ja afgang	0
Ja afgang	3
Nej	1
Ved ikke	0
I alt	15

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte ét kryds.

I næste omgang er institutionerne blevet bedt besvare i hvilket omfang de iværksætter abstinensbehandling i tilknytning til afgang/afslutning.

Tabel 8.7. nedenfor viser svarfordelingen på spørgsmålet om i hvilken udstrækning, der tilbydes abstinensbehandling i tilknytning til afgang/afslutning.

Tabel 8.7. Hvis ja, i hvilket omfang iværksætter I abstinensbehandling?

Svarkategorier	Antal svar
I alle tilfælde	5
Mere end halvdelen	4
Halvdelen	2
Mindre end halvdelen	3
Aldrig	0
Ikke besvaret	1
I alt	15

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte ét kryds.

Tabellen viser, at 5 af 15 institutioner tilbyder abstinensbehandling 'i alle tilfælde', yderligere 4 institutioner tilbyder abstinensbehandling i 'mere end halvdelen' af tilfældene og 5 institutioner tilbyder abstinensbehandling fra 'mindre end halvdelen' til 'halvdelen' af de situationer, hvor der iværksættes afrusning/afgiftning.

Opsamling:

Det hører til almindelig praksis på døgnbehandlingsstederne at tilbyde abstinensbehandling i tilknytning til afrusning/afgiftning.

Der er dog nogen variation i, hvor hyppigt abstinensbehandling iværksættes. F.eks. er der 5 institutioner der tilbyder abstinensbehandling 'i alle tilfælde', og i den anden ende af skalaen er der 2 institutioner, der tilbyder abstinensbehandling 'mindre end halvdelen' af de tilfælde, hvor de gennemfører en afrusning/afgiftning.

8.9 HENVISNING TIL ANDEN AFRUSNING/AFGIFTNING

I den udstrækning døgninstitutionerne står med særligt komplicerede afrusnings-/afgiftningstilfælde³⁵ er det undersøgelsens antagelse, at institutionerne vil henvise klienterne til afrusning/afgiftning f.eks. på en somatisk eller psykiatrisk sygehusafdeling eller på et forsorgshjem.

Henvisning til afrusning ved alkoholmisbrug:

Spørgsmålet lyder: *I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning ved alkoholmisbrug?*

Tabel 8.8. nedenfor viser svarfordelingerne på spørgsmålet.

Svarfordelingen i nedensående tabel 8.8., vidner om, at det er under halvdelen af institutionerne der henviser klienter til afrusning i andre regi. Det oplyste antal henvisninger er ganske beskedent

³⁵ Særligt komplicerede tilfælde: For eksempel situationer hvor klienter er meget kraftigt påvirket, hvor der kan være fare for udvikling af delir, kramper mv.

sammenholdt med det antal afrusninger man selv gennemfører på institutionerne. Der er f.eks. 8 institutioner der ikke henviser klienter ud af huset.

Tabel 8.8. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning ved alkoholmisbrug?

Svarkategorier	Antal institutioner har henvist til	Skønnet antal henvisninger i 2009
Afrusning på somatisk sygehusafsnit	3	6
Afrusning på psykiatrisk sygehusafsnit	3	7
Afrusning på forsorgshjem	2	6
Ingen henvisning til anden afrusning	8	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	16	19

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om evt. at sætte flere krydser og samtidigt oplyse et kvalificeret skøn over antal henvisninger i 2009. Tabellen skal læses således. Første række: 3 døgntilbehandlingssteder oplyser at have henvist 6 gange i 2009. Anden række: 3 døgntilbehandlingssteder oplyser at have henvist 7 gange i 2009. Osv.

Henvisning til afgiftning ved medicin- og stofmisbrug:

Spørgsmålet her lød: I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Tabel 8.9. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Svarkategorier	Antal institutioner har henvist til	Skønnet antal henvisninger i 2009
Afgiftning på somatisk sygehusafsnit	2	3
Afgiftning på psykiatrisk sygehusafsnit	2	4
Afgiftning på forsorgshjem	1	3
Ingen henvisning til anden afgiftning	10	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	15	10

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om evt. at sætte flere krydser og samtidigt oplyse et kvalificeret skøn over antal henvisninger i 2009. Tabellen skal læses som ovenstående tabel 8.8.

Tabel 8.9. viser, vedrørende henvisning til afgiftning i andet regi, nogenlunde samme mønster som i tabel 8.8. vedrørende henvisning til afrusning.

Der er 10 af institutionerne der ikke henviser klienter til afgiftning på andre institutioner. Ligesom antallet af henvisninger til afgiftninger er endnu lavere end antallet af henvisninger til afrusning.

Opsamling:

Under halvdelen af de undersøgte institutioner benytter sig af, at henvise særligt komplicerede afrusninger for alkoholmisbrug til andre institutioner, som somatiske og psykiatriske sygehus samt forsorgshjem. Det samlede antal henvisninger til afrusninger i 2009 opgøres til 19.

10 af 15 institutioner har i 2009 henvist særligt komplicerede afgiftninger (for misbrug af andre psykoaktive stoffer end alkohol) til andre institutioner, som somatiske og psykiatriske sygehus samt forsorgshjem. Det samlede antal henvisninger til afgiftninger i 2009 opgøres til 10.

At døgninstitutionerne ikke i særlig stor udstrækning benytter at henvise komplicerede afrusninger/afgiftninger til andre institutioner understreger måske, at institutionerne er vel udrustede til at håndtere den samlede behandling af misbrug.

8.10 OPFØLGENDE BEHANDLING

Her er institutionerne blevet bedt forholde sig til, hvorvidt der i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase er behov for opfølgende behandling.

Spørgsmålet lyder: *Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase?*

Tabel 8.10. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afrusning og afgiftning	11
Ja afrusning	0
Ja afgiftning	2
Nej	1
Ved ikke	1
Ikke besvaret	0
I alt	15

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte ét kryds.

Ovenstående tabel 8.10. efterlader det altovervejende indtryk, at døgninstitutionerne mener, at opfølgende behandling er en nødvendig forlængelse af den akutte afgiftning/afrusning.

Således svarer 13 ud af 15 institutioner ja til spørgsmålet.

2 institutioner svarer, at de ser behovet for opfølgende behandling specifikt i relation til afgiftning, er i øvrigt de 2 institutioner som tidligere oplyser, at de kun tilbyder afgiftning.

Der er kun 1 institution som mener, at der ikke er behov for opfølgende behandling.

I næste omgang er institutionerne blevet bedt oplyse, hvilke typer af opfølgende behandling de tilbyder.

Spørgsmålet lyder: *Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?*

De er i spørgeskemaet blevet præsenteret for en palette af forskellige typer af opfølgende behandling, og har samtidigt med afkrydsningen kunne angive i hvilket omfang de iværksætter den opfølgende behandling. Svarfordelingen er illustreret i nedenstående figur 8.1.

Nedenstående figur 8.1. viser, at alle foreslåede typer opfølgende behandling har været i anvendelse i større eller mindre omfang. Figuren viser endvidere, at individuelle samtaleforløb samt terapeutiske gruppeforløb anvendes i meget stor udstrækning på de undersøgte institutioner.

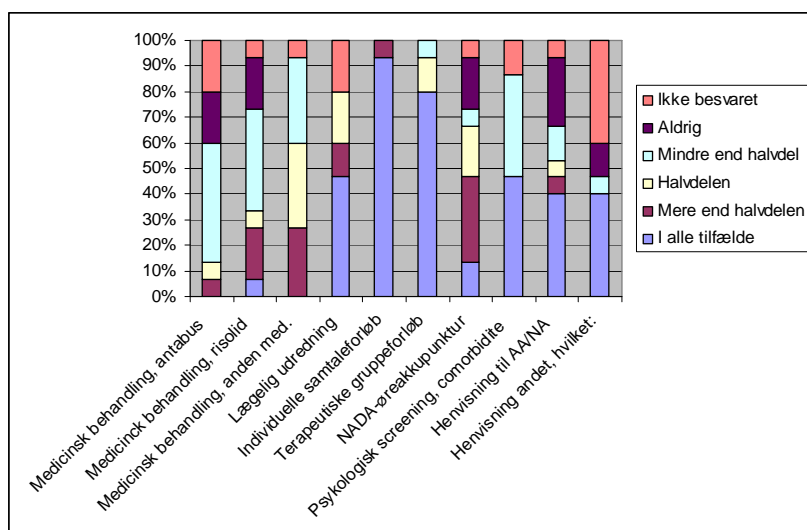
Mellem 9 og 14 af institutionerne har et tilbud om medicinsk behandling i værktøjskassen.

9 af institutionerne benytter antabus i behandlingen, men de benytter det typisk i mindre end halvdelen af situationerne.

De 14 institutioner der benytter 'anden medicinsk behandling', benytter dette fra 'mere end halvdelen' over 'halvdelen' til 'mindre end halvdelen' af gangene.

12 af institutionerne kan tilbyde lægelig udredning. Knap halvdelen af institutionerne tilbyder lægelig udredning 'i alle tilfælde' de øvrige i mindre omfang.

Figur 8.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?



Kommentarer til figuren: Ved dette spørgsmål blev der bedt om at sætte et kryds ud for hver kategori af opfølgende behandling man benytter og med krydset angive i hvilken udtrækning den pågældende opfølgning anvendes (i alle tilfælde/ mere end halvdelen/ osv.).

11 institutioner tilbyder NADA-øreakkupunktur³⁶ i et eller andet omfang. Det typiske svar er, at de benytter NADA i halvdelen af tilfældene.

Psykologisk screening er et tilbud, som 13 af institutionerne har. Der er dog nogen variation i, hvor ofte tilbuddet udløses.

³⁶ NADA-øreakkupunktur til misbrug har slået an mange steder i verden, som en bivirkningsfri metode til at dulme abstinenser samt fysisk og psykisk uro.

7 institutioner tilbyder øjensynligt altid en psykologisk screening, hvor 6 institutioner tilbyder til mindre end halvdelen af klienterne.

6 af institutionerne benytter at henvise klienterne til NA/AA-fællesskaberne³⁷ 'i alle tilfælde'.

Henvielse til andet behandlingstilbud: 3 angiver: Kommunal efterbehandling. Andre angiver f.eks.: ACA³⁸ (Anonyme Voksne Børn), zoneterapeut, kost- og motionsvejledning, fortsat terapeutisk behandling.

Opsamling:

Døgninstitutionerne råder over en bred palette af opfølgende tilbud og benytter hele paletten i vid udstrækning.

Grundstammen i institutionernes opfølgende behandlingstilbud synes at være individuelle samtaleforløb samt terapeutiske gruppeforløb.

Dernæst tilbyder hovedparten af institutionerne – med varierende hyppighed – lægelig udredning og psykologisk screening, samt medicinsk behandling.

NADA-øreakkupunktur findes i værktøjskassen hos 11 af institutionerne og anvendes i forskelligt omfang, spændene fra 'i alle tilfælde' til 'mindre end halvdelen' af tilfældene.

6 af institutionerne henviser til NA/AA-fællesskaberne.

Ligeledes oplyser institutionerne, at de henviser til f.eks.: ACA, zoneterapeut, kost- og motionsvejledning, fortsat terapeutisk behandling.

8.11 VEDRØRENDE HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I DØGNREGI

Her er døgninstitutionerne blevet bedt oplyse, om de henviser klienter til andre typer institutioner, i nævnte rækkefølge – somatiske sygehuse, psykiatriske sygehuse og forsorgshjem.

Institutionerne henviser kun i beskedent omfang til afrusning/afgiftning i andet regi (se tabel 8.8 og 8.9). Hovedparten af de undersøgte institutioner håndterer selv afrusning/afgiftning på egen institution.

Tabel 8.11. Benytter I somatiske sygehusafdelinger til afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
ja	3
Nej	12
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

³⁷ AA/NA, anonyme alkoholikere og anonyme narkomaner er et verdensomspændende netværk af selvhjælpsgrupper, som baserer sig på 12-trinsprogrammets arbejds punkter.

³⁸ ACA (Adult Children of Alcoholics) selvhjælpsgrupper for anonyme voksne børn.

Tabel 8.12. Benytter I psykiatriske sygehusafdelinger til afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
ja	2
Nej	11
Ved ikke	0
Ikke besvaret	2
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 8.13. Benytter I forsorgshjem til afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
ja	3
Nej	11
Ved ikke	0
Ikke besvaret	1
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

Svarfordelingerne viser, at kun mellem 2 og 3 af 15 institutioner henviser klienter til afrusning/afgiftning på somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger og på forsorgshjem. Noget tyder på, at det afrusnings-/afgiftningsbehov som institutionerne støder på i den daglige praksis, i vid udstrækning håndteres af institutionerne selv.

8.12 TRANSPORT – EN BARRIERE?

De undersøgte døgninstitutioner er blevet bedt vurdere, hvorvidt transport til afrusning/afgiftning i andet regi udgør en barriere. Spørgsmålet skal forstås sådan, at når en døgnbehandlingsinstitution skal have transporteret en klient til afrusning, f.eks. på en sygehusafdeling, udgør transport da en barriere?

Spørgsmålet lyder: *Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?*

Nedenstående tabel 8.14. viser at, i den begrænsede udstrækning man benytter sig af eksterne afgiftnings-/afrusningstilbud, så ser det ud som om transport slet ikke er et problem. Imidlertid er der 2 institutioner, som oplever at transport i høj grad er en barriere. Begge institutioner er beliggende med 25 – 30 km. til nærmeste større by, hvor der er adgang til sygehuse og forsorgshjem.

Tabel 8.14. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?

Svarkategorier	Antal svar
Transport til afrusning/afgiftning er slet ikke noget problem	6
Transport til afrusning/afgiftning er i ringe grad et problem	0
Transport til afrusning/afgiftning er i nogen grad et problem	0
Transport til afrusning/afgiftning er i høj grad et problem	2
Ved ikke	1
Ikke besvaret	6
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

Det er undersøgt hvilken barriere transport er i situationer, hvor en institution skal have en klient transporteret fra institutionen til f.eks. en afrusning på en somatisk sygehusafdeling.

Det overordnede billede er, at institutionerne ikke ser transport til sygehus eller forsorgshjem i forbindelse med afrusning/afgiftning, som værende en barriere.

2 institutioner som har mellem 25 – 30 km. til nærmeste større by med adgang til sygehuse og forsorgshjem, mener at transport i høj grad er et problem.

8.13 OPLEVELSE AF AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING

Døgnbehandlingsstederne er blevet bedt vurdere, hvorvidt de oplever opgaven med berusede/påvirkede klienter som en belastning.

De er i den forbindelse blevet præsenteret for tre udsagn, som de har kunnet erklære sig mere eller mindre enige i.

Spørgsmålet lyder: *Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?*

- Hensynet til institutionens øvrige klienter sættes på en prøve, når svært påvirkede klienter færdes på institutionen.
- Det er nyttesløst - vi kan iværksætte en afrusning/afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden klienten på ny tager et tilbagefald.
- Det giver rigtig god mening, at vi kan tilbyde afrusning/afgiftning og opfølgende terapeutisk behandling i direkte forlængelse af hinanden.

Nedenstående tabel 8.15. viser, at der blandt institutionerne er overvejende/helt enighed i at berusede/påvirkede klienter på institutionen er en prøvelse for institutionens øvrige klienter.

Tabel 8.15. viser endvidere, at de derimod er helt/overvejende uenige i at afgiftning/afrusning er nyttesløst.

Tabel 8.15. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?

Udsagn	Helt enig	Overvej- ende enig	Overvej- ende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
Hensynet til institutionens øvrige klienter sættes på en prøve, når svært påvirkede klienter færdes på institutionen.	6	6	3	0	0
Det er nyttesløst - vi kan iværksætte en afrusning/afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden klienten på ny tager et tilbagefald.	0	0	5	8	2
Det giver rigtig god mening, at vi kan tilbyde afrusning/afgiftning og opfølgende terapeutisk behandling i direkte forlængelse af hinanden.	12	2	1	0	0

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds for hvert udsagn og med krydset markere hvor enig/uenig, man er i udsagnet.

Der er udpræget enighed om, at det faktum, at mange af de undersøgte institutioner kan tilbyde terapeutisk behandling i direkte forlængelse af afrusning/afgiftning, giver god mening.

Opsamling:

De undersøgte døgninstitutioner er uenige i, at arbejdet med afrusning/afgiftning er nyttesløst. Ligesom de finder det hensigtsmæssigt at kunne tilbyde afrusning/afgiftning og opfølgende terapeutisk behandling i direkte forlængelse af hinanden.

8.14 HØRER AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME?

Her er institutionerne blevet bedt vurdere, hvorvidt afrusnings-/afgiftningsopgaven hører hjemme på deres institutioner.

Spørgsmålet lyder: *Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?*

Tabel 8.16. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, både afrusning og afgiftning	12
Ja, afrusning	0
Ja, afgiftning	1
Nej	2
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	15

Kommentarer til tabel: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

Ovenstående tabel 8.16. viser, at alle de institutioner, som i øvrigt foretager afrusning/afgiftning i eget regi mener, at opgaven er velplaceret hos dem.

2 institutioner, som tidligere har oplyst, at de ikke gennemfører afrusning/afgiftning, mener i sagens natur ikke, at opgaven hører til på deres institution.

Opsamling:

De institutioner – 13 af 15 – der faktisk gennemfører enten afgiftning og afrusning eller alene afgiftning finder, at opgaven er velplaceret på deres institutioner.

8.15 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?

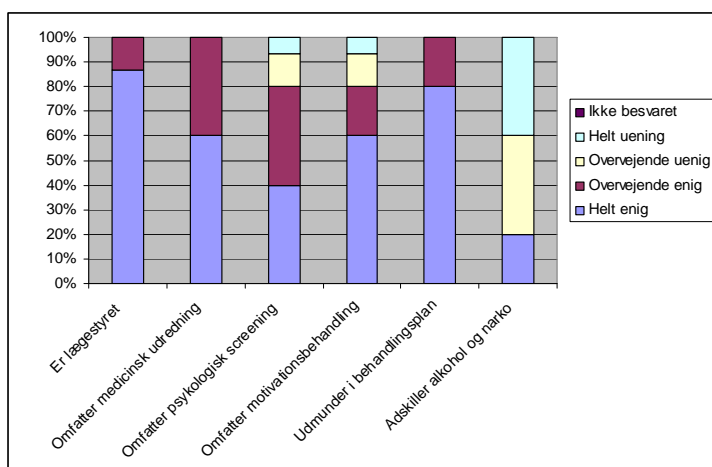
Institutionerne er blevet bedt tage stilling til, hvad et godt afrusnings-/afgiftningstilbud skal omfatte. De er blevet præsenteret for seks udsagn, som de har kunnet erklære sig mere eller mindre enige i.

Spørgsmålet lyder: *Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?*

- En god afrusning/afgiftning omfatter en lægestyret afrusning og abstinensbehandling.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.
- En god afrusning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.
- En god afrusning/afgiftning udmunder i en behandlingsplan for klientens videre misbrugsbehandlingsforløb.
- En god afrusning/afgiftning bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.

Nedenstående figur 8.2. viser svarfordelingen.

Figur 8.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?



Kommentarer til figuren: Her er man blevet bedt om at sætte et kryds ved hvert udsagn og med krydsene markerer sin enighed/uenighed.

Det ser ud til, at hvis de deltagende institutioner skulle designe 'det gode afrusnings- og afgiftningstilbud', så ville det – i nævnte rækkefølge – være lægestyret, omfatte abstinensbehandling og udmunde i en behandlingsplan for det videre behandlingsforløb, samt omfatte en medicinsk udredning. Om disse forhold er der udpræget enighed.

14 institutioner mener, at det gode tilbud skal omfatte motivationsbehandling, 9 institutioner er 'helt enige' i dette synspunkt.

14 institutioner ud af 15 mener, at den psykologiske screening også bør være et tilbud, her er det dog alene 6 institutioner, der er 'helt enige' i synspunktet.

På spørgsmålet om hvorvidt det gode tilbud bør adskille alkoholmisbrugere fra medicin- og stofmisbrugere, er uenigheden i synspunktet iøjnefaldende. 12 institutioner er enten overvejende uenige eller helt uenige i, at man bør adskille klienterne afhængigt af deres misbrug. Igen her afspejles formodentlig den praksis som institutionerne har. Tidligere i kapitlet fremgik det, at 10 institutioner arbejder med både alkohol- og stofmisbrugere under samme tag.

Opsamling:

Det ser ud til, at hvis de deltagende døgnbehandlingssteder skulle designe 'det gode afrusnings- og afgiftningstilbud', så ville det – i nævnte rækkefølge – være lægestyret, omfatte abstinensbehandling og udmunde i en behandlingsplan for det videre behandlingsforløb. Endvidere ville tilbuddet omfatte en medicinsk og psykologisk udredning. Efter al sandsynlighed, ville tilbuddet ligeledes omfatte motiverende samtaler.

Hvis man sammenholder institutionernes bud på hvad det gode afrusnings- og afgiftningstilbud bør omfatte (se figur 8.2.), med institutionernes beskrivelser af det tilbud de yder (se figur 8.1.), så ser det ud som om, at institutionerne faktisk i vid udstrækning allerede kan tilbyde 'den gode afrusning og afgiftning'.

En stor gruppe af institutionerne – 12 af 15 – er af den opfattelse, at afgiftning af stofmisbrugere og afrusning af alkoholmisbrugere sagtens kan håndteres indenfor den samme institutionelle ramme.

8. 16 ORDET ER FRIT

7 af de deltagende 15 institutioner har givet deres bidrag til ordet er frit. Opfordringen til institutionerne lød:

Beskriv hvordan du mener at det fremtidige tilbud om afrusning/ afgiftning bør se ud – ordet er frit.

De 7 institutioner slår fast, at et godt afgiftningstilbud foregår i behandlingssenheder i døgnregi, som i direkte forlængelse af afrusnings-/afgiftningsfasen, kan tilbyde eller henvise til opfølgende misbrugsbehandling. Dette synspunkt udtrykkes blandt andet således:

- *Afrusning/ afgiftning bør altid finde sted på en institution, hvor der efterfølgende kan tilbydes terapeutisk behandling af høj faglig kvalitet med specialuddannet personale. Det vil være med til at nedbringe antallet af recidiv tilfælde.*
- *I de svære afgiftnings- og afrusningstilfælde, skal klienter indlægges og igennem et behandlingsforløb.*
- *..... et regulært afrusnings- og udredningstilbud for de motivationelt og adfærdsmæssigt antagonistiske klienter - et sted hvor rummeligheden er stor, men hvor bemandingen muliggør en gradvis udredning og motivationsudvikling og henvisning til behandling.*
- *At der etableres institutioner/enheder til at klare opgaven, og at de er normerede til dette.*
- *Afrusning/ afgiftning bør forgå på døgninstitutioner med uddannet personale (terapeutisk/ pædagogisk/ psykologisk) kombineret med lægelig og psykiatrisk ekspertise. Den efter afrusning/ afgiftning planlagte behandlingsperiode må ikke være for kort - og gerne i samarbejde mellem døgninstitution og primærkommunalt ambulans behandling.*

Endvidere slås der til lyd for en styrkelse af de eksisterende afrusningstilbud, hvilket udtrykkes således: *Man bør starte med at styrke de forskelligartede eksisterende afrusningsmuligheder, så de kan yde den del, de magter (hvilket ikke er så lidt).*

Et gennemgående træk i besvarelserne er endvidere, at institutionerne lægger stor vægt på klienternes egen motivation som væsentligt omdrejningspunkt for iværksættelsen af afrusning og afgiftning.

9. Kapitel: Forsorgshjem og andre § 110 boformer

I dette kapitel analyseres og vurderes de svar, som de deltagende forsorgshjem og andre § 110 boformer³⁹ i Region Syddanmark har givet til kortlægningens spørgeskemaundersøgelse. Psykiatriske boformer, som i nogen udstrækning ligeledes drives efter samme lovgivning behandles særskilt i Kapitel 10.

I afsnit 9.1 – 9.3 begrundes forsorgshjemmenes deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent, ligesom de indhøstede datas validitet og repræsentativitet vurderes.

I afsnit 9.4 til afsnit 9.15 gennemgås undersøgelsens resultater. Resultaterne er opstillet i tabeller og grafer og alle dele er kommenteret. Hvert afsnit afsluttes med en kort opsamling.

³⁹ Der er tale om Servicelovens § 110

9.1 FORSORGSHJEM OG ANDRE § 110 BOFORMERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

Serviceovens § 110 forskriver, at der rundt i landet skal være et antal pladser som kan *tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.*

Blandt § 110 boformerne har især forsorgshjem i en lang årrække været kendt som institutioner, der tager vare på de borgere, som er placeret i en marginal position i forhold til samfundet og midlertidigt har behov for ophold på en boform. En gruppe samfundsborgere som er boligløse, arbejdsløse, fysisk/psykisk 'skrantende', misbrugere og på anden måde socialt utilpassede. På denne måde har forsorgshjemmene mange års erfaring med at håndtere påvirkede og berusede personer.

Flere forsorgshjem benyttes f.eks. af politiet, når de i deres arbejde støder på berusede påvirkede personer, som på grund af beruselsen vurderes ikke at kunne tage vare på sig selv, og hvor der ikke er andre nært relaterede personer der kan tage vare på den berusede.

Der ingen visitation til forsorgshjemmene. Dette betyder, at klienterne så at sige 'visiterer sig selv'. Derfor er en stor del af klientellet selvmødere og her i blandt altså også berusede og påvirkede personer, som kommer direkte ind fra gaden. Det er en dagligt forekommende situation på forsorgshjemmene at håndtere berusede og påvirkede mennesker, hvilket er den direkte baggrund for at forsorgshjem og andre § 110 boformer i Region Syddanmark er omfattet af undersøgelsen.

I undersøgelsens researchfase er der aflagt besøg på en af de deltagende institutioner, som i øvrigt også var behjælpelig med at pilotteste det spørgeskema som er benyttet til disse institutioner. Den pågældende institution har 4 sengepladser i et modtageafsnit, hvor man kan håndtere afrusninger. Der findes ingen centrale registre, der opsamler data vedrørende afrusning og afgiftning på de her omhandlede institutioner, hvorfor det var nødvendigt at spørge til disse oplysninger i spørgeskemaundersøgelsen.

9.2 BESVARELSESPROCENT I SPØRGSKEMAUNDERSØGELSEN

11 spørgeskemaer er udsendt til navngivne ledere af forsorgshjemmene/§110 boformerne i Region Syddanmark og der er returneret 10 udfyldte skemaer, hvorfor svarprocenten er beregnet til knapt 91 %. Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de afdelinger, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Svarprocenten vurderes at ligge så højt, at besvarelserne giver et repræsentativt udtryk for regionens forsorgshjem og andre § 110 boformers forhold til undersøgelsens spørgsmål.

9.3 MATERIALETS VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data om antal afrusninger/afgiftninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn over antal afrusninger/afgiftninger gennemført i 2009.

Ingen af de deltagende institutioner har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet. Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

9.4 AFRUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN

Indledningsvist er forsorgshjemmene og andre § 110 boformer blevet bedt oplyse, om de har særligt indrettede faciliteter (akutmodtage-/afrusnings-/ sygeafdeling) til håndtering af afrusning og afgiftning.

Nedenstående tabel 9.1. viser, at 4 ud af de 10 undersøgte forsorgshjem og andre § 110 boformer oplyser, at de har særlige faciliteter til rådighed til afrusning og afgiftning.

Tabel 9.1. Råder I over pladser der er særligt indrettede til afrusning/afgiftning (akutmodtage-/afrusnings-/ sygeafdeling)?

Svarkategorier	Svarfordeling
ja	4
Nej	6
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentar til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds

De undersøgte institutioner er endvidere blevet bedt oplyse, hvorvidt de kan stå til rådighed som afrusnings-/afgiftningssted, hvor det eneste tilbud en person får, er afrusningen eller afgiftningen.

Nedenstående tabel 9.2. viser at 3 ud af 10 institutioner har et sådant tilbud. Disse 3 institutioner er i øvrigt at finde blandt de 4 institutioner som ovenfor oplyste at have særlige fysiske faciliteter til rådighed til afrusning og afgiftning.

Tabel 9.2. Modtager I svært påvirkede personer, hvor tilbuddet udelukkende er afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Svarfordeling
Ja både afrusning og afgiftning	2
Ja afrusning	1
Ja afgiftning	0
Nej	7
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentar til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds

Opsamling:

4 ud af 10 undersøgte institutioner oplyser at have indrettet særlige fysiske faciliteter, som f.eks. et akutmodtageafsnit med afrusningspladser.

På 3 af disse institutioner er det muligt udelukkende at modtage et tilbud om afrusning og/eller afgiftning, uden at man efterfølgende indskrives til yderligere ophold. Der kunne måske tales om en slags 'afrusnings-/afgiftningspakkeløsning'.

9.5 ANTAL AFRUSNINGER

Her er undersøgelsens fokus rettet mod omfanget af afrusninger, som de undersøgte institutioner har gennemført på egen institution i 2009.

Tabel 9.3. nedenfor viser, at det samlede antal afrusninger kan anslås til 189,5 for de 10 institutioners vedkommende, heraf står 2 institutioner for 126 afrusninger i 2009.

Tabellen viser i øvrigt en stor spredning i antallet af afrusninger, fra 4 institutioner som ingen afrusninger gennemfører i 2009 til 2 institutioner som tilsammen gennemfører 126 afrusninger i løbet af 2009.

De 4 institutioner som oplyste – jf. tabel 9.1. ovenfor – at råde over særlige afrusnings-/afgiftningsfaciliteter, er samtidigt de institutioner der gennemfører flest afrusninger, markeret med skravering i tabel 9.3. Der er således en samvariation mellem at råde over særlige faciliteter og antallet af gennemførte afrusninger i 2009.

Tabel 9.3. I hvilket omfang har I iværksat afrusninger (ved alkoholmisbrug) på jeres institution i kalenderåret af 2009?

Antal iværksatte afrusninger (interval)	Antal institutioner	Skønnet antal afrusninger*
0	4	0
1-6	1	3,5
7-12	1	9,5
13 – 24	1	18,5
**25 – 36	1	32
***Over 36	2	126
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	10	189,5

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 9.3. skal læses således: 1. række: 4 institutioner angiver at have gennemført 0 afgiftninger i 2009. 2. række: 1 institution angiver at have gennemført mellem 1-6 afgiftninger, osv.

** Skønnet forudsætter, at antal afrusninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.*

*** En institution angiver i spørgeskemaet at have gennemført mellem 25-36 afrusninger i 2009. I undersøgelsens researchfase oplyste den pågældende institution, at de i de første 8,5 måned af 2009 havde gennemført 32 afrusninger. Dette antal er indskrevet i tabel 9.3.*

****Over 36: Bygger på det faktiske antal som 2 institutioner har oplyst.*

I researchfasen i efteråret 2009 blev en af de her deltagende institutioner bedt opgøre antallet af afrusninger vedrørende 2009. Institutionen gjorde i den forbindelse opmærksom på, at det er vanskeligt at opgøre antallet af afrusninger, da det er almindelig praksis at en person efter få dage i modtageafsnittet overføres til institutionens boafdeling for længere ophold og i den forbindelse ikke betegnes som en afrusning.

Denne oplysning fra den pågældende institution kunne indikere, at de angivne antal afrusninger på forsorgshjem og andre § 110 boformer er lavt sat.

Opsamling:

Samlet set anslås det, at forsorgshjem og andre § 110 boformer i Region Syddanmark i året 2009 har gennemført 190 afrusninger i eget regi.

Det er især 4 institutioner, som har oplyst at have særlige faciliteter til håndteringen af afrusning og afgiftning, som gennemfører afrusninger i større omfang. Således er det netop de 4 institutioner der tegner sig for langt hovedparten af de beregnede 189,5 afrusninger i 2009. En af de undersøgte institutioner har hverken gennemført afrusninger eller afgiftninger i 2009.

En af de undersøgte institutioner gjorde i researchfasen opmærksom på, at det kunne være svært at opgøre antallet af afrusninger. Det er på institutionen almindelig praksis, at en person efter få dage i modtageafsnittet overføres til institutionens boafsnit for længere ophold og i den forbindelse ikke betegnes som en afrusning.

Denne oplysning kunne indikere, at de angivne antal afrusninger på forsorgshjem og andre § 110 boformer er lavt sat.

9.6 ANTAL AFGIFTNINGER

De undersøgte institutioner er endvidere blevet bedt give et kvalificeret skøn over antallet af afgiftninger ved medicin- eller stofmisbrug, som de har gennemført indenfor institutionens rammer i 2009.

Nedenstående tabel 9.4. viser, at det samlede antal afgiftninger kan anslås til 31,5 for de 10 institutioners vedkommende.

Tabellen viser endvidere, at det er de færreste af de undersøgte institutioner – nemlig 3 ud af 10 – som overhovedet har gennemført afgiftninger ved medicin- eller stofmisbrug i 2009.

Tabel 9.4. I hvilket omfang har I gennemført afgiftninger (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?

Antal iværksatte afgiftninger (interval)	Antal institutioner	Skønnet antal afgiftninger*
0	7	0
1-6	1	3,5
7-12	1	9,5
13 – 24	1	18,5
25 – 36	0	0
Over 36	0	0
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	10	31,5

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 9.4. skal læses som tabel 9.3. ovenfor.

* Skønnet forudsætter, at antal afgiftninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

2 af de institutioner som gennemfører henholdsvis mellem 1-6 og 7-12, er blandt de institutioner der har oplyst at råde over særlige faciliteter til afrusning/afgiftning.

Den institution, som oplyser at gennemføre mellem 13-24 afgiftninger har i spørgeskemaet oplyst at være et misbrugscenter drevet efter Servicelovens § 110.

Opsamling:

Samlet set anslås det at der i 2009 gennemføres 30 afgiftninger på de 10 undersøgte institutioner. Der er alene 3 af de 10 undersøgte institutioner der har gennemført afgiftninger i 2009. Det typiske billede er således at forsorgshjem og andre § 110 boformer ikke gennemfører afgiftninger. Blandt de institutioner, som har særlige fysiske faciliteter gennemfører 2 af disse afgiftninger i 2009. Den institution som gennemfører flest afgiftninger er oplyst at være et misbrugscenter drevet efter Servicelovens § 110.

9.7 ABSTINENSBEHANDLING

Her er de undersøgte institutioner blevet bedt oplyse om de tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afrusning og/eller afgiftning.

Nedenstående tabel 9.5. viser at hovedparten af institutionerne – 6 ud af 10 – tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afrusning og/eller afgiftning. Udover de 4 institutioner som har særligt indrettede fysiske faciliteter til opgaven, er der 2 af de øvrige institutioner, der tilbyder abstinensbehandling.

Tabel 9.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Svarfordeling
Ja både afrusning og afgiftning	3
Ja afrusning	3
Ja afgiftning	0
Nej	4
Ved ikke	0
I alt	10

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

6 ud af de 10 undersøgte institutioner tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afrusning eller i tilknytning til både afrusning og afgiftning.

Blandt disse 6 institutioner befinder sig de 4 institutioner, som har indrettet særlige fysiske faciliteter til opgaven.

9.8 HENVISNING TIL AFRUSNING OG AFGIFTNING I ANDRE REGIER

Det var undersøgelsens antagelse at forsorghjem og andre § 110 boformer i en eller anden udstrækning ville støde på situationer, hvor der ville være behov for at henvise klienter til afrusning/afgiftning i andre døgnregi. Det kunne være i særligt svære situationer hvor klienter er meget kraftigt påvirket, hvor der kan være fare for udvikling af delir, kramper mv.

Dette forhold er beskrevet i det følgende dels for så vidt angår afrusning ved alkoholmisbrug og afgiftning ved medicin - og stofmisbrug.

Henvisning til afrusning:

Her er der i første omgang spurgt til de situationer, hvor institutionen har behov for ekstern hjælp til afrusning ved alkoholmisbrug. Her lød spørgsmålet: *I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning ved alkoholmisbrug?*

Tabel 9.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning ved alkoholmisbrug?

Svarkategorier	Antal institutioner der har henvist til	Skønnet antal henvisninger i 2009
Afrusning på somatisk sygehusafsnit	4	8
Afrusning på psykiatrisk sygehusafsnit	7	98
Afrusning på døgnbehandlingshjem	0	0
Ingen henvisning til anden afrusning	3	0
ikke besvaret	0	0
I alt	14	106

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at evt. at sætte flere krydser.

Ovenstående tabel 9.6. skal læses således: 1. række: 4 institutioner har i 2009 henvist 8 klienter/beboere til afrusning i somatisk sygehusregi.

2. række: 7 institution har i 2009 henvist 98 klienter/beboere til afrusning i psykiatrisk sygehusregi. Osv.

Ovenstående tabel 9.6. viser, at der er 7 institutioner ud af 10 der benytter psykiatrisk sygehusregi i 2009 i relation afrusning for et alkoholmisbrug, mod 4 der angiver at benytte en somatisk afdeling.

Endvidere angiver 3 institutioner, at de ikke har henvist til anden afrusning i 2009.

Når Forsorghjem og andre § 110 institutioner henviser klienter til afrusning på anden institution er det altså typisk den psykiatriske afdeling, der benyttes.

Tabel 9.6. viser endelig at der i alt henvises i 106 tilfælde til afrusning i sygehusregi, hvor langt hovedparten nemlig 98 henvises til en psykiatrisk afdeling.

Henvisning til afgiftning:

Til sammenligning med henvisninger i forbindelse med svære afrusninger, blev institutionerne spurgt: I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Tabel 9.7. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Svarkategorier	Antal institutioner der har henvist til	Skønnet antal henvisninger i 2009
Afgiftning på somatisk sygehusafsnit	2	5
Afgiftning på psykiatrisk sygehusafsnit	0	0
Afgiftning på døgnbehandlingshjem	0	0
Ingen henvisning til anden afgiftning	8	0
ikke besvaret	0	0
I alt	10	5

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at evt. at sætte flere krydser. Ovenstående tabel 9.7. læses som tabel 9.6.

Tabel 9.7. viser, at når det drejer sig om afgiftning ved medicin- og stofmisbrug, så er der 8 institutioner, som ikke henviser ud af huset.

De 2 institutioner der har henvist beboere til afgiftning har henvist til en somatisk afdeling. Det har i 2009 fundet sted 5 gange.

Altså er det meget begrænset, hvor mange afgiftninger der henvises ud af huset fra de undersøgte institutioner.

Opsamling:

De undersøgte forsorghjem og andre § 110 boformer i Region Syddanmark benytter i nogen udstrækning at henvise beboere ud af huset til sygehusregi.

Det er især i tilfælde med afrusninger ved alkoholmisbrug, at de beder om assistance.

I 2009 er der således 100 situationer, hvor beboere har været henvist til afrusning i sygehusregi, hvor langt den overvejende del af henvisningerne går til en psykiatrisk afdeling.

Afgiftninger vedrørende et medicin- og stofmisbrug henvises yderst sjældent til sygehusregi, faktisk oplyser 8 af de 10 institutioner, at de ikke benytter at henvise ud af huset.

De 2 institutioner der i 2009 faktisk benyttede muligheden, har tilsammen henvist 5 gange til afgiftning på en somatisk sygehusafdeling.

9.9 OPFØLGENDE BEHANDLING

Institutionerne er blevet bedt vurdere om der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings- eller afgiftningsfase.

Tabel 9.8. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings- eller afgiftningsfase?

Svarkategorier	Svarfordeling
Ja både afrusning og afgiftning	7
Ja afrusning	3
Ja afgiftning	0
Nej	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentarer til tabellen: Ved dette spørgsmål er der blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 9.8. ovenfor viser, at samtlige 10 undersøgte institutioner vurderer, at der er behov for opfølgende behandling.

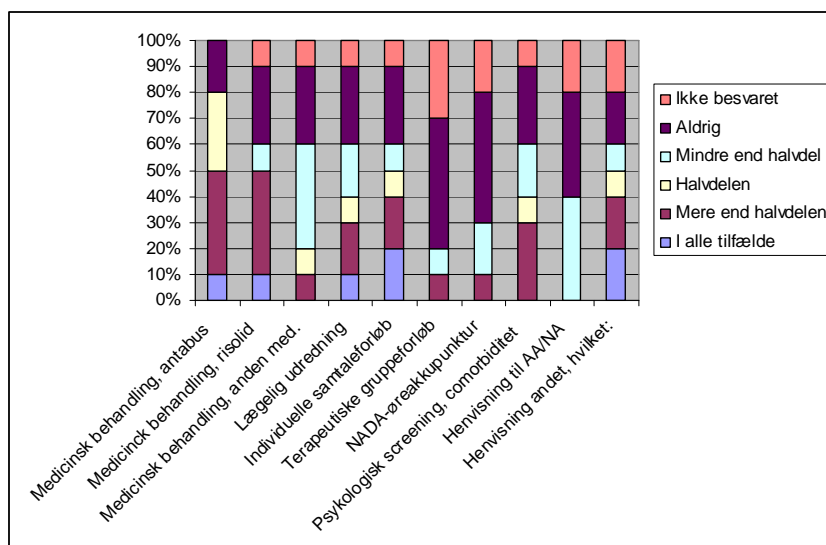
Nedenstående figur 9.1. viser hvorledes institutionerne svarer på spørgsmålet: *Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?*

Figur 9.1. viser at forsorgshjem og andre § 110 boformer typisk følger op på en afgiftning/afrusning med medicinsk behandling. Antabus synes at være fremherskende, ligesom Risolid også benyttes i nogen udstrækning og anden medicin i ringere udstrækning.

6 af de undersøgte institutioner benytter individuelle samtaler i den opfølgende indsats dog i varierende grad.

Der er ligeledes 6 af institutionerne som – med varierende hyppighed – tilbyder en lægelig udredning. Der er dog kun en institution som tilbyder en lægelig udredning *hver gang* man står med en afrusning/afgiftning.

Figur 9.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?



Kommentarer til figuren: Ved dette spørgsmål er man blevet bedt om at sætte et kryds ud for hver kategori, f.eks. Medicinsk behandling, antabus samt med sit kryds angive hyppigheden på skalaen: Aldrig/mindre end halvdelen/halvdelen/mere end halvdelen/i alle tilfælde.

Ligeledes tilbyder 6 institutioner psykologisk screening ved mistanke om comorbiditet⁴⁰ mellem et misbrug og en psykisk lidelse, dog ikke med samme hyppighed, som der tilbydes en lægelig udredning.

2 institutioner angiver at have et terapeutisk tilbud, hvor 3 institutioner tilbyder NADA-øreakkupunktur⁴¹.

Henvisning til andet behandlingstilbud benyttes i varierende grad af 6 af institutionerne. 3 af disse svarer at de henviser til det kommunale misbrugscenter.

En institution oplyser, at når de gennemfører afrusninger og afgiftninger, så vil den opfølgende behandling bestå i at henvise til AA/AN⁴² eller det kommunale misbrugscenter.

Opsamling:

De undersøgte institutioner er alle af den opfattelse, at den akutte afrusnings-/afgiftningsfase skal følges op med anden behandling.

Det ser ud som om den typiske opfølgende behandling på institutionen består i antabus eller anden medicinsk behandling. Herefter synes tilbuddet, at kunne bestå af individuelle samtaler eller en lægelig udredning. Hyppigheden af begge dele varierer fra institution til institution.

⁴⁰ Comorbiditet: tilstedeværelsen af flere helbredsmæssige tilstand på en gang, her misbrug i kombination med en psykisk lidelse

⁴¹ NADA øreakkupunktur til misbrug har slået an mange steder i verden, som en bivirkningsfri metode til at dulme abstinenser samt fysisk og psykisk uro.

⁴² AA/NA, anonyme alkoholikere og anonyme narkomaner er et verdensomspændende netværk af selvhjælpsgrupper, som baserer sig på 12-trinsprogrammets arbejds punkter.

9.10 ANDRE INSTITUTIONERS 'PARATHED' TIL AT MODTAGE HENVISNINGER

I dette afsnit er det ønsket at få institutionernes vurdering af, hvor parate sygehusene er til at modtage forsorghjems og andre boformers henvisninger.

Somatisk sygehusafdeling:

Her er institutionerne blevet bedt oplyse, hvorvidt de benytter somatiske sygehuse til afrusning/afgiftning.

Tabel 9.9. Benytter I somatiske sygehusafdelinger til afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Svarfordeling
Ja	4
Nej	6
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentarer til figuren: Ved dette spørgsmål er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

Ovenstående tabel 9.9. viser, at 4 ud af 10 institutioner benytter at henvise beboere til afrusning/afgiftning på somatiske sygehusafdelinger.

I næste omgang er institutionerne blevet bedt oplyse, om de i alle tilfælde kommer igennem med deres henvisninger til en somatisk sygehusafdeling.

Spørgsmålet lyder: *Når I vurderer at behovet for en indlæggelse er der, i hvilken udstrækning modtager den somatiske afdeling da jeres klient?*

Nedenstående tabel 9.10. viser, at kun 1 institution oplever, at blive imødekommet 'i alle tilfælde', når der henvises en patient til afgiftning. Talmaterialet er meget beskedent og svært at udlede klare tendenser af.

Tabel 9.10. Når I vurderer at behovet for en indlæggelse er der, i hvilken udstrækning modtager den somatiske afdeling da patienten?

Udsagn	I alle tilfælde	Mere end halv-delen	Halv-delen	Mindre end halv-delen	Aldrig
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de somatiske sygehusafdelinger vore klienter til afrusning.	0	1	1	2	0
AFGIFTNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de somatiske sygehusafdelinger vore klienter til afgiftning.	1	2	1	0	0

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om sætte ét kryds ud for hvert udsagn.

Tabel 9.10. skal læses således: 1. række: Ingen institutioner(0) oplever at den somatiske afdeling tager imod deres klient 'i alle tilfælde'. 1 institution oplever at den somatiske afdeling tager imod deres klient i 'mere end halvdelen' af de situationer man henviser, osv.

Dog vidner tabel 9.10. om, at afvisninger finder sted i et eller andet omfang, når institutionerne ønsker at få en beboer afruget/afgiftet på en somatisk sygehusafdeling.

I næste omgang er institutionerne derfor blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser de møder på de somatiske afdelinger i de situationer, hvor de mødes med afvisning af deres henvisning.

Tabel 9.11. I den udstrækning, hvor den somatiske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Udsagn	Svarfordeling
Mangel på sengepladser	0
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	2
Modvilje mod at modtage patienter med <u>alkoholmisbrug</u>	2
Modvilje mod at modtage patienter med <u>stofmisbrug</u>	1
<u>Afrusning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	2
<u>Afgiftning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	1
Ved ikke	2

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Tabel 9.11 viser, at hele paletten af begrundelser angiveligt er i brug, dog undtaget manglende sengepladser. Der kan opleves uenighed om behovet for indlæggelsen, der kan opleves modvilje mod at tage misbrugere. Endelig kan institutionerne angiveligt blive mødt med begrundelsen af afrusning/afgiftning ligger udenfor den modtagende somatiske sygehusafdeling opgaveområde.

Psykiatrisk sygehusafdeling:

Institutionerne er derefter blevet bedt oplyse, hvorvidt de benytter psykiatriske sygehuse til afrusning/afgiftning.

Tabel 9.12, viser at 7 ud af 10 institutioner benytter at henvise beboere til afrusning/afgiftning på somatiske sygehusafdelinger. Det er således almindelig praksis på de undersøgte institutioner.

Tabel 9.12. Benytter I psykiatriske sygehusafdelinger til afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Svarfordeling
ja	7
Nej	3
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentarer til figuren: Ved dette spørgsmål er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

Herefter er institutionerne blevet bedt oplyse, om de i alle tilfælde kommer igennem med deres henvisninger til en psykiatrisk sygehusafdeling. Spørgsmålet lyder: *Når I vurderer at behovet for en indlæggelse er der, i hvilken udstrækning modtager den psykiatriske afdeling da jeres klient?*

Tabel 9.13. Hvis ja i foregående spørgsmål i hvilken udstrækning modtager afdelingen din henvisning?

Udsagn	I alle tilfælde	Mere end halv-delen	Halv-Delen	Mindre end halv-delen	Aldrig	Ikke besvaret
AFRUSNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de psykiatriske sygehusafdelinger vore klienter til afrusning.	1	4	0	1	0	1
AFGIFTNING Når vi (evt. i samråd med lægekonsulent, klientens læge, lægevagten) vurderer at behovet er der, modtager de psykiatriske sygehusafdelinger vore klienter til afgiftning.	0	3	0	0	2	2

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt sætte ét kryds ud for hvert udsagn. Tabel 9.13. læses som ovenstående tabel 9.10.

Svarfordelingen i tabel 9.13. vidner om en tilbageholdenhed mod at besvare spørgsmålet. Der er en institution der ikke svarer på spørgsmålet vedrørende de psykiatriske afdelingers parathed, når det drejer sig om afrusning og 2 når det drejer sig om afgiftning. Det vides ikke, hvad denne tilbageholdenhed skyldes.

I relation til afrusning vidner svarfordelingen i tabel 9.13. om at imødekommenheden i psykiatrien er relativ stor især i forhold til afrusninger. Dog vidner tallene om, at der af og til opleves afvisninger.

Af svarfordelingen i ovenstående tabel 9.7. fremgik det, at ingen af de undersøgte institutioner benytter psykiatrisk afdeling til afgiftning i 2009. Alligevel svarer 5 institutioner på spørgsmålet: *i hvilken udstrækning modtager den psykiatriske afdeling jeres klient til afgiftning?*

Det kan virke lidt selvmodsigende, men en måde at tolke dette på kunne være, at enkelte institutioner finder det overordentligt vanskeligt at få en klient med et stofmisbrug indlagt til afgiftning på en psykiatrisk afdeling. Så vanskeligt at man måske slet ikke forsøger. Dette synspunkt støttes af det forhold, at der er 2 institutioner som oplever, at de 'aldrig' kan komme igennem med en henvisning, altså altid bliver afvist.

Herefter er institutionerne blevet bedt oplyse, hvilke begrundelser de møder på de psykiatriske sygehusafdelinger i de situationer, hvor de mødes med en afvisning af deres henvisning.

Nedenstående tabel 9.14. viser svarfordelingen på dette spørgsmål. Især uenighed med den modtagende afdeling om behovet for en indlæggelse, synes at være gennemgående. Altså tyder det på at institutionerne har svært ved at komme igennem nåleøjet, når de gerne vil have en misbruger indlagt til afrusning/afgiftning.

Herudover mødes de med den begrundelse, at der ikke er sengepladser til rådighed. Endelig oplever man modvilje mod at modtage misbrugere.

Tabel 9.14. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Udsagn	Svarfordeling
Mangel på sengepladser	3
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	5
Modvilje mod at modtage patienter med <u>alkoholmisbrug</u>	2
Modvilje mod at modtage patienter med <u>stofmisbrug</u>	1
<u>Afrusning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	1
<u>Afgiftning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	0
Ved ikke	1

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om evt. at sætte flere krydser.

Døgnbehandlingshjem:

Det var ønsket ligeledes at vurdere henvisningspraksis i relation til private døgnbehandlingssteder, men det viser sig at forsorgshjem og andre § 110 boformer i yderst begrænset omfang benytter døgnbehandlingshjem. Dette hænger sandsynligvis sammen med den vanskelighed det kan være at rejse en kommunal bevilling til formålet.

Således er det kun 1 ud af de 10 undersøgte institutioner, der benyttede et døgnbehandlingssted til afrusning/afgiftning i 2009.

Opsamling:

Henvisning til somatiske sygehusafdelinger

4 ud 10 undersøgte institutioner benytter den somatiske sygehusafdeling i situationer, hvor det vurderes at en afrusning/afgiftning ikke kan håndteres på egen institution.

I nogen udstrækning oplever institutionerne at de afvises, når de ønsker en beboer henvist til en somatisk afdeling.

Henvisning til psykiatriske sygehusafdelinger

7 ud af 10 undersøgte institutioner henviser deres beboere til afrusning/afgiftning på psykiatriske sygehusafdelinger.

Den psykiatriske afdeling benyttes dog kun til afrusning.

Undersøgelsen vidner om, at ingen af de undersøgte institutioner har fået afgiftet beboere på en psykiatrisk afdeling i 2009. At institutionerne ikke benytter de psykiatriske afdelinger i 2009 til afgiftning kan måske tolkes i retningen af, at man finder det overordentligt vanskeligt at få en klient igennem visitationens nåleøje og på forhånd opgiver. Således er der 2 af de undersøgte institutioner der gør opmærksom på at de 'aldrig' bliver imødekommet, når de ønsker en klient afgiftet på en psykiatrisk afdeling.

Især oplever institutionerne: *Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse* som baggrunden for en afvisning, hvilket styrker tolkningen af at institutionerne har vanskeligheder med at komme igennem visitationens nåleøje.

9.11 TRANSPORT

Her vurderes om forsorghjem og andre § 110 boformer oplever transport som en barriere, når der henvises til afrusning/afgiftning på f.eks. et sygehus. Spørgsmålet er, hvorvidt det at få transporteret en beruset/påvirket beboer fra egen institution til sygehuset er en barriere.

Nedenstående tabel 9.15. viser at transport øjensynligt ikke er det store problem, på nær dog en institution, som oplever at transport 'i høj grad' er et problem. Den pågældende institution har omkring 20 kilometer til nærmeste sygehus.

Tabel 9.15. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?

Svarkategorier	Svarfordeling
Transport til afrusning/afgiftning er slet ikke noget problem	2
Transport til afrusning/afgiftning er i ringe grad et problem	5
Transport til afrusning/afgiftning er i nogen grad et problem	0
Transport til afrusning/afgiftning er i høj grad et problem	1
Ved ikke	1
Ikke besvaret	1
I alt	10

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

I den udstrækning de undersøgte institutioner skal have transporteret en beboer fra egen institution til afrusning/afgiftning på f.eks. en sygehusafdeling, så udgør transport øjensynligt ikke det store problem.

Kun en institution, som har 20 km. til nærmeste sygehus, oplever transport som et stort problem.

9.12 OPLEVELSE AF AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVENS BELASTNING

Her har det været ønsket, at få de undersøgte institutioner til at vurdere, hvorvidt arbejdet med afrusning/afgiftning opleves som en belastning.

Tabel 9.16. nedenfor viser, at tyngden i besvarelserne hælder mod enighed om udsagnet: *Hensynet til institutionens øvrige klienter sættes på en prøve, når svært påvirkede klienter færdes*

på institutionen. Besvarelsene kan tolkes i retningen af, at det ikke er uden besvær at håndtere beruselse på de undersøgte institutioner.

På udsagnet: *Det er nyttesløst - vi kan iværksætte en afrusning/afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden klienten på ny tager et tilbagefald* ligger tyngden i besvarelsene i retningen af uenighed, alene 2 institutioner erklærer sig 'overvejende enige' og ingen 'helt enige'.

En tolkning af besvarelsene kunne være at institutionerne oplever, at det har en nytteværdi at gennemføre afrusninger/afgiftninger.

Tabel 9.16. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?

Udsagn	Helt enig	Overvejende enig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ikke besvaret
Hensynet til institutionens øvrige klienter sættes på en prøve, når svært påvirkede klienter færdes på institutionen.	6	3	0	0	0
Det er nyttesløst - vi kan iværksætte en afrusning/afgiftning i dag, men det varer ikke længe inden klienten på ny tager et tilbagefald.	0	2	5	1	2

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds ud for hvert udsagn.

Opsamling:

Det ser ud som om forsorgshjem og andre § 110 boformer tillægger afrusning og afgiftning en stor nytteværdi. Om end institutionerne øjensynligt oplever utallige tilbagefald hos klientellet, så ser de vigtigheden i at yde hjælp til afrusning/afgiftning. En institution skriver i skemaet:

Det er vigtigt at vi er venlige, forstående, tålmodige og ikke fordømmende, selvom det er afrusning nr. 50 i løbet af et år for den samme person.

Omvendt vidner besvarelsene om, at det er en udfordring at arbejde med et beruset/påvirket klientel.

9.13 HØRER AFRUSNINGS-/AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME PÅ INSTITUTIONEN?

De undersøgte institutioner er blevet bedt oplyse, om de mener at opgaven med afrusning/afgiftning hører hjemme på deres institution.

Tabel 9.17. nedenfor viser en svarfordeling der angiver, at 8 ud af 10 institutioner mener at opgaven hører hjemme på deres institution. Alle 8 institutioner mener, at de skal kunne tilbyde afrusning og 3 institutioner mener, at de tillige skal tilbyde afgiftning.

Tilbage er 2 institutioner som sætter deres kryds ved 'ved ikke'. Hvad disse svar dækker over vides ikke. Hvis man læser Servicelovens § 110 kan man notere sig, at opgaven ikke er eksplicit nævnt i

lovgivning som pålægger institutionerne at:*tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.*

På baggrund af lovteksten kan man godt blive i tvivl om institutionens opgave omfatter afrusning/afgiftning.

Tabel 9.17. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?

Svarkategorier	Svarfordeling
Ja, både afrusning og afgiftning	3
Ja, afrusning	5
Ja, afgiftning	0
Nej	0
Ved ikke	2
Ikke besvaret	0
I alt	10

Kommentarer til tabellen: Her er man blevet bedt om at sætte ét kryds..

Opsamling:

8 ud af de 10 undersøgte institutioner mener at afrusning/afgiftning hører hjemme på deres institutioner. Der er den nuance i besvarelserne, at alle 8 mener at afrusning af alkoholmisbrugere hører hjemme på institutionen, hvor alene 3 af de 8, mener at de også skal varetage opgaven med afgiftning af stofmisbrugere.

2 institutioner er i tvivl, hvorvidt opgaven hører til på en § 110 boform, måske forståeligt, da Servicelovens § 110 ikke eksplicit omtaler afrusning eller anden behandling, men alene taler om 'midlertidigt ophold'.

9.14 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ AF?

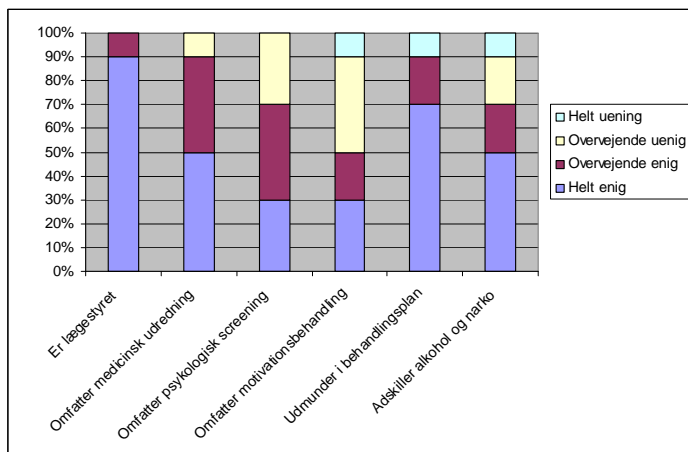
Institutionerne er blevet bedt tage stilling til, hvad et godt afrusnings-/afgiftningstilbud skal omfatte. De er blevet præsenteret for seks udsagn, som de har kunnet erklære sig mere eller mindre enige i.

Spørgsmålet lød: *Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?*

- En god afrusning/afgiftning omfatter en lægestyret afrusning og abstinensbehandling.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.
- En god afrusning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.
- En god afrusning/afgiftning udmunder i en behandlingsplan for klientens videre misbrugsbehandlingsforløb.
- En god afrusning/afgiftning bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.

Nedenstående figur 9.2. viser, at de undersøgte forsorgshjem og andre § 110 boformer er af den opfattelse, at det gode afrusnings-/afgiftningstilbud er lægestyret omfatter abstinensbehandling og udmunder i en behandlingsplan. Ligeledes omfatter tilbuddet en medicinsk udredning.

Figur 9.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?



Kommentarer til figur 9.2.: Ved dette spørgsmål er man blevet bedt om at sætte et kryds ud for hver kategori, f.eks. 'Er lægestyret' samt ved sit kryds angive graden af enighed på skalaen: Helt enig/overvejende enig/overvejende uenig/helt uenig.

Figur 9.2. viser endvidere, at 7 af institutionerne er helt eller overvejende enige i, at tilbuddet bør omfatte psykologisk screening. 5 af institutionerne er helt eller overvejende enige i, at tilbuddet bør omfatte motivationsbehandling.

Endelig er der 7 institutioner ud af de 10, som er helt eller overvejende enige i, at man bør adskille alkoholmisbrugere fra medicin- og stofmisbrugere, hvis man skal lave et godt afrusnings-/afgiftningstilbud.

Opsamling:

Hvis forsorgshjem og andre § 110 institutioner skulle designe det gode afrusnings-/afgiftningstilbud, da ville det være lægestyret omfatte abstinensbehandling og udmunde i en behandlingsplan. Endelig ville det også omfatte en medicinsk udredning.

Hovedparten af institutionerne er i øvrigt helt eller overvejende enige i, at tilbuddet bør omfatte psykologisk screening. 5 af institutionerne er helt eller overvejende enige i, at tilbuddet bør omfatte motivationsbehandling.

Der 7 institutioner af 10, som er helt eller overvejende enige i, at man bør adskille alkoholmisbrugere fra medicin- og stofmisbrugere, hvis man skal lave et godt afrusnings-/afgiftningstilbud.

9. 15 ORDET ER FRIT

5 af de deltagende institutioner har givet deres bidrag til ordet er frit. Opfordringen til

institutionerne lød:

Beskriv hvordan du mener, at det fremtidige tilbud om afrusning/ afgiftning bør se ud – ordet er frit.

De 5 institutioner peger på følgende centrale elementer:

- Forsorgshjemsklientellet er et særligt udsnit af befolkningen, som befinder sig *'.....helt nede i bunden af samfundet'* og udgør i relation til afrusning/afgiftning måske en særlig udfordring.
- Der tales for afrusningspladser for alkoholmisbrugere som er adskilte fra andre misbrugere og psykiatriske patienter, med sengepladser som kan tilbyde flere dages afrusning.
- Der tales for tilbud der er let tilgængelige – *lige fra gaden*.
- Der tales for lægestyret afrusnings- og abstinensbehandling, evt. medicinsk udredning og udredning af det psykologiske problemfelt. Derudover ikke mindst motivationsarbejde, samt om muligt en plan for videre forløb.
- Der tales for et nært samarbejde mellem læger, sygehusafdelinger, misbrugscenter og boformer.
- Endelig foreslår en af institutionerne, at man med tilførsel af få ressourcer kunne danne en god ramme om såvel afrusninger som afgiftninger.

10. Kapitel: Psykiatriske boformer

I dette kapitel kommenteres og vurderes de svar, som de deltagende psykiatriske boformer i Region Syddanmark har givet til kortlægningens spørgeskemaundersøgelse.

I afsnit 10.1 – afsnit 10.3 begrundes de psykiatriske boformers deltagelse i kortlægningen, der beregnes en svarprocent, ligesom de indhøstede datas validitet og repræsentativitet vurderes.

I afsnit 1.4 til afsnit 10.14 kommenteres og vurderes de indhøstede data. Materialet er opstillet i tabeller og grafer og kommenteres løbende. Hvert afsnit udmunder i en kort opsamling.

10.1 DE PSYKIATRISKE BOFORMERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

I undersøgelsens researchfase blev det anbefalet af psykiatrilæden i Region Syddanmark, at lade undersøgelsen omfatte de regionale socialpsykiatriske tilbud. Her kaldet de *psykiatriske boformer*, som drives efter Servicelovens kapitel 20 om botilbud⁴³.

⁴³ Servicelovens kapitel 20 omfatter blandt andet botilbud efter §§ 107,108 og 110

Typisk for de omhandlede institutioners målgrupper er, at de er dobbeltdiagnosticerede med et misbrug i kombination med en/flere psykisk(-e) lidelse(-r).

Der blev endvidere aflagt besøg på en af de omhandlede institutioner. Besøget på institutionen styrkede idéen om, at inddrage de psykiatriske boformer i undersøgelsen, da man her gav udtryk for, at afrusning/afgiftning, om end i beskedent omfang, hører til i institutionens dagligdag.

Den pågældende institution var endelig behjælpelig med at pilotteste det spørgeskema, der blev udsendt til de psykiatriske boformer.

10.2 BESVARELSESPROCENT OG REPRÆSENTATIVITET

Syv spørgeskemaer er udsendt til navngivne ledere af de psykiatriske boformer i Region Syddanmark. Der er returneret 6 udfyldte skemaer, hvorfor svarprocenten er på 85,7 %.

Svarprocenten er udregnet efter gennemførelse af en rykkerprocedure, hvor skemaer og rykkerskrivelse er udsendt til de afdelinger, som ikke besvarede skemaerne i første omgang.

Svarprocenten er meget tilfredsstillende i forhold til, at give et repræsentativt indtryk af de psykiatriske boformers forholdene sig til undersøgelsens spørgsmål.

10.3 MATERIALETS VALIDITET

I den udstrækning der ikke har været data om antal afrusninger/afrusninger at hente i centrale registre, har fremgangsmåden været i spørgeskemaet at bede om kvalificerede skøn over antal afrusninger gennemført i 2009. Denne fremgangsmåde er anvendt i relation til de psykiatriske boformer i Region Syddanmark.

Det generelle billede er, at alle deltagere i overvejende grad har besvaret alle spørgsmål og i øvrigt ikke i nævneværdig grad, har tilføjet besvarelser udenfor de angivne svarfelter.

Dog har en institution, som alene har gennemført en afrusning i 2009, valgt at springe nogle af skemaets spørgsmål over, da man ikke har fundet det relevant at besvare, med baggrund i de sparsomme erfaringer institutionen har med afrusning.

Ingen af de deltagende psykiatriske boformer har i skrift kritiseret dele af eller hele spørgeskemaet.

Der henvises i øvrigt til de generelle validitetsovervejelser i kapitel 2.8.

10.4 AFRUSNING OG AFGIFTNING PÅ INSTITUTIONEN

I første omgang blev de psykiatriske boformer bedt oplyse, om de har indrettet særlige faciliteter (akutmodtage-/afrusnings-/ sygeafdeling) til gennemførelse af afgiftninger/afrusninger.

Tabel 10.1. viser, at samtlige institutioner oplyser ikke at have særlige faciliteter til rådighed til afrusning/afgiftning.

Tabel 10.1. Råder I over pladser der er særligt indrettede til afrusning/afgiftning (akutmodtage-/afrusnings-/ sygeafdeling)?

Svarekategorier	Antal svar
Ja	0
Nej	6
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Dernæst blev institutionerne spurgt om de, på trods af, at de ikke råder over særlige faciliteter, alligevel kan håndtere afrusning/afgiftningen indenfor institutionens rammer.

Tabel 10.2. Hvis nej, kan I selv håndtere afrusning/afgiftning indenfor institutionens rammer?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afrusning og afgiftning	3
Ja afrusning	3
Ja afgiftning	0
Nej	0
Ved ikke	0
Ikke besvaret	0
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 10.2. ovenfor viser, at alle institutioner kan håndtere opgaven. Dog er der 3 institutioner der oplyser, at de alene kan håndtere afrusning for et alkoholmisbrug, mod 3 institutioner der kan håndtere både afrusning for et alkoholmisbrug og afgiftning for andet misbrug.

En af de deltagende institutioner oplyser endvidere i spørgeskemaet, at de ikke har misbrugere boende på institutionen og alene har gennemført en afrusning i løbet af 2009 i samarbejde med egen læge.

Opsamling:

De 6 psykiatriske boformer, som indgår i undersøgelsen har ikke særlige faciliteter (akutmodtage-/afrusnings-/ sygeafdeling), hvor de kan varetage opgaverne forbundet med afrusning og afgiftning.

Alle institutioner gennemfører dog enten afrusninger (3 institutioner) eller både afrusning og afgiftning (3 institutioner).

10.5 ANTAL AFRUSNINGER

Her er spørgsmålet i hvilket omfang de 6 psykiatriske boformer har gennemført akutte afrusninger for alkoholmisbrug indenfor institutionens rammer. Derfor er de undersøgte institutioner blevet bedt give et kvalificeret skøn over, hvor mange afrusninger de har gennemført i 2009.

Tabel 10.3. I hvilket omfang har I iværksat afrusninger (ved alkoholmisbrug) på jeres institution i kalenderåret af 2009?

Antal iværksatte akutte afrusninger (intervaller)	Antal institutioner	Skønnet antal afrusninger *
0	1	0
1-6	4	14
7-12	0	0
13 - 24	1	18,5
25 - 36	0	0
Over 36	0	0
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	6	32,5

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

** skønnet forudsætter, at antal afrusninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.*

Tabel 10.3. skal læses sådan: 1. række: 1 institution angiver at have gennemført 0 afgiftninger i 2009.

2. række: 4 institutioner angiver at have gennemført mellem 1-6 afgiftninger, osv.

Tabel 10.3. viser, at det samlede antal afrusninger i 2009 kan anslås til 32,5 på de undersøgte institutioner

Tabel 10.3. viser endvidere, at det antal afrusninger der typisk gennemføres på de undersøgte boformer i 2009 ligger mellem 1-6, altså er relativt beskedent omfang.

Opsamling:

De 6 undersøgte psykiatriske boformer gennemfører i 2009 afrusninger på institutionen, om end i beskedent omfang. En beregning på basis af institutionernes kvalificerede skøn tilsiger, at der gennemført cirka 30 afrusninger på institutionerne.

En af institutionerne oplyser, at de ikke har misbrugere boende på institutionen, men at der er gennemført en afrusning.

I øvrigt er det billedet, at der typisk gennemføres mellem 1-6 afrusninger på de undersøgte institutioner i løbet af 2009.

10.6 ANTAL AFGIFTNINGER

Institutionerne er ligeledes blevet bedt give et kvalificeret skøn over det antal gange de i løbet af 2009 gennemfører afgiftninger på institutionerne i forbindelse med medicin- og stofmisbrug.

Tabel 10.4. I hvilket omfang har I gennemført afgiftninger (ved misbrug af andre psykoaktive stoffer) på jeres institution i kalenderåret 2009?

Antal iværksatte afgiftninger (intervaller)	Antal institutioner	Skønnet antal afgiftninger: *
0	4	0
1-6	2	7
7-12	0	0
13 - 24	0	0
25 - 36	0	0
Over 36	0	0
Ved ikke	0	0
Ikke besvaret	0	0
I alt	6	7

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte institutioner blevet bedt om at sætte ét kryds.

* skønnet forudsætter, at antal afrusninger fordeler sig jævnt indenfor det enkelte interval.

Tabel 10.4. skal læses som ovenstående tabel 10.3.

Tabel 10.4. viser, at omfanget af afgiftninger er forsvindende beskedent, der kan således registreres 7 afgiftninger i 2009.

Det ses endvidere, at der typisk ikke blev gennemført nogen afgiftninger i 2009. 4 institutioner svarer således, at de gennemfører 0 afgiftninger i 2009.

Opsamling:

Der er alene 2 af de deltagende institutioner der har gennemført afgiftninger på egen institution i 2009. Det samlede antal afgiftninger kan beregnes til 7.

Resten af institutionerne har ingen akutte afgiftninger gennemført i 2009.

10.7 ABSTINENSBEHANDLING

Her er spørgsmålet, hvorvidt der i tilknytning til afgiftning/afrusning tilbydes abstinensbehandling på de undersøgte psykiatriske boformer.

Nedenstående tabel 10.5. viser, at der er 1 af 6 institutioner, der ikke tilbyder abstinensbehandling.

Tabel 10.5. Iværksætter I abstinensbehandling i forbindelse med afrusning/afgiftning?

Svarkategorier	Antal svar
Ja både afrusning og afgiftning	3
Ja afrusning	2
Ja afgiftning	0
Nej	1
Ved ikke	0
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

De 3 institutioner der oplyste, at de gennemfører afrusninger og afgiftninger (se tabel 10.2.) oplyser, at de tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afgiftning og afrusning.

Af de 3 institutioner der oplyste, at de tilbød afrusning, tilbyder 2 abstinensbehandling i tilknytning til afrusningen.

Opsamling:

På spørgsmålet om, hvorvidt institutionerne tilbyder abstinensbehandling i tilknytning til afrusning og afgiftning, er der 5 institutioner, som tilbyder abstinensbehandling og en institution, som ikke har dette tilbud.

10.8 HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I ANDRE REGIER

Det var undersøgelsens antagelse, at de psykiatriske boformer i en eller anden udstrækning ville støde på situationer, hvor der ville være behov for at henvise klienter til afrusning/afgiftning i andre regi.

Henvielse til afrusning

Her er institutionerne blevet bedt oplyse, hvor mange henvisninger de har foretaget til ambulant afrusning eller skærmet afrusning i døgnregi i 2009.

Tabel 10.6. viser, at de undersøgte institutioner i noget omfang henviser deres klienter/beboere til afrusning i ambulant regi og ligeledes i døgnregi på sygehus eller andet. Samlet set oplyses det, at de i 29 situationer, henviser en klient til afrusning i andet regi.

Tabellen viser, at der typisk henvises til en psykiatrisk afdeling. I 2009 har således 4 institutioner samlet henvist 21 klienter/beboere til en psykiatrisk afdeling.

I nogen, men ringere udstrækning benytter institutionerne, at gennemføre afrusning ved henvisning til egen læge, alkoholambulatorium eller henvisning til privat døgninstitution.

Tabel 10.6. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afrusning ved alkoholmisbrug?

Svarkategorier	Antal Institutioner	Antal henvisninger
Ambulant afrusning hos egen læge	2	4
Ambulant afrusning i alkoholenhed	1	1
Afrusning på somatisk sygehusafsnit	0	0
Afrusning på psykiatrisk sygehusafsnit	4	21
Afrusning på døgnbehandlingshjem	1	3
Ingen henvisning til anden afrusning	1	0
ikke besvaret	0	0
I alt	9	29

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser, og for hvert kryds angive et antal henvisninger.

Tabel 10.6. skal læses således: 1. række: 2 institutioner har i 2009 henvist 4 klienter/beboere til akut afrusning hos egen læge. 2. række: 1 institution har i 2009 henvist 1 klient/beboer til akut afrusning i det kommunale misbrugscenter. Osv.

Henvisning til afgiftning

Det var ligeledes antagelsen, at institutionerne kommer i situationer, hvor afgiftning for et medicin- eller stofmisbrug ikke kan håndteres på institutionen, hvorfor der gribes til andre muligheder.

Derfor lød det næste spørgsmål: I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Tabel 10.7. I hvilket omfang henviser I klienter til anden afgiftning ved medicin- og stofmisbrug?

Svarkategorier	Antal Institutioner	Antal henvisninger
Ambulant afgiftning hos egen læge	0	0
Ambulant afgiftning i det kommunale misbrugscenter	3	6
Afgiftning på somatisk sygehusafsnit	1	4
Afgiftning på psykiatrisk sygehusafsnit	2	5
Afgiftning på døgnbehandlingshjem	1	2
Ingen henvisning til anden Afgiftning	2	0
ikke besvaret	0	0
I alt	9	17

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om evt. at sætte flere krydser, og for hvert kryds angive et antal henvisninger.

Tabel 10.7. skal læses som tabel 10.6.

Tabel 10.7. viser, at henvisninger til afgiftning i andet regi benyttes i noget, men meget beskedent omfang. Således fandt der i 17 tilfælde henvisninger sted til anden afgiftning i 2009.

Her tegner der sig et mere komplekst billede af, hvilke instanser der henvises til. Udover den psykiatriske sygehusafdeling benyttes ligeledes det kommunale misbrugscenter, ligesom en institution benytter en somatisk sygehusafdeling.

Opsamling:

Henvisning til afrusning

Samlet set oplyser institutionerne at de i 2009 har foretaget 29 henvisninger af beboere til afrusning udenfor egen institution.

Når behovet for ekstern bistand til afrusning opstår, henvises der typisk til en psykiatrisk afdeling. I 2009 har 4 institutioner samlet henvist 21 klienter/beboere til en psykiatrisk afdeling.

Henvisning til afgiftning

Henvisninger til afgiftning i andet regi benyttes i noget, men i meget beskedent omfang.

De 6 institutioner oplyser, at de samlet har henvist 17 gange til afgiftning på anden institution.

Udover den psykiatriske sygehusafdeling benyttes ligeledes det kommunale misbrugscenter, ligesom en institution benytter en somatisk sygehusafdeling.

10.9 AFVISNINGER VED HENVISNING TIL AFRUSNING/AFGIFTNING I DØGN REGI

Her er institutionerne blevet bedt oplyse, hvad der typisk er begrundelserne for afvisning i situationer, hvor man ønsker en klient indlagt til afrusning/afgiftning på somatisk sygehus, psykiatrisk sygehus eller døgnbehandlingshjem.

De psykiatriske boformer benytter i ringe grad somatiske sygehusafdelinger og døgnbehandlingshjem, hvilket formodentlig er baggrunden for, at erfaringerne med afvisninger er få og ikke meningsfuldt lader sig opstille på tabelform.

Derimod viser nedenstående tabel 10.8., at nogle institutioner har gjort erfaringer med afvisninger i relation til de psykiatriske sygehusafdelinger.

Spørgsmålet lyder: *I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?*

Tabel 10.8. I den udstrækning, hvor den psykiatriske sygehusafdeling ikke kan modtage jeres klienter, hvad er da typisk begrundelsen?

Udsagn	Antal svar
Mangel på sengepladser	2
Uenighed mellem os og modtagende afdeling om patientens behov for indlæggelse	2
Modvilje mod at modtage patienter med <u>alkoholmisbrug</u>	0
Modvilje mod at modtage patienter med <u>stofmisbrug</u>	1
<u>Afrusning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	0
<u>Afgiftning</u> er udenfor afdelingens opgaveområde	0
Ved ikke	2

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte bedt om evt. at sætte flere krydser.

Tabel 10.8. viser, at begrundelsen 'manglende sengepladser' spiller en rolle. Ligeledes er der 2 institutioner der oplyser, at de oplever det vanskeligt at argumentere sig til en sengeplads til en afrusning/afgiftning på en psykiatrisk afdeling.

Endelig er der 2 institutioner der angiver, at de ikke kender begrundelsen for afvisningen.

Opsamling:

De psykiatriske boformer benytter de psykiatriske sygehuse i situationer, hvor der er behov for hjælp udefra til en afrusning/afgiftning. I den forbindelse opleves nu og da, at henvisningen ikke imødekommes.

Afvisninger i psykiatrisk regi begrundes, som institutionerne udtrykker det, med mangel på sengepladser, eller uenighed mellem den psykiatriske boform og den psykiatriske afdeling om behovet for indlæggelse.

10.10 TRANSPORT

Når en institution skal have transporteret en af sine beboere til afrusning/afgiftning i andet regi, er det spørgsmålet, hvorvidt denne transport udgør en barriere.

Nedenstående tabel 10.9. viser, at 5 ud af 6 institutioner har taget stilling til spørgsmålet. En institution oplever ikke, at transport er et problem. 2 institutioner oplever, at transport i ringe grad er et problem. Kun 1 institution oplever, at transport til afrusning/afgiftning i andet regi i nogen grad er et problem.

Tabel 10.9. Ved henvisning til sygehus eller anden institution, hvor klienten skal transporteres/køres til afrusning/afgiftning, i hvilken udstrækning udgør transporten da en barriere?

Svarkategorier	Antal svar
Transport til afrusning/afgiftning er slet ikke noget problem	1
Transport til afrusning/afgiftning er i ringe grad et problem	2
Transport til afrusning/afgiftning er i nogen grad et problem	1
Transport til afrusning/afgiftning er i høj grad et problem	0
Ved ikke	1
Ikke besvaret	1
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Opsamling:

I de situationer, hvor de undersøgte institutioner benytter sig af sygehus eller andet til afrusning/afgiftning af en beboer, da opleves det ikke som et større problem, at beboeren skal transporteres til den anden institution.

10.11 OPFØLGENDE BEHANDLING

Institutionerne er blevet bedt vurdere, om der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings- eller afgiftningsfase.

Tabel 10.10. Er det din vurdering, at der er behov for opfølgende behandling i forlængelse af den akutte afrusnings-/afgiftningsfase?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, både afrusning og afgiftning	4
Ja, afrusning	0
Ja, afgiftning	0
Nej	0
Ved ikke	1
Ikke besvaret	1
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 10.10. viser, at, af 5 institutioner der har forholdt sig til spørgsmålet, er der 4 som mener, at der er behov for opfølgende behandling.

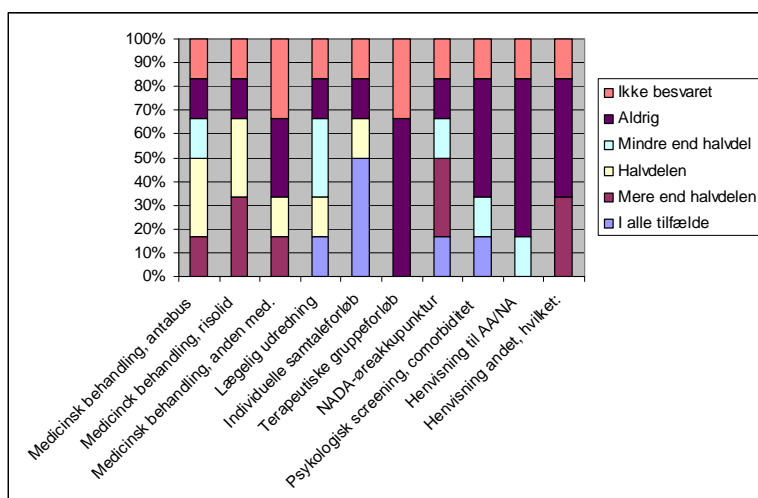
Den ene institution der ikke har besvaret spørgsmålet, er en institution der oplyser, at de ikke har misbrugere boende og hvor der alene er gennemført 1 afrusning i 2009 i samarbejde med læge.

Institutionerne er herefter blevet bedt oplyse hvilken form for opfølgende behandling, de tilbyder i forlængelse af afrusnings- og afgiftningsfasen.

Spørgsmålet lyder: *Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?*

Figur 10.1. viser, at de psykiatriske boformer typisk følger op på en afgiftning/afrusning med individuelle samtaler på institutionen, hvorimod ingen af de undersøgte institutioner benytter sig af terapeutiske gruppeforløb.

Figur 10.1. Hvilken form for opfølgende behandling iværksætter I på jeres institution?



Kommentarer til figuren: Her er de adspurgte blevet bedt sætte kryds ved de former for opfølgende behandling de tilbyder og med krydset markere i hvilken udstrækning de benytter tilbuddet.

Herudover benyttes – i nævnte rækkefølge – lægelig udredning, NADA-øreakkupunktur, samt medicinsk behandling i en eller anden form. Alle 3 dele i varierende udstrækning fra 'i mere end halvdelen af tilfældene' til 'i mindre end halvdelen' af situationerne.

Et par af institutioner har endvidere mulighed for, at tilbyde psykologisk screening.

'Andet behandlingstilbud': En institution angiver at henvise til *kommunalt misbrugscenter*

Opsamling:

Det typiske tilbud om opfølgende behandling på de psykiatriske boformer er individuelle samtaler på institutionen. Ingen af de undersøgte institutioner benytter sig af terapeutiske gruppeforløb.

Herudover benyttes – i nævnte rækkefølge – lægelig udredning, NADA-øreakkupunktur, samt medicinsk behandling i en eller anden form. Alle 3 dele i varierende udstrækning fra 'i mere end halvdelen af tilfældene' til 'i mindre end halvdelen' af situationerne.

10.12 HØRER AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSOPGAVEN HJEMME I REGI AF DE PSYKIATRISKE BOFORMER?

De undersøgte psykiatriske boformer er blevet bedt vurdere, hvorvidt afrusnings- og afgiftningsopgaven bør være placeret i deres regi.

Tabel 10.11. Hører afrusnings- og afgiftningsopgaven efter din mening hjemme på jeres institution?

Svarkategorier	Antal svar
Ja, både afrusning og afgiftning	2
Ja, afrusning	1
Ja, afgiftning	0
Nej	2
Ved ikke	0
Ikke besvaret	1
I alt	6

Kommentarer til tabellen: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte ét kryds.

Tabel 10.11. viser, at der er en næsten ligelig fordeling mellem de institutioner (3 institutioner) der mener at opgaven hører hjemme i deres regi, og så de institutioner (2 institutioner), der svarer nej til, at opgaven er velplaceret på deres institution.

Opsamling:

Halvdelen – 3 af de undersøgte institutioner – mener at afrusnings- og afgiftningsopgaven hører til hos dem, mod 2 institutioner der ikke mener, at opgaven er velplaceret på deres institution.

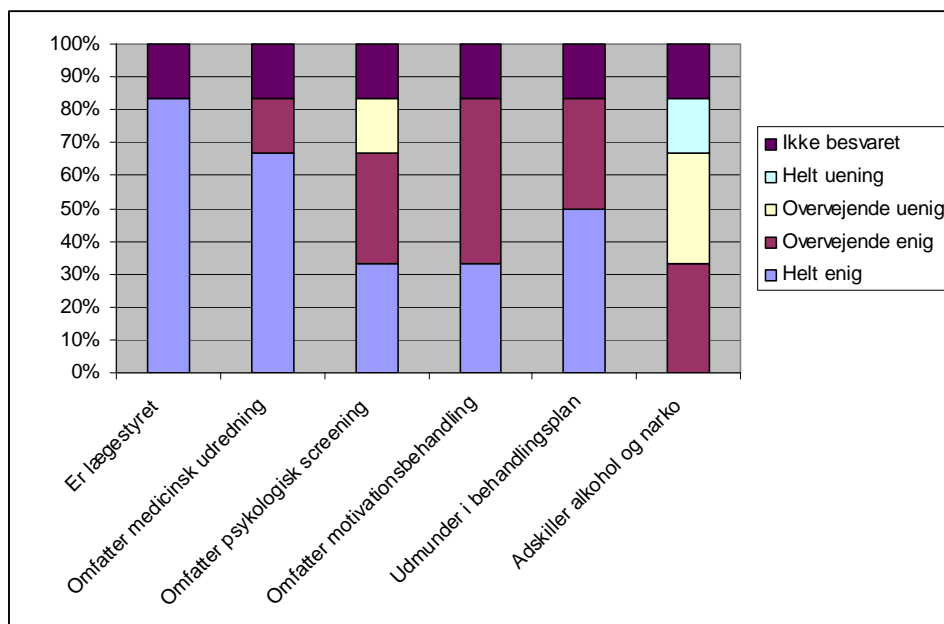
10.13 HVAD BØR ET GODT AFRUSNINGS- OG AFGIFTNINGSTILBUD BESTÅ I?

De undersøgte psykiatriske boformer er blevet bedt tage stilling til, hvad et godt afrusnings-/afgiftningstilbud skal omfatte. De er blevet præsenteret for seks udsagn, som de har kunnet erklære sig mere eller mindre enige i.

Spørgsmålet lød: *Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?*

- En god afrusning/afgiftning omfatter en lægestyret afrusning og abstinensbehandling.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en medicinsk udredning.
- En god afrusning/afgiftning omfatter en psykologisk screening og en udredning af det psykiske problemfelt.
- En god afrusning omfatter en psykoterapeutisk motivationsbehandling.
- En god afrusning/afgiftning udmunder i en behandlingsplan for klientens videre misbrugsbehandlingsforløb.
- En god afrusning/afgiftning bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere.

Figur 10.2. Hvilke elementer bør indgå i den gode afrusning/afgiftning?



Kommentarer til figuren: Her er de adspurgte blevet bedt om at sætte kryds ved de udsagn, de mener er dækkende for den gode afrusning/afgiftning og med krydset markere deres enighed/uenighed.

Ovenstående figur 10.2. viser svarfordelingen. På nær en institution er alle helt enige i, at et godt afrusnings-/afgiftningstilbud er lægestyret og omfatter abstinensbehandling. Enigheden er næsten lige så entydig, når det handler om medicinsk udredning.

Ligeledes er der udbredt enighed – fra 'helt enig' til 'overvejende enig' – om, at et godt afrusnings-/afgiftningstilbud munder ud i en behandlingsplan og i øvrigt omfatter motivationsbehandling. 4 af institutionerne er helt eller overvejende enige i, at der kan være behov for psykologisk screening, som et led i behandlingen.

Hvorvidt tilbuddet skal adskille alkoholmisbrugere fra misbrugere af andre psykoaktive stoffer deler vandene sig mellem 'overvejende enig' over 'overvejende uenig' til 'helt uenig'.

Synspunktet: *at adskille alkohol og narko*, synes således at stå relativt svagt i regi af de psykiatriske boformer.

Opsamling:

På spørgsmålet om hvad et godt afrusnings- og afgiftningstilbud bør omfatte, er der udbredt enighed om, at et sådant tilbud er lægestyret og omfatter en medicinsk udredning. Derefter peges der på, at tilbuddet bør udmunde i en behandlingsplan og i øvrigt omfatter motivationsbehandling. 4 institutioner peger på, at det gode tilbud også bør omfatte psykologisk udredning.

Synspunktet: *En god afrusning/afgiftning bør adskille alkoholmisbrugere og stofmisbrugere* synes at stå relativt svagt i de psykiatriske boformers regi. Det ser ud til at de mener at kunne håndtere begge typer misbrug under samme tag.

10.14 ORDET ER FRIT – BESKRIV FREMTIDENS TILBUD TIL AFGIFTNING/AFRUSNING

Afslutningsvist i spørgeskemaet lød opfordringen:

Beskriv hvordan du mener at det fremtidige tilbud om afrusning/ afgiftning bør se ud – ordet er frit.

2 af de deltagende institutioner har givet deres bidrag:

En af de undersøgte psykiatriske boformer tegner en ambitiøs vision for et afrusnings-/afgiftningstilbud der omfatter abstinensbehandling, udredning og misbrugs-/psykiatrisk behandling i samarbejde med psykolog, medicinsk og psykiatrisk speciallæge.

En anden af de undersøgte institutioner, slår til lyd for, at et godt afrusningstilbud skal være tilgængeligt i alle døgnets timer, når klienten er motiveret.

11. Kapitel: Politiets detentioner

I dette kapitel kommenteres og vurderes det talmateriale politiledelsen i 3 berørte politikredse i Region Syddanmark har stillet til rådighed for projektets kortlægning.

I afsnit 11.1 – 11.3 begrundes detentionernes deltagelse i undersøgelsen, ligesom der redegøres for hvordan dette kapitels data er tilvejebragt og endelig vurderes datamaterialets repræsentativitet og validitet.

Afsnit 11.4 er en kortfattet opsamling af analysen af datamaterialet vedrørende detentionerne.

Afsnit 11.5 viser i kommenterede hovedtabeller undersøgelsens data vedrørende detentionerne.

Afsnit 11.6 vurderes detentionsanbringelserne set i et behandlingsmæssigt perspektiv.

11.1 POLITITES DETENTIONERS DELTAGELSE I UNDERSØGELSEN

Politiets detentioner har en særlig placering i spørgsmålet om akut afrusning/afgiftning i Danmark. Netop akut afrusning i politiets detentioner har historisk set ofte været udgangspunktet for at drøfte alternative afrusningsformer i Danmark. Politiets detentioner er som aktør i relation til afrusnings-/afgiftningsopgaven ikke pålagt en behandlingsopgave, men sikrer alene den berusede borger, når beruselsen indebærer fare for den pågældende selv eller andre. Eller i øvrigt når hensynet til den offentlige orden eller sikkerhed taler for en detentionsanbringelse.

Efter politilovens § 11⁴⁴ skal politiet tage sig af en person, der er ude af stand til at tage vare på sig selv på grund af indtagelse af alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler og som træffes under forhold, der indebærer fare for den pågældende selv eller andre eller for den offentlige orden eller sikkerhed. Som led heri kan politiet bl.a. anbringe personen i detentionen, hvis mindre indgribende midler⁴⁵ ikke er tilstrækkelige til at afværge den konkrete fare. Herudover indbringer politiet berusede, som sigtes for kriminalitet og som er for berusede til at blive anbragt i arrest eller i venterum, således som det normalt sker for sigtede personer.

Overordnet kan de detentionsanbragte inddeles i følgende tre hovedgrupper:

- Berusede, som er ude af stand til at tage vare på sig selv og ikke har andre til at gøre det.
- Berusede, som er til fare eller gene for andre (for eksempel i trafikken).
- Berusede, som sigtes for kriminalitet og er for berusede til at blive anbragt i arrest eller i venterum.

11.2 DATA VEDRØRENDE POLITITES DETENTIONER

Analyseprojektet har fokus på de behandlingsmæssige aspekter i relation til afrusningsopgaven. I forbindelse med undersøgelsens indledende research, har det været overvejet, at politiets detentioner ikke hører med i projektets målgruppe.

Med baggrund i den rolle politiets detentioner historisk set har spillet i forhold til de detentionsanbragte berusede, blev det imidlertid vurderet, at antallet af detentionsanbragte central betydning i relation til, at kunne tegne et samlet billede af de offentlige og private tilbuds håndtering af afrusningsopgaven.

⁴⁴ LOV nr. 444 af 09/06/2004, Lov om politiets virksomhed

⁴⁵ 'Mindre indgribende midler' kan være at køre den berusede hjem eller f.eks. at køre vedkommende til forsorgshjem eller sygehus.

Fokus i undersøgelsen af politiets detentioner er derfor rettet mod, at finde antallet af borgere der i 2009 blev detentionsanbragte i Region Syddanmark i kategorierne:

- Berusede, som er ude af stand til at tage vare på sig selv og ikke har andre til at gøre det.
- Berusede, som er til fare eller gene for andre (for eksempel i trafikken).
- Berusede, som sigtes for kriminalitet og er for berusede til at blive anbragt i arrest eller i venterum.

Rigspolitiet blev skriftligt anmodet om, at være behjælpelige med at foretage dataudtræk vedrørende detentionsanbragte i Region Syddanmark for kalenderåret 2009. Rigspolitiet henviste imidlertid til politiledelsen i de berørte politikredse. Rigspolitiet gjorde i den forbindelse opmærksom på, at de data man har til rådighed centralt ikke er fyldestgørende, og derfor ikke ville give et retvisende billede af antallet af detentionsanbringelser i de berørte politikredse. De tre politikredse Sydøstjylland, Syd- og Sønderjylland og Fyn, stillede sig velvillige overfor undersøgelsen, bl.a. under henvisning til undersøgelsens samfundsmæssige betydning og leverede de nødvendige data til undersøgelsen.

Antallet af afrusninger i politiets detentioner i Region Syddanmark i 2009 er fra politiets side oplyst til 1664 situationer, hvor politiet i de 3 politikredse har vurderet, at detentionsanbringelse for beruselse var nødvendig.

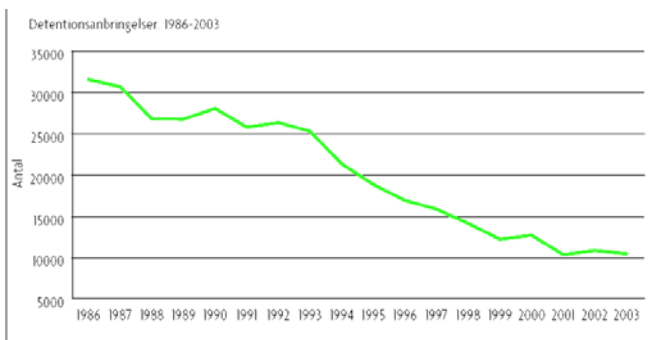
Det har vist sig ikke at være muligt, at etablere et sikkert sammenligningsgrundlag for dette antal, f.eks. er det ikke muligt at besvare spørgsmålet: *Hvor stor en procentdel udgør detentionsanbringelserne i de 3 politikredse af det samlede landstal for detentionsanbringelser i 2009?*

De nyeste tilgængelige landsdækkende tal kan hentes i Politiets Årsrapport for 2003 og de viser, at der er tale om godt og vel 10.000 afrusninger pr. år, se figur 11.1.

Hvis 10.000 detentionsanbringelser p.a. i øvrigt stadig var niveauet i 2009, så har de 3 undersøgte politikredse kun ca. 16 % af detentionsanbringelserne på landsplan. Det vides desværre ikke hvordan antallet af detentionsanbringelser på landsplan har udviklet sig fra 2004 og frem til 2009.

Et generelt fald i antallet af detentionsanbringelser fra 1986 frem til 2003 kunne give en formodning om, at antallet af detentionsanbringelser også kan have været faldende fra 2003 frem til 2009.

Figur 11.1. Graf over faldet i detentionsanbringelser i perioden 1986 – 2003.



Kilde: Politiets årsberetning

11.3 DE INDSAMLEDE DATAS REPRÆSENTATIVITET OG VALIDITET

De 3 omhandlede politikredse Sydøstjylland, Syd- og Sønderjylland og Fyn, dækker geografisk set kommunerne i Region Syddanmark. Dog omfatter Sydøstjyllands politikreds yderligere Horsens og Skanderborg kommuner, altså kommuner udenfor Region Syddanmark.

Sydøstjyllands Politi oplyste, at man efter politireformen og med de nye politikredse, ikke i det nuværende sagsbehandlingssystem kunne lave elektroniske dataudtræk, som separerer i hvilke detentioner i politikredsen berusere anbringes, men alene kan lave udtræk af hvem der detentionsanbringes i politikredsen. Derfor er tallene for detentionen i Horsens indeholdt i de oplyste tal for Sydøstjyllands Politi. Det skal dog tilføjes, at man i daglig praksis i Sydøstjyllands Politi søger kun at have detentionen i Vejle døgnåbent og udelukkende i særlige spidsbelastede situationer (ex. byfester) benytter detentionerne i Horsens og Kolding.

Det er meget vanskeligt, at rense tallene fra Sydøstjylland for denne indbyggede skævhed. En måde at rense tallene kunne være, at sammenholde antallet af detentionsanbringelser i politikredsen med indbyggertallet i kredsen. Ved en samvariation mellem detentionsanbringelser og indbyggertal, ville man kunne foretage en skønsmæssig beregning af antallet af berusere i de enkelte kommuner og trække Horsens tallene ud.

Det viser sig imidlertid, at antallet af detentionsanbringelser ikke fordeler sig proportionelt i forhold til indbyggertallet, der er altså ikke nogen samvariation mellem antallet af detentionsanbringelser og indbyggertallet.

For eksempel er indbyggertallet i kommunerne i politikreds Syd- og Sønderjylland, ligesom befolkningstallet i kommunerne i politikreds Fyn, på godt og vel 400.000⁴⁶, hvorimod antallet af detentionsanbringelser i politikreds Fyn er næsten tre gange så stort som i politikreds Syd- og Sønderjylland.

For så vidt angår de udleverede datas repræsentativitet er de fuldt dækkende for den undersøgte region. Dog er der som nævnt en indbygget skævhed, da Horsens detentionen ligger udenfor den undersøgte region og at detentionstallene for Horsens ikke kan separeres.

Der er ikke i projektet foretaget nogen undersøgelse af, hvorvidt der er forskellig praksis i brugen af detentionsanbringelser eller forskellig registreringspraksis i de enkelte politikredse. Den store variationsbredde i antallet af detentionsanbringelser kunne måske indikere, at der er forskellig praksis i brugen af detentionsanbringelser. Men dette forhold er ikke undersøgt.

Imidlertid vurderes det, at de udleverede tal giver et retvisende billede af detentionsanbringelser i de 3 kredse i 2009, man kan formodentlig næppe komme det nærmere.

11.4 SAMMENFATNING VEDRØRENDE POLITIETS DETENTIONER

I løbet af året 2009 blev der anbragt 1664 personer i detentionerne i Region Syddanmark. Der gøres opmærksom på, at antallet af detentionsanbringelser også omfatter de

⁴⁶ Kilde: Danmarks Statistik, 19. januar 2011. Befolkningstallet i Fyns Politikreds: 432.166 / Befolkningstallet i Syd- og Sønderjyllands Politikreds: 438.959 / Befolkningstallet i Sydøstjyllands Politikreds: 458.534

detentionsanbringelser der fandt sted i detentionen i Horsens, hvorfor det samlede antal er lidt i overkanten af hvad der faktisk blev gennemført af detentionsanbringelser i Region Syddanmark i 2009.

Lidt under halvdelen af de detentionsanbragte – 48,4 % – er anbragte på grund af beruselse og samtidig sigtelse for lovovertrædelse. 51,6 % er 'rene berusere' som er anbragt i detentionen fordi politiet har antastet dem berusede uden, at de har været i stand til at tage vare på sig selv, eller fordi de har været til fare eller gene for andre.

I et behandlingsmæssigt perspektiv vurderes det, at ca. halvdelen af de detentionsanbragte – nemlig de 'rene berusere' – umiddelbart ville kunne ses, som potentielle brugere af et behandlingsmæssigt afrusningstilbud.

Ligeledes er de berusede personer, som politiet i de 3 politikredse efter princippet om 'mindste indgriben' anbringer andre steder end i detentionen (køres hjem, til forsorgshjem eller sygehus), også potentielle brugere af et behandlingsmæssigt afrusningstilbud.

Ligeledes er det vurderingen, at en andel af de resterende – nemlig de, som tvangstilbageholdes i forbindelse med en sigtelse for en lovovertrædelse – formodentlig ville kunne 'opsamles' med afrusende og motiverende tilbud der er målrettet misbruget, umiddelbart efter løsladelsen fra detentionen.

Undersøgelsen kan ikke sige noget om, hvilken karakter beruselsen har i de 1664 tilfælde, om der er tale om egentligt massivt misbrug, eller 'en glad aften i byen' eller forskellige grader der imellem.

Det vurderes, at det netop kunne være en behandlingsmæssig opgave, at sikre dels en sundhedsmæssig forsvarlig afrusning og dels en 'sortering' så de personer der har behov for opfølgende misbrugsbehandling får tilbuddet.

11.5 HOVEDTAL OG KOMMENTARER

I det følgende gengives resultaterne af undersøgelsen af detentionsanbragte i Sydøstjyllands, Syd- og Sønderjyllands og Fyns politikredse i 2009.

Antallet af berusere i 2009:

Nedenstående tabel 11.1. viser, at der i 2009 er i alt 1664 situationer, hvor personer anbringes i detentionen.

Om end befolkningstallet i de 3 politikredse ikke er væsentligt forskelligt fra hinanden, viser tabel 11.1., at der er en stor variation i antallet af detentionsanbringelser fra 278 anbringelser i Syd- og Sønderjylland til 827 anbringelser på Fyn. Igen gøres der opmærksom på at tallene for Sydøstjylland omfatter detentionen i Horsens, som geografisk ligger udenfor Region Syddanmark.

Tabel 11.1. Samlet antal detentionsanbringelser i de undersøgte politikredse, fordelt på blandt andet henvisningsårsag

Detentionsanbringelser 2009 / politikredse	<i>I alt detentionsanbringelser</i>	<i>Heraf gengangere</i>	<i>Lægetilsyn</i>	<i>Ude af stand til at tage vare på sig selv</i>	<i>Til fare og gene for andre</i>	<i>Beruset og sigtet for kriminalitet</i>
<i>Sydøstjylland – incl. Horsens</i>	559	20	Alle	193	151	215
<i>Syd- og Sønderjylland</i>	278	37	Alle	51	35	192
<i>Fyn</i>	827	71	Alle	299	129	399
I alt:	1664	128	Alle	543	315	806

Kilde: Data oplyst af de berørte politikredse, vedr. 2009

Gengangere:

Tabel 11.1. viser at i omkring 7,7 % af de 1664 anbringelser er der tale om gengangere, altså personer som indenfor 2009 er i detentionen mere end en gang. På tværs af de undersøgte detentioner er der nogen variation i andelen af gengangere. For eksempel udgør andelen af gengangere i Sydøstjylland alene 3,6 %, hvor den i Syd- og Sønderjylland udgør 13,3 % af det samlede antal detentionsanbringelser.

En arbejdsgruppe under Foreningen af Politimestre i Danmark fremlagde i 2000⁴⁷ en analyse af detentionsanbringelserne i 6 repræsentativt udvalgte politikredse. I denne analyse var antallet af gengangere på nøjagtigt samme niveau, nemlig 7,66 % i gennemsnit.

Lægetilsyn:

Vedrørende lægetilsyn i detentionen viser tabel 11.1. at alle indsatte berusere bliver tilset af læge i 2009.

Anbringelsesårsag:

Nedenstående tabel 11.2. viser at i 48,4 % af situationerne er der tale om personer der ud over beruselsen samtidigt tvangstilbageholdes af politiet i forbindelse med en sigtelse for kriminalitet. Samlet set er der 51,4 % som anbringes alene på grund af beruselsen.

Tabel 11.2. Detentionsanbringelser fordelt på 'anbringelsesårsager':

Detentionsanbringelser 2009 / politikredse	Berusede, som er ude af stand til at tage vare på sig selv og ikke har andre til at gøre det		Berusede, som er til fare eller gene for andre (for eksempel i trafikken)		Berusede, som sigtes for kriminalitet og er for berusede til at blive anbragt i arrest eller i venterum	
<i>Sydøstjylland</i>	193		151		215	
<i>Syd- og Sønderjylland</i>	51		35		192	
<i>Fyn</i>	299		129		399	
I alt: 1.664	543	32,6 %	315	18,9 %	806	48,4 %

Kilde: Data oplyst af de berørte politikredse, vedr. 2009

⁴⁷ 'Rapport vedrørende detentionsanbringelser', rapport afgivet af arbejdsgruppe nedsat af Politimesterforeningen, maj 2000

Mindre indgribende foranstaltning:

Sydøstjyllands politi har udover tallene for detentionsanbringelser også oplyst antallet af berusere der anbringes/køres andre steder hen end i detentionen. Ifølge Politilovens § 11 er det politiets opgave i første omgang at vurdere om en ´mindst indgribende´ intervention er tilstrækkelig, når en beruser antastes. I nedenstående tabel 11.3. vises tallene fra Sydøstjylland for 2009:

Tabel 11.3. Berusere ´mindre indgribende´ foranstaltning

Sydøstjylland – incl. Horsens	Antal
Bragt til forsorgshjem eller lignende	4
bragt til eget hjem eller overgivet til andre	15
er bragt til hospital eller lignende	36
I alt	55

Kilde: Data oplyst af de berørte politikredse, vedr. 2009

11.6 DETENTIONSANBRINGELSER SET I ET BEHANDLINGSMÆSSIGT PERSPEKTIV

Det har i flere sammenhænge været diskuteret, hvorvidt de borgere der på grund af beruselse anbringes i landets detentioner i stedet burde overføres til behandlingssystemet. Betragtningen har været, at beruselsen udover at være et ´lov og orden´- problem, også kan betragtes som et misbrugs behandlingsmæssigt problem.

Man kunne i den forbindelse spørge: *Hvor mange af de 1664 detentionsanbragte i Region Syddanmark i 2009, kan antages, at have haft behov for et behandlingsmæssigt afrusningstilbud?*

Politimesterforeningens rapport⁴⁸ fra 2000 vedr. detentionsanbragte i 6 repræsentativt udvalgte politikredse fastslog, at 66 % af de anbragte var tilbageholdt på grund af både beruselse og en lovovertrædelse, mod 34 % tilbageholdt alene for beruselse ´rene berusere´ - som de omtales i rapporten.

Med henvisning til at social- og sundhedssektoren ikke kan tvangstilbageholde de personer, hvor der både er tale om beruselse og en sigtelse, blev denne målgruppe udelukket som potentielle klienter/patienter til et behandlingsmæssigt afrusningstilbud. Ifølge politimesterforeningens rapport var det således 34 % af målgruppen, som kunne komme på tale til et evt. alternativt afrusningstilbud.

Resultaterne fra Politimesterforeningens analyse har i årene siden præget debatten om, at finde alternativer til detentionsanbringelse. Hovedargumentet for ikke at overføre politiets arbejde med detentionsanbringelser til andre regi, har været, at en andel på 34 % af de detentionsanbragte, eller i antal 3000 ´rene berusere´ på landsplan, er et for spinkelt grundlag til at etablere alternative afrusningstilbud.

De nye tal fra 2009 vedrørende detentionerne i Sydøstjyllands, Syd- og Sønderjyllands og Fyns politikredse rokker dog ved de ´gamle´ procentangivelser. Således er det her 48,4 % af de

⁴⁸ Beskrivelsen bygger på "Rapport vedrørende detentionsanbringelser" fra maj 2000, afgivet af en arbejdsgruppe nedsat af Politimesterforeningen. Her er lavet en analyse af udvalgte data fra følgende 6 politikredse: Assens, Nyborg, Roskilde, Vejle, Randers og Københavns politis station 2 og station 3.

detentionsanbragte som tvangstilbageholdes pga. beruselse og samtidig sigtelse for kriminalitet, mod 51.6 % 'rene berusere'.

Hvis man læner sig op ad Politimesterforeningens argumentation, vil det således være 51.6 % af de detentionsanbragte – eller 858 detentionsanbringelser i Region Syddanmark – der må betragtes som 'rene berusere', hvor et alternativ til detentionen passende kunne komme på tale.

I 1/3 af de tilfælde, hvor detentionsanbringelsen skyldes beruselse og en lovovertrædelse, er der tale om relativt banale lovovertrædelser, som husspektakler, overtrædelse af restaurationsloven og politivedtægten, ifølge omtalte rapport.

Set i et behandlingsmæssigt perspektiv kunne det formodentlig være på sin plads, når den politimæssige forretning så at sige er overstået, at tilbyde disse borgere et afrusnings-/opfølgningstilbud.

Det vides fra Politimesterforeningens rapport at opholdet i detentionen typisk varer mellem fem til otte timer. Ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt vil der således stadig, efter fem til otte timer i detentionen, være behov for en egentlig afrusning og evt. abstinensbehandling.

Det vides dog ikke, hvor mange af de der samtidigt er sigtet for en lovovertrædelse, der løslades direkte til gaden; men for de der gør, ville det være en oplagt mulighed, at tilbyde disse personer en egentlig afrusning og abstinensbehandling.

En parentetisk bemærkning:

Når personer bliver pågrebet for spirituskørsel, viser erfaringerne, at der er en meningsfyldt behandlingsmæssig indsats at gøre. D. 1 marts 2002 blev det således indført, at personer, der har fået kørekortet frakendt ubetinget eller har fået et kørselsforbud på grund af spirituskørsel, skal deltage i et kursus i alkohol og trafik (A/T-kursus) inden generhvervelsen af kørekortet. Kurserne sigter mod, at mindske risikoen for spirituskørsel ved at påvirke kursistens samlede forbrug i nedadgående retning, samt lære ham/hende andre strategier i forhold til sammenblandingen af alkohol og trafik.

I 2009 blev denne ordning evalueret af DTU⁴⁹. Evalueringen viser interessant nok, at kurserne faktisk virker forebyggende i relation til recidiv set i forhold til fornyet spirituskørsel. Det vil sige, at en – om end tvangsmæssig – motiverende opfølgning direkte målrettet misbruget, kan have en positiv effekt på misbruget.

Samlet set kan det behandlingsmæssige perspektiv vedrørende 1664 detentionsanbringelser i Sydøstjyllands, Syd- og Sønderjyllands og Fyns politikredse gøres op således.

I 2009 indbringes 1664 personer i detentionerne som 'rene berusere' eller som berusede i kombination med en sigtelse for et kriminelt forhold, i Region Syddanmark.

Godt halvdelen, nemlig 858 'rene berusere', ville umiddelbart kunne ses, som potentielle brugere af et behandlingsmæssigt afrusningstilbud.

⁴⁹Kilde: Evaluering af kurser i alkohol og trafik (A/T-kurser), DTU 2009

Ligeledes vil de berusede personer, som politiet i de 3 politikredse efter princippet om 'mindste indgriben' anbringer andre steder end i detentionen, også kunne være potentielle brugere af et behandlingsmæssigt afrusningstilbud. Omfanget af disse kendes alene fra Sydøstjyllands politikreds og udgør 55 situationer i 2009.

Ligeledes er det vurderingen, at en andel af de resterende 806 – de som tvangstilbageholdes i forbindelse med en sigtelse for en lovovertrædelse – formodentlig ville kunne 'opsamles' med afrusende og motiverende tilbud der er målrettet misbruget, umiddelbart efter løsladelsen fra detentionen.

Undersøgelsen kan ikke sige noget om, hvilken karakter beruselsen har i de 1664 tilfælde, om der er tale om egentligt massivt misbrug, eller 'en glad aften i byen' eller forskellige grader der imellem. Det vurderes, at det netop kunne være en behandlingsmæssig opgave, at sikre dels en sundhedsmæssig forsvarlig afrusning og dels en 'sortering' så de personer der har behov for opfølgende misbrugsbehandling får tilbudet.